

La crise chronique du système de santé américain

Catherine SAUVIAT *

Introduction

La configuration et le fonctionnement du système de santé américain sont singuliers à plus d'un titre. La santé y est d'abord un marché, n'ayant jamais acquis la qualité d'un bien public. En l'absence d'une couverture obligatoire et universelle, ce système repose en effet de façon centrale sur le secteur privé, tant en matière de financement (employeurs et assureurs) qu'en matière de fourniture de soins (réseaux d'hôpitaux et de médecins) et de médicaments (industrie pharmaceutique échappant à tout contrôle des prix). L'assurance publique, instaurée tardivement, n'est accessible qu'aux laissés pour compte de l'assurance privée, les pauvres (*Medicaid*) et les personnes âgées (*Medicare*). De ce fait, la grande majorité des Américains dépend d'une assurance volontaire liée à l'emploi et 45 millions d'Américains sont dépourvus de toute couverture maladie, dont une sur-représentation des travailleurs pauvres et des ménages à faible revenu. Le coût du système de santé des Etats-Unis est également l'un des plus élevés des pays industrialisés. Il représente aujourd'hui 15 % du PIB, soit près du double de celui des autres pays de l'OCDE, alors que la qualité des soins y est hétérogène et que les indicateurs sur l'état de santé des Américains offrent en comparaison internationale des performances médiocres (OMS, 2000 et OCDE, 2002). Enfin, la progression des coûts de l'assurance maladie, notable depuis les années 1970, a connu une accélération ces dernières années, expliquant selon cer-

1. Chercheure à l'IRES.

tains l'atonie du marché du travail américain entre 2001 et 2003¹ et s'affirmant comme l'obstacle majeur à une reprise de l'emploi en 2004. En conséquence, le système de protection sociale d'entreprise est de plus en plus remis en cause par les employeurs eux-mêmes, qui transfèrent une partie des coûts de l'assurance maladie à leurs salariés ou ferment leurs régimes de prévoyance. La crise de l'entreprise providence est ainsi intimement liée à la remise en cause des marchés internes d'entreprise et plus largement aux transformations du marché du travail américain.

Ce système a en même temps remarquablement résisté depuis une quarantaine d'années aux différentes tentatives de réforme globale et de contrôle des coûts. Le président Clinton avait fait de la création d'une assurance maladie universelle l'enjeu central de son premier mandat électoral, sans toutefois remettre en cause le rôle pivot attribué au marché et au secteur privé. Malgré le soutien de l'AFL-CIO, il n'a pu mener cette réforme à bien et affronter le très puissant lobby de la santé à Washington D.C. Dix ans après, G. W. Bush est parvenu à réformer partiellement le système d'assurance publique destiné aux personnes âgées, en signant la loi de modernisation de *Medicare* en décembre 2003. Cette loi est cependant loin d'être à la hauteur des enjeux auxquels le système de santé américain est confronté (Sauviat, 2004b). La stratégie de contrôle des coûts et de concurrence régulée entre réseaux de soins intégrés connue sous le nom de *managed care* (MC), si elle a assurément obtenu des résultats dans les années 1990, ne paraît pas non plus en mesure de lutter contre l'inflation des coûts médicaux sur le long terme. Le système de santé américain présente donc tous les symptômes d'une crise permanente.

Les syndicats et l'AFL-CIO portent une responsabilité historique dans cette situation. Promoteurs car acteurs des régimes de prévoyance professionnels aux côtés des employeurs dans le cadre de la négociation collective (apRoberts, 2000), ils ont longtemps combattu toute tentative de remise en cause du système de couverture maladie d'entreprise. De son côté, l'AFL-CIO a toujours évité de se prononcer publiquement et sans équivoque en faveur d'un système universel de santé avec une caisse unique. Pourtant, certaines de ses fédérations parmi les plus importantes se sont ralliées à ce modèle face à la dégradation de la couverture offerte par les régimes professionnels de prévoyance santé, tant de son ampleur que du niveau des prestations concernées (Gottshalk, 2000). La centrale syndicale, en dépit

1. Une étude française attribue à la hausse des cotisations employeur pour la santé la non création de 630 000 emplois entre la reprise de 2001 et l'année 2003, soit 80 % du total des emplois salariés « non créés » durant cette période (Borgy et Quéma, 2004).

de son soutien à l'assurance publique, n'a jamais su (ou voulu) donner de la voix dans le débat national et prôner une réforme radicale et d'envergure du système de santé. Non seulement l'AFL-CIO n'a joué aucun rôle moteur sur ce thème à l'occasion de la campagne pour les élections présidentielles de 2004 mais elle est restée quasiment sans voix. Si les obstacles institutionnels et politiques auxquels est confronté le syndicalisme américain sont incontestables, ils ne suffisent pas pour autant à expliquer cet effacement.

Un système archaïque, coûteux et discriminant

Les premiers réseaux de soins sont apparus entre les deux guerres, après que la crise de 1929 ait favorisé l'émergence de systèmes d'assurance fondés sur le pré-paiement. Ces régimes répondent à une hostilité radicale de la profession médicale vis-à-vis des systèmes d'assurance obligatoire apparus dès la fin du XIX^e siècle en Europe et la crainte qu'à la faveur du New Deal, ils ne soient mis en place dans certains Etats de l'Union (Sellier, 1970). Ainsi l'un des tout premiers réseaux est-il créé en 1939 à l'initiative de la profession médicale en Californie (Blue Shield), en réponse à une proposition de cet Etat de créer une assurance publique. Cette initiative permet d'abaisser les coûts de gestion de l'assurance par rapport à une assurance individuelle et de limiter les problèmes d'anti-sélection inhérents au marché de l'assurance en mitigeant « bons et mauvais risques » (encadré 1). Cette initiative signe aussi la naissance des premiers HMO (*Health maintenance organizations*), des organismes privés à but non lucratif à l'origine qui dispensent des soins médicaux à leurs adhérents sur la base d'un pré-paiement de la prime. Ces organismes, qui intègrent à la fois l'opération de production de soins et celle d'assurance, se développeront par la suite à l'initiative des entreprises, des administrations, des syndicats puis des compagnies d'assurances elles-mêmes, qui introduisent les principes de différenciation des risques ¹.

Une couverture principalement liée à l'emploi et dépendante de l'employeur

La couverture d'assurance maladie par le biais de l'employeur a rapidement été encouragée par la suite. Durant la deuxième guerre mondiale, des dispositions légales permettent aux employeurs d'attirer et de fidéliser la main-d'œuvre qui leur est nécessaire en offrant une couverture maladie, soit

1. Par exemple, le *Kaiser Foundation Health Plan* est issu de l'entreprise d'origine californienne Kaiser, le *United Mine Workers Welfare Plan* du syndicat des mineurs, le *Health Insurance Plan of Greater New York* de la ville de New York, et le n°3 de l'assurance maladie aux Etats-Unis, Aetna, a formé un réseau important d'HMO, qu'il a revendu en 1998 à Prudential.

Encadré 1

Les dilemmes du marché de l'assurance en général, et de l'assurance santé en particulier

L'*aléa moral* se réfère à l'idée que les individus se comportent de façon différente selon qu'ils sont assurés ou non, l'assureur n'ayant pas les moyens de contrôler leurs actions (« actions cachées ») et d'estimer le risque. L'existence d'une couverture diminue l'intérêt qu'ont les assurés à réduire leur exposition au risque par l'adoption d'un comportement prudent. Autrement dit, les individus sont susceptibles de prendre plus de risques et de surconsommer quand ils sont assurés. En conséquence, des pratiques telles que la franchise et la co-assurance sont destinées à réduire l'aléa moral et les inefficiences du système d'assurance, en laissant aux assurés une part des risques à leur charge, voire en opérant des distinctions entre assurés selon leur situation et leur comportement observables (âge, sexe, antécédents médicaux). Une autre question propre au marché de l'assurance est celle de l'*anti-sélection*. L'assureur n'est pas en mesure d'identifier les caractéristiques et profils de risques de ses assurés (asymétrie d'information). L'assurance de groupe permet en partie d'échapper à ce dilemme dans la mesure où la répartition des risques est aléatoire, de même l'assurance obligatoire. Dans le cas de l'assurance individuelle, la police d'assurance peut attirer de façon disproportionnée les « mauvais risques » (i.e. ceux qui coûtent le plus), ne laissant à l'assureur d'autre alternative qu'augmenter ses prix ou disparaître du marché. Le risque est alors que certains individus, en particulier les « meilleurs risques », n'achètent pas de polices d'assurance, trop coûteuses car profilées pour les consommateurs aux profils les plus risqués, ce qui se traduit par une inefficience du marché.

Dans le domaine spécifique de l'assurance santé, ces deux dilemmes voient leurs effets amplifiés par le fait que le coût de l'assurance est fonction de l'identité et des caractéristiques de l'acheteur, à savoir de l'état et de l'évolution de sa santé. Or ces deux paramètres sont difficiles à estimer, de même que le risque qui en découle pour l'assureur qui doit de surcroît répondre à des demandes de remboursement très fréquentes. D'autre part, la relation d'agence se joue à trois et oppose des acteurs aux intérêts divergents : le patient et le médecin ont des intérêts congruents (un état de santé optimal, donc une offre de soins élastique) au détriment de ceux de l'assurance perçus en termes de coût. La demande induite par l'offre, à savoir l'incitation qu'ont les médecins à délivrer plus de soins lorsqu'un patient est remboursé, est le troisième dilemme auquel est confrontée spécifiquement l'assurance santé. S'il est possible, par des politiques appropriées, de corriger en partie ces effets (ticket modérateur, franchise, tarification des primes en fonction des risques individuels, paiement des fournisseurs de soins par patient plutôt qu'à l'acte, etc.), l'assurance ne représente au mieux qu'un second choix dans une situation où les relations d'agence sont imparfaites. Et ces politiques aboutissent *in fine* à des résultats socialement sous-optimaux voire contre-productifs.

Sources : Blanchet (1996) ; Chiappori (1998) et Cutler and Zeckhauser (2000).

un « plus » dans le contexte de blocage des salaires et des prix et de raréfaction de l'offre de travail. La prime d'assurance devient déductible du revenu imposable de l'entreprise et cette incitation fiscale vaut aussi pour les salariés concernés par de tels régimes professionnels de santé. La législation de l'immédiat après-guerre, qui vise avant tout à discipliner la classe ouvrière américaine, achève de favoriser ce système quasi féodal de protection sociale, qui subordonne l'octroi de prestations d'assurance maladie à la relation d'emploi et au bon vouloir de l'employeur. En accordant une place aux syndicats dans la gestion du système de santé privé, cette législation les encouragera à le défendre, alors qu'ils ne jouent aucun rôle dans la gestion du système de santé publique, du ressort exclusif de l'administration fédérale et des Etats. Cette subvention fiscale aux employeurs et à une partie de la population a sans doute contribué à éloigner toute revendication sérieuse en faveur d'un système d'assurance publique des classes moyennes américaines comme des syndicats (Howard, 1997).

Jusqu'à aujourd'hui, la majorité des Américains (60 %) sont assurés au travers de leur emploi, dans le cadre d'une assurance privée de groupe négociée volontairement par l'employeur pour ses salariés, ex-salariés (retraités de l'entreprise ou de l'administration) et leur famille à charge. *General Motors* est ainsi de tous les groupes du secteur privé le plus gros acheteur de services de soins et de médicaments ¹. Les deux principaux programmes publics, *Medicare* et *Medicaid* (encadré 2), ne couvrent quant à eux qu'un peu plus du quart de la population tandis que l'assurance individuelle en concerne moins de 10 %. Les coûts de cette dernière, estimés en fonction du risque individuel, sont souvent prohibitifs (franchises élevées, etc.) et sa couverture en général limitée (pas d'indemnités de maternité, peu de couverture pour les médicaments, peu ou pas de couverture pour les maladies mentales). Vu que l'assurance maladie est à l'initiative de l'employeur (ou du ressort de la négociation collective dans les cas où il y a implantation syndicale) et qu'elle reste facultative pour le salarié, tous les salariés américains ne sont pas assurés, loin s'en faut (tableau 1). De fait, l'offre de prestations d'assurance maladie et plus largement de protection sociale a toujours opéré pour les employeurs comme un outil de segmentation de la main-d'œuvre (par ethnie, par sexe, par âge, etc.).

1. Pour donner un ordre d'idée, l'entreprise couvre les coûts de santé d'1,2 million d'Américains, soit près d'un demi pour cent de la population totale. Parmi eux, seuls 200 000 de ces assurés sont actifs tandis que le reste est constitué d'assurés retraités et leur famille. L'assurance maladie représente pour l'entreprise un coût annuel de 4,5 milliards de \$, dont 1,5 milliard pour les seuls médicaments, cf. Hakim D., « Carmakers in for a Long Haul in Paying Retiree Health Care », *New York Times*, September 15, 2004 et Bradley (2003).

Tableau 1. Les différentes sources de financement de la couverture maladie en 2003		
Sources	En millions	En %
Assurance privée volontaire	197,8	68,6
Dont : Entreprise	174	60,4
Individu	26,5	9,2
Programmes publics	76,8	26,6
Dont : <i>Medicare</i>	39,5	13,7
<i>Medicaid</i>	35,6	12,4
Population assurée	243,3	84,4
Population non assurée	45	15,6
Population résidente*	288,3	100

* La population assurée diffère de la somme du nombre d'assurés par source à cause de la présence de doubles comptages : certains assurés sont éligibles à *Medicare* et *Medicaid* (environ 7 millions de personnes sont dans ce cas), d'autres disposent d'une assurance privée qui complète *Medicare*, etc.
Source : US Census Bureau (2004).

Si la proportion des salariés couverts est élevée dans le secteur public (87,2 %), elle varie dans le secteur privé en fonction de la taille des entreprises : proche de celle du secteur public dans les grandes entreprises de plus de 1 000 salariés (81 %), elle décroche fortement dans le cas des petites entreprises de moins de 10 salariés (50,1 %) et accuse de fortes disparités au sein même de ces établissements selon les catégories et les statut professionnels, l'âge, le niveau d'études, etc. (EBRI, 2003). D'autre part, le taux de couverture santé lié à l'emploi a accusé une baisse ces quinze dernières années, ce qui illustre la fragilité de ce système : il est passé de 70,1 % à 60,4 % entre 1987 et 2003. Les travaux de Glied and *al.* (2003) montrent en outre que cette baisse a affecté plus particulièrement les salariés des grandes entreprises (de plus de 500 salariés), dont le taux de couverture a décliné de 71 à 66 % entre 1987 et 2001, tandis que celui des PME baissait seulement d'un point (de 64 à 63 %) et que celui des petites entreprises restait quasiment stable (environ 40 %). Selon ces auteurs, la baisse serait principalement imputable au déclin du taux de syndicalisation et de l'emploi manufacturier.

Des primes d'assurance en hausse, de plus en plus à la charge des salariés

Le coût des primes d'assurance maladie a connu une croissance rapide dans la deuxième moitié des années 1990, après avoir accusé une baisse importante de 1989 à 1995, relativement aux salaires et à l'inflation (graphique 1). Cette croissance, désormais à deux chiffres, est due à plusieurs facteurs :

Encadré 2

Les programmes publics *Medicare* et *Medicaid*

Medicare, le programme fédéral le plus populaire avec la Sécurité sociale, offre une couverture santé basique aux personnes âgées de 65 ans et plus depuis 1965, ainsi qu'aux personnes gravement handicapées depuis 1972. Il comprend désormais trois parties, après le vote de la loi de modernisation de *Medicare* de décembre 2003 qui doit assurer la prise en charge partielle des médicaments prescrits en consultation externe à partir de 2006.

- *L'assurance hospitalisation ou HI (Hospital Insurance)* constitue la partie A du programme et assure 40,3 millions de personnes (dont 6 millions de handicapés). Elle est financée par une cotisation sociale obligatoire pour tout le secteur privé qui alimente à hauteur de 85 % une caisse spéciale dont les actifs sont investis en bons du Trésor (*HI Trust Fund*)¹. Son taux s'élève globalement à 2,9 %, répartis à parts égales entre employeurs et salariés (1,45 % chacun). Une ancienneté de 10 ans de cotisations est exigée pour avoir accès à cette assurance ou, à défaut, une souscription mensuelle volontaire. Elle couvre les frais d'hospitalisation, mais seulement en partie (paiement d'une franchise annuelle de 876 \$ à l'entrée pour 2004)² ; le nombre de journées d'hôpital couverts est en outre limité à 150 jours (dépenses intégralement remboursées jusqu'à deux mois, et participation journalière de l'assuré au-delà) ainsi que les séjours en maison de convalescence avec soins infirmiers spécialisés (100 jours). Elle garantit également les soins à domicile et en partie les frais occasionnés par un séjour en hospice.

- *L'assurance médicale supplémentaire ou SMI (Supplementary Medical Insurance)*, la partie B, est en revanche facultative et assure 38,3 millions de personnes ; elle peut être souscrite par tout bénéficiaire de la HI. Elle est financée pour environ 25 % par des primes versées par les bénéficiaires (prime mensuelle de 66 \$ en 2004) et pour les 75 % restants par le budget fédéral. La caisse d'assurance médicale supplémentaire ou SMI (*Supplementary Medical Insurance*) couvre en partie les frais de consultations, les soins à domicile et les analyses de laboratoire.

- Depuis 2004, la partie D du programme a commencé d'être mise en place. Elle est censée couvrir en partie les achats de médicaments prescrits hors hôpital, ce qui n'était pas le cas avant (sauf traitements chimiothérapeutiques et traitements consécutifs à des transplantations cardiaques). Ce type de couverture, établi sur une base volontaire, ne sera effectif qu'à partir de janvier 2006. En attendant, une carte d'accès subventionnée a été mise en place.

Medicare comporte une règle spécifique de paiement prospectif qui consiste à fixer un prix prédéterminé pour chaque service de soins ajusté au diagnostic et à l'inflation. Les paiements aux professionnels de santé sont réglés sur la base d'un barème d'honoraires, d'autres services sur la base de « coûts raisonnables ». Il existe aussi des règles de partage des coûts. Pour les frais d'hospitalisation (partie A), les coûts du ticket modérateur et de la franchise sont déterminés annuellement. Pour les autres frais (partie B), les bénéficiaires ont une franchise annuelle de 100 \$ et doivent régler 20 % du montant des soins. Au total, l'assuré *Medicare* paie environ 25 % des soins médicaux et hospitaliers de sa poche, c'est-à-dire des parties A et B du programme.

■ ■ ■

■ ■ ■

Medicaid : une assurance pour les pauvres

Medicaid est une assurance gratuite soumise à condition de ressources. Elle est financée conjointement par l'Etat fédéral et les Etats. La contribution fédérale aux Etats est calculée selon une formule annuelle, inversement proportionnelle à leur revenu par tête. Cette participation oscille toujours entre un minimum de 50 % et un maximum de 83 % selon les cas. Le ministère de la Santé et plus précisément les centres pour les services de *Medicare* et *Medicaid* ou CMS (*Centers for Medicare and Medicaid Services*) sont chargés de la supervision du programme au niveau fédéral tandis que les Etats au niveau local gèrent leur propre programme et rémunèrent les professionnels de santé. Ce programme est caractérisé par sa complexité. Les conditions d'éligibilité, les services couverts (notamment les soins de longue durée) ainsi que la méthode et le montant des remboursements sont du ressort des Etats. Aussi la crise fiscale dans laquelle la plupart d'entre eux se trouvent aujourd'hui rend ce programme très vulnérable, lequel représente en moyenne plus de 20 % de leurs dépenses et constitue leur deuxième poste budgétaire après les dépenses d'éducation (OCDE, 2002)³. Il a été régulièrement soumis à des restrictions dans les conditions d'éligibilité et les prestations de même qu'à des réductions de remboursement depuis les années 1990. Ce programme concerne en majorité les enfants (51 % des bénéficiaires ont moins de 19 ans). En 2002, il couvrait 11,6 % de la population américaine mais 40,5 % de ceux dont le revenu est en dessous du seuil fédéral de pauvreté⁴. *Medicaid* est la principale source de financement public couvrant les soins de longue durée, en établissement ou à domicile. Il existe deux moyens de délivrer des services de soins via *Medicaid* : soit au travers d'un paiement à l'acte par une agence *Medicaid* à un professionnel certifié (*fee for service*) sur la base de tarifs établis par l'Etat, mode le plus répandu ; soit au travers d'un réseau de soins intégrés (MC) avec lequel l'Etat contracte et à qui il paie un tarif forfaitaire moyen par tête, ajusté aux caractéristiques de l'individu.

1. Cette cotisation a été étendue aux employés de l'administration fédérale en 1983 et déplaçonnée en 1994.

2. L'administration vient d'annoncer une hausse spectaculaire de cette prime qui doit passer à 78,20 \$ en 2005.

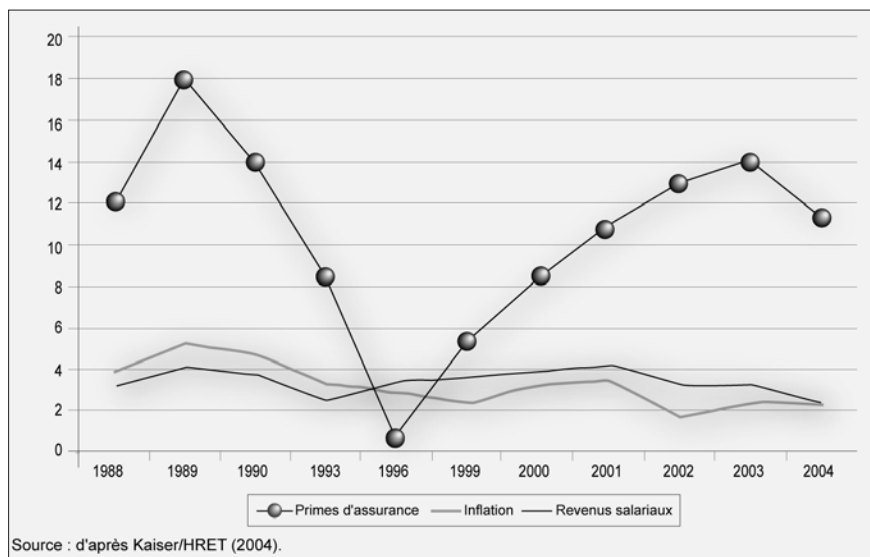
3. Les Etats se trouvent dans une situation financière de plus en plus exsangue compte tenu de la politique de réduction des impôts menée par le président G. W. Bush et de la baisse des transferts et des investissements fédéraux en résultant. Les 2/3 d'entre eux ont opéré des coupes dans les prestations délivrées par *Medicaid* à cause de leur déficit budgétaire et quasiment la moitié d'entre eux sont en train de geler ou de réduire leurs paiements aux fournisseurs de soins, cf. Helander I. (2003).

4. Le seuil fédéral de pauvreté est fondé sur un panier de biens alimentaires, indexé sur l'inflation et variable selon la composition du ménage. En 2004, il a été fixé à 9 310 \$ de revenu brut annuel pour une personne seule, soit à 776 \$ de revenu brut mensuel.

un marché du travail tendu, une réaction contre le MC, synonyme de restriction à l'accès et à la qualité des soins pour les usagers (voir plus loin) et enfin

des marges accrues résultant d'un pouvoir de marché croissant des assureurs vis-à-vis de leur clientèle (entreprises et particuliers), dû à la concentration du secteur et à la constitution d'oligopoles à l'échelle nationale après la déréglementation des années 1980 ¹.

Graphique 1. Taux de croissance des primes d'assurance comparé à d'autres indicateurs, de 1988 à 2004 (en %)



En conséquence, de nombreux employeurs ont cherché à compenser cette hausse du coût du salaire indirect par de moindres hausses du salaire direct ², par la fermeture des régimes de prévoyance maladie à leurs retraités et préretraités ou par la modification de leur nature, par la négociation avec les syndicats d'une participation financière accrue des salariés. A la différence de leurs engagements en matière de retraite réglementés par la loi fédérale ERISA (Employment Retirement Income Security Act), les employeurs peuvent aisément se soustraire à ceux pris en matière d'assurance maladie, d'autant que ces régimes fonctionnent sans accumulation financière et ne peuvent être instrumentalisés de ce point de vue par les directions

1. Les dix premières compagnies d'assurance santé couvrent plus de la moitié des assurés, hors programmes publics, cf. Hellander (2003).
 2. Les primes d'assurance maladie représentaient 7 % du coût salarial total en 2003.

d'entreprise contrairement aux fonds de pension ¹. Ils sont d'autant plus incités à le faire que l'âge de leurs salariés augmente : les coûts des primes d'assurance pour les travailleurs âgés sont en effet plus élevés en vertu des pratiques d'estimation des risques selon le principe de la neutralité actuarielle mises en œuvre par les compagnies d'assurances, fonction de l'âge, du sexe et de l'état de santé des individus composant un groupe (*experience rating*). De fait, ces pratiques d'exclusion ont commencé à se développer à partir de la deuxième moitié des années 1980 et se sont accélérées durant la décennie 90, quand un changement dans les règles comptables introduit en 1988 a obligé les entreprises à comptabiliser ces prestations en dettes au passif de leur bilan. Elles ont parfois donné lieu à des grèves dures (apRoberts, 1990). Une enquête menée par Mercer Consulting montre que sur une période de 10 ans (1993-2002), le nombre d'employeurs de plus de 500 salariés offrant un plan de santé à ses ex-salariés de moins de 65 ans est tombé de 46 à 29 %, et à ceux de 65 ans et plus de 40 à 23 %. Une étude menée conjointement par la Kaiser Family Foundation et le Health Research and Education Trust montre également qu'entre 1998 et 2003, la proportion d'employeurs de plus de 200 salariés offrant une couverture maladie à ses ex-salariés retraités a diminué de 66 à 38 % ².

Parallèlement, les employeurs ont mis en place des plans de santé à cotisations définies ³ au détriment des régimes traditionnels à prestations définies, à l'instar de ce qui s'est passé pour les régimes professionnels de retraite (apRoberts, 2000). Mais surtout, les salariés ont été mis de plus en plus à contribution : ils participent aujourd'hui à hauteur de 25 % en moyenne à la prime d'assurance maladie, contre 17,5 % en 2001. Et alors qu'en 1982, 44 % des travailleurs couverts par un régime de santé professionnel ne participaient pas au financement de cette prime, ils n'étaient plus que 28 % dans ce cas en 1998 (Gruber and McKnight, 2003). Depuis les années 1980, les syndicats affaiblis ont multiplié les concessions et accepté, lors du renouvellement des conventions collectives d'entreprise, une participation salariale à

-
1. Les entreprises américaines peuvent utiliser leurs fonds de pension pour améliorer leurs résultats comptables ou encore pour en accaparer les surplus.
 2. Des grandes entreprises comme Alcatel, Lucent ou United Airlines ont récemment décidé de ne plus offrir de prestations d'assurance maladie à leurs retraités lors du renouvellement des conventions collectives. Dans certains secteurs en crise (sidérurgie, transport aérien), les entreprises utilisent la procédure de mise en faillite (chapitre 11) pour mettre un terme à l'ensemble des avantages sociaux négociés.
 3. Il s'agit de plans dans lesquels l'employeur s'engage à cotiser pour un montant déterminé d'assurance, que celle-ci couvre ou non l'ensemble des besoins de soins de ses salariés et non plus sur le contenu proprement dit de la couverture santé.

la couverture médicale, jusqu'alors du ressort exclusif de l'employeur ¹. Cette contribution n'a fait qu'augmenter depuis lors : elle est passée en moyenne de 8 \$ par mois pour une personne seule et de 54 \$ par mois pour une famille de 4 membres en 1988 à respectivement 47 \$ et 222 \$ en 2004, sachant que la prime moyenne payée globalement par un employeur se monte à près de 3 700 \$ par an pour assurer un salarié et à 10 000 \$ pour une famille de quatre personnes ². Cette tendance signifie clairement une diminution nette du salaire global (direct et indirect) des travailleurs américains.

15 % d'exclus

Ceux qui ne peuvent avoir accès à une assurance de groupe dans un cadre professionnel n'ont comme seule alternative que le marché de l'assurance individuelle dont le coût est prohibitif. Comme il s'agit en général de travailleurs pauvres et/ou de personnes en situation de précarité au travail, ils ne bénéficient généralement d'aucune aide, ni de leur employeur, ni de l'Etat. Aussi, 45 millions d'Américains vivent aujourd'hui sans couverture médicale (contre 39,8 millions en 2000), soit 15,6 % de la population américaine dont presque tous ont moins de 65 ans. Parmi eux, 46 % travaillent à temps plein et près des trois quarts appartiennent à des familles dont au moins l'un des membres travaille à temps plein sans pour autant bénéficier d'une couverture maladie professionnelle : soit ils exercent une profession libérale ou ont un statut de travailleur indépendant et ne peuvent assumer le coût de l'assurance ³, soit l'entreprise dans laquelle ils travaillent est trop petite et leur employeur ne peut (ou ne veut) payer la prime d'assurance ⁴, soit ils n'y sont pas éligibles, soit encore leur salaire est trop faible pour qu'ils

-
1. En janvier 2003, 18 000 salariés de General Electric se sont mis en grève, la première au sein du groupe depuis plus de 30 ans, pour protester contre la volonté de l'employeur de transférer une partie du coût de la couverture maladie sur ses salariés.
 2. D'après l'enquête de Kaiser/HRET(2004). Dans le cadre des contrats de groupe, les débours restant à la charge des salariés peuvent être déductibles de leur impôt sur le revenu si ces dépenses représentent plus de 7,5 % de leur revenu imposable. Environ la moitié des travailleurs couverts par un plan de santé en bénéficient (ERP, 2004).
 3. Une famille dont le revenu annuel est de 50 000 \$ peut avoir des difficultés à financer une assurance maladie familiale qui représente 20 % de ce revenu.
 4. Le taux de non-assurés décroît avec la taille de l'entreprise, les cas les plus critiques étant concentrés dans les entreprises de moins de 10 salariés, qui paient en moyenne 20 à 30 % de plus que les grandes entreprises, toutes choses égales par ailleurs. Cependant, un pourcentage significatif et croissant de la population non-assurée est salarié d'une grande entreprise ou a un membre de la famille qui y est salarié : ce taux est en effet passé de 7 à 11 % entre 1987 et 2001, voir Glied *and al.* (2003).

puissent participer au financement de cette prime ¹. Cette situation affecte plus particulièrement les Hispaniques dont un tiers est dépourvu de couverture maladie, contre 18,5 % pour la population noire et 13 % pour la population blanche. Elle affecte également les jeunes de moins de 25 ans, dont les liens avec le marché du travail sont souvent précaires ou encore ceux entre 25 et 35 ans, qui ont tendance à arbitrer en faveur d'autres dépenses. C'est d'ailleurs là l'effet pervers d'un système régi par l'assurance privée qui éloigne des compagnies d'assurances une clientèle de jeunes en bonne santé, c'est-à-dire les « meilleurs risques », alors même que celles-ci tendent, sous la pression de la concurrence, à modifier constamment le cercle de leurs assurés pour améliorer leur rentabilité, plutôt que de chercher à contrôler les prix des fournisseurs de soins.

Le nombre de ces non-assurés oscille depuis plusieurs années autour du cap des 40 millions, bien que les périodes pendant lesquelles les personnes restent sans assurance varient fortement. Mais cette estimation du nombre de non-assurés diffère selon la méthode utilisée et la période de référence choisie ². Ainsi, une étude récente indique que près de 82 millions d'Américains se sont retrouvés sans couverture maladie ces deux dernières années, dont la plupart pendant plus de 9 mois ³. De fait, selon leur situation sur le marché du travail, les Américains ne cessent d'obtenir, de changer ou de perdre leur couverture santé ⁴, ce qui ne manque pas d'alourdir les coûts de gestion des dispositifs d'assurance privée en moyenne de cinq à six fois supérieurs à ceux de l'assurance publique ⁵. La perte d'emploi revêt donc un coût particulièrement élevé pour les salariés américains, qui entraîne en même temps celle de leur couverture maladie et des autres avantages sociaux

-
1. Dans les entreprises non syndiquées, c'est l'employeur qui fixe unilatéralement les conditions d'éligibilité. C'est le cas par exemple de Wal-Mart, le premier employeur américain, dont près d'1/4 des salariés ne sont pas éligibles aux régimes de prévoyance santé du groupe parce qu'ils n'ont pas l'ancienneté requise (6 mois pour les contrats à plein temps et 2 ans pour les contrats à temps partiel), et dont 58 % seulement des travailleurs éligibles sont effectivement assurés, du fait du coût trop élevé de la prime d'assurance et/ou de leur participation financière qui s'élève à 1/3 de cette prime, cf. Abelson R., « States are Battling Against Wal-Mart Over Health Care », *New York Times*, November 1, 2004.
 2. Il existe plusieurs façons de comptabiliser les personnes non assurées : soit durant une période de temps soutenue (1 an pour le Census Bureau), soit pendant une période plus courte, soit un jour ou une semaine déterminée dans l'année (ce qui est la mesure la plus couramment utilisée), cf. CBO (2004).
 3. Sherman M., « 82M in US Uninsured for Part of '02-'03 », *Washington Post*, June 16, 2004.
 4. Cette population « tournante » est estimée à plus de 1 million par an selon Navarro (2003).
 5. Les coûts de gestion de *Medicare* tournent autour de 2 % (1,7 % en 2002) tandis que ceux des plans de santé privés oscillent entre 9 et 15 %, d'après les estimations les plus courantes (Caire, 2002).

liés à l'emploi ¹. Cette situation de vulnérabilité et de dépendance vis-à-vis des employeurs peut ainsi constituer un frein à la mobilité volontaire du travail.

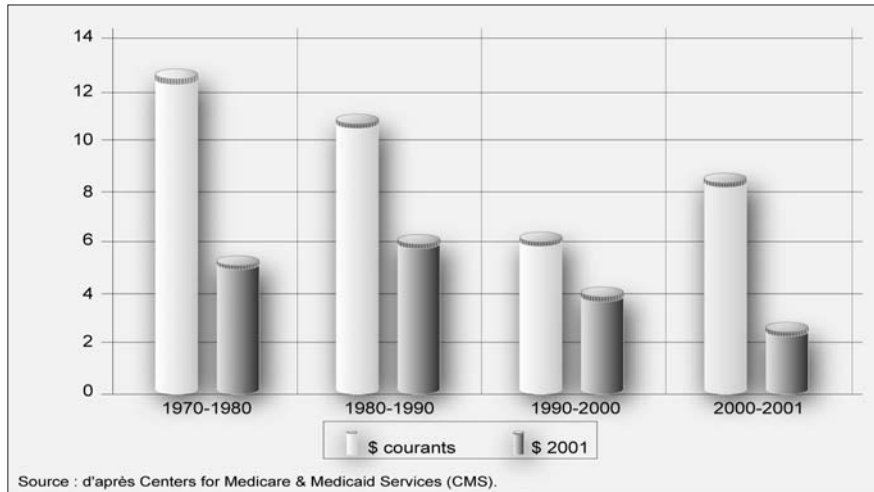
Des dépenses de santé en croissance rapide pour une qualité de soins et des performances sanitaires relativement médiocres

Les dépenses de santé ont atteint près de 1 600 milliards de dollars en 2002, soit un montant plus de 5 fois supérieur à celui de 1970 en dollars constants (CBO, 2004). Ramenées à la taille de la population, ces mêmes dépenses par tête passaient durant la période de 1 300 \$ à 5 450 \$. Relativement au PIB, elles ont plus que doublé : de 7 % en 1970, elles en représentaient 14,9 % en 2002. Les prix ont contribué pour une part prédominante à la croissance des dépenses de santé américaines ², même s'ils ont connu un ralentissement durant la décennie 90, contraints par une gestion des soins plus rigoureuse (graphique 2).

Cette croissance des dépenses de santé n'a toutefois rien de condamnable, sauf à l'interpréter de façon restrictive et purement comptable, car elle va de pair en général avec un mieux-être de la population. Ce phénomène touche d'ailleurs l'ensemble des pays riches. Il est lié non seulement au progrès technologique et à une demande accrue de soins due à l'augmentation des revenus et au vieillissement des populations, mais également au fait établi par Baumol d'une capacité très limitée de certaines activités de services intensives en main-d'œuvre de réaliser des gains de productivité sur un mode industriel, tout accroissement de la demande aboutissant à une augmentation des prix relatifs (*The Economist*, 2004). Le problème reste qu'aux Etats-Unis, cette croissance des dépenses s'accompagne d'une relative détérioration de la qualité des soins.

-
1. Une loi de 1987 (COBRA) permet néanmoins aux salariés ayant quitté (ou perdu) leur emploi et qui bénéficiaient dans ce cadre d'un régime de prévoyance santé d'entreprise de continuer à souscrire à ce régime (sans participation de l'ex-employeur) pendant 18 mois, à des conditions comparables à l'assurance de groupe. Cette loi concerne le secteur privé (entreprises de plus de 20 salariés) et aussi le secteur public, hormis les régimes de prévoyance santé fédéraux.
 2. Les coûts médicaux entrent en général pour un quart dans la croissance des prix (l'inflation) et les services et produits médicaux représentent 19 % des dépenses personnelles de consommation (Tilton, 2003).

Graphique 2. Le taux de croissance annuel moyen des dépenses de santé (en \$ courants et en \$ 2001)



Les soins hospitaliers et médicaux, sources principales de la croissance des dépenses

Ce sont les dépenses hospitalières qui représentent le gros des dépenses de santé en 2002 (31 %), sachant que 60 % de ces dépenses sont constitués par des coûts de main-d'œuvre (i.e. des revenus des professionnels de santé). Compte tenu de leur poids prédominant sur la période (tableau 2), elles constituent la première source de croissance, même si elles ont connu un ralentissement durant la dernière décennie et une diminution de leur part relative dus au processus d'externalisation des soins hospitaliers. Elles sont suivies par les consultations auprès des médecins et des cliniques qui, entre 1970 et 2002, ont crû plus vite que les dépenses hospitalières et ont en conséquence vu leur part augmenter de près de 3 points (22 %).

Le paiement à l'acte, très généralisé aux Etats-Unis jusqu'au début des années 1990, incite les médecins à accroître leur offre de soins, leur revenu étant proportionnel au nombre d'actes et à leur technicité (OCDE, 1992). De surcroît, le contentieux de la responsabilité médicale et les procès croissants pour mauvaises pratiques obligent les praticiens à payer des primes d'assurance élevées, ce qui les encourage à pratiquer une médecine défensive en multipliant les examens et à sélectionner les risques. Ces facteurs contribuent au renchérissement du coût de l'activité médicale. En réaction à cela, on observe d'ailleurs une montée du syndicalisme médical hospitalier mais aussi des pratiques nouvelles dont certaines vont à l'encontre des principes d'éthique médicale : certains chirurgiens (les plus cotés) refusent désormais

de s'assurer, 20 % des obstétriciens refusent de faire des accouchements et certains médecins vont jusqu'à refuser de soigner les juges et leurs familles. Cette situation nouvelle pourrait d'ailleurs déboucher sur une proposition de loi fédérale concernant « les droits des patients », réforme depuis plusieurs années en débat aux Etats-Unis ¹.

Les dépenses de médicaments ont crû à un rythme annuel des plus soutenus sur la période (11,2 %). Bien qu'elles ne représentent globalement que 10 % de l'ensemble des dépenses de santé, étant trois fois moins importantes que les dépenses hospitalières et deux fois moins que les consultations médicales, elles peuvent atteindre jusqu'à 20-25 % de ce total pour les adultes en âge de travailler et ayant peu recours aux soins hospitaliers (CMS,

Dépenses de santé par poste	1970		2002		1970-2002 TCAM (%)
	Mds \$	%	Mds \$	%	
Soins hospitaliers	27,6	37,8	486,5	31,3	9,4
Soins médicaux et cliniques	14	19,2	339,5	21,9	10,5
Médicaments sur ordonnance	5,5	7,5	162,4	10,5	11,2
Administration et coût net de l'assurance privée	2,8	3,8	104,9	6,8	12
Soins en séjour de longue durée	4,2	5,7	103,2	6,6	10,5
Autres *	19	26	356,5	22,9	9,6
Dépenses totales de santé	73,1	100 %	1553	100 %	10 %

* Soins dentaires, soins à domicile, produits médicaux non durables, équipement médical durable, etc.
Source : d'après CMS.

1. Le mécontentement suscité par le MC a provoqué des réactions en retour, qu'illustre le débat autour des droits des patients, destiné à contrebalancer le pouvoir des HMO et des compagnies d'assurances. En l'absence d'une loi fédérale, des mesures législatives ont été introduites par certains Etats (une dizaine en tout), à commencer par le Texas en 1997, qui devaient permettre aux patients de poursuivre les HMO dans les cours de justice au niveau des Etats pour déni de soins recommandés par un médecin. Mais les compagnies d'assurances Aetna et Cigna ont fait un recours, arguant que l'Etat du Texas violait la loi fédérale ERISA (*Employment Retirement Income Security Act*) qui prévaut sur les lois des Etats. Et la Cour Suprême leur a donné raison en juin 2004. La proposition de loi fédérale sur les droits des patients en discussion au Congrès depuis plusieurs années devrait s'en trouver ranimée, qui achoppe sur l'ampleur des dommages et intérêts susceptibles d'être obtenus par un patient si un plan refuse injustement de le couvrir, cf. OCDE (2002).

2003a). Les prix des médicaments aux Etats-Unis ne sont soumis à aucun contrôle public, contrairement à tous les autres pays industrialisés. L'industrie pharmaceutique a de surcroît le droit de faire de la publicité dans les journaux et à la télévision pour les médicaments vendus sur ordonnance, ce qui contribue à stimuler la demande ¹. En conséquence, chaque compagnie d'assurances négocie pour son propre compte les tarifs avec les laboratoires pharmaceutiques. Les rabais obtenus peuvent varier de 20 à 50 % selon les rapports de force. En revanche, ce pouvoir de négociation a été dénié à *Medicare* dans la nouvelle loi de 2003, alors que ce programme public constitue l'un des plus importants marchés de l'industrie pharmaceutique. Et si une loi fédérale de 1990 exige des groupes pharmaceutiques qu'ils offrent les meilleurs prix à *Medicaid*, elle est loin d'être toujours respectée ². La législation américaine sur les brevets contribue également à l'augmentation du prix des médicaments et des dépenses de santé. Elle permet en effet à une firme innovante d'obtenir une rente de monopole pendant 20 ans sur un médicament, tout en empêchant la vente de produits génériques concurrents à des coûts plus faibles sur la période. L'industrie pharmaceutique prétend que cette situation se justifie du fait qu'elle lui permet de financer la recherche-développement nécessaire à l'innovation et à la mise au point de nouveaux produits. Cet argument n'est qu'en partie valide, sachant que la recherche de base ayant permis de mettre sur le marché la plupart des nouveaux médicaments a été principalement financée par les laboratoires universitaires et par le gouvernement fédéral. D'autres facteurs tels que les procédures d'homologation des médicaments particulièrement rigoureuses aux Etats-Unis (multiplication des tests, médicaments « orphelins » ne pouvant être mis sur le marché) sont sans doute en partie responsables de cette augmentation des prix (Pham, 1996).

Enfin, il convient de remarquer que de toutes les dépenses de santé, les coûts de gestion de l'assurance privée sont celles qui ont crû le plus rapidement sur la période (12 % en moyenne annuelle). Ce poste, au 4^{ème} rang des dépenses, constituait 7 % du total en 2002 et devance désormais les dépenses de soins de longue durée. La charge croissante que constituent ces coûts de gestion de l'assurance privée se reflète également dans l'augmentation très importante de la part des travailleurs administratifs au sein du secteur de

1. Le secteur affiche 2,6 milliards de \$ par an de dépenses promotionnelles sur les nouveaux médicaments (Pignarre, 2004).

2. Depuis 2001, les groupes pharmaceutiques ont accepté de verser pour 2 milliards de \$ d'indemnités afin de mettre un terme aux poursuites judiciaires engagées contre eux, pour avoir proposé des prix moins élevés aux régimes de prévoyance médicale privés qu'à *Medicaid*, cf. Harris G., « Guilty Plea Seen for Drug Maker », *New York Times*, July 16, 2004.

la santé, passée de 18,2 à 27,3 % entre 1969 et 1999 (Woolhandler and *al.*, 2004). Le secteur de l'assurance santé, en voie de concentration, reste encore une industrie relativement fragmentée. Elle compte environ 950 entreprises spécialisées dans ce secteur aux Etats-Unis, dont 80 % de l'activité consiste à vendre des contrats collectifs aux entreprises (Helmes, 2001). Dans ce contexte concurrentiel, l'assurance privée engendre de fait des coûts de gestion élevés. Chaque compagnie cherche à gagner des parts de marché à grand renfort de frais publicitaires et de prospection commerciale et doit engager des frais pour estimer les risques et les sélectionner ¹, de même que pour procéder au recouvrement de primes provenant d'une diversité de sources de financement. Les compagnies d'assurances consacrent en outre une grande partie de leur activité à contester les plaintes de leurs assurés (Brandon and *al.*, 1991).

La prédominance persistante des sources de financement privées

L'évolution et la part respective des différentes sources de paiement des soins aux personnes s'est quant à elle largement modifiée entre 1970 et 2002, comme le montre le tableau 3. Les paiements directs proviennent de cinq sources différentes, même si en dernier ressort ce sont les individus et les familles qui en supportent les coûts directement ou indirectement (primes d'assurance, impôts fédéraux, étatiques ou locaux), soit en percevant des salaires directs moindres, soit en payant plus d'impôts : de la poche du patient (y compris les non-assurés qui paient souvent le prix fort vu qu'ils n'ont aucun pouvoir de négociation, notamment vis-à-vis des hôpitaux, contrairement aux employeurs, compagnies d'assurances ou HMO), des assurances privées, du budget fédéral, des Etats et collectivités locales et d'autres fonds privés. Sur la période, les dépenses privées, malgré une diminution de leur poids relatif, représentent toujours la part majoritaire de ces dépenses (54 %). Parmi elles, les assurances privées jouent un rôle prédominant.

En 1970, ce sont les patients qui assumaient eux-mêmes le plus gros des dépenses de santé (plus du 1/3), suivis par le gouvernement fédéral puis par les assurances privées. En 2002, ce sont les tiers payants qui ont pris le relais : les plus grosses dépenses sont désormais prises en charge par l'assurance privée, suivie par le gouvernement fédéral. Les débours des patients

1. Même dans le cas de contrats de groupe, les compagnies d'assurances évaluent chaque groupe et renouvellent cette évaluation chaque année, avant de décider d'offrir une police d'assurance maladie et de renouveler le contrat (*experience rating*). Dans les groupes de petite taille, si une personne a de sérieux problèmes de santé, elles peuvent refuser cette couverture ou augmenter de façon importante les primes l'année suivante.

Tableau 3. Evolution et taux de croissance des dépenses de santé selon l'origine du financement (en Mds de \$ et en %)					
Dépenses de santé par source	1970		2002		1970-2002
	Mds \$	%	Mds \$	%	TCAM (%)
Dépenses privées	45,4	62,2	839,6	54,1	9,5
Ticket modérateur	25,1	34,4	312,5	20,1	8,2
Assurance privée	15,5	21,2	549,6	35,4	11,8
Autres	4,8	6,6	77,5	5,0	9,1
Dépenses publiques	27,6	37,8	713,4	45,9	10,7
Gouvernement fédéral	17,6	24,1	504,7	32,5	11,1
(<i>Medicare</i>)	(7,7)	(10,5)	(267,1)	17,2	11,7
(<i>Medicaid</i>)	(2,3)	(3,2)	(147,4)	9,5	13,9
<i>Etats et collectivités</i>	10	13,7	208,7	13,4	10,0
(<i>Medicaid</i>)	(2,4)	(3,3)	(102,8)	6,6	12,5
Dépenses totales de santé	73	100 %	1553	100 %	10 %

Source : d'après CMS.

(ticket modérateur, franchise et les dépenses non prises en charge par l'assurance) n'arrivent plus qu'en troisième position. Alors que les programmes publics *Medicare* et *Medicaid* ne comptaient que pour 17 % des dépenses de santé en 1970, ils comptent désormais pour un tiers du total. Ils ont connu une croissance importante sur la période (+12,4 % en moyenne annuelle). *Medicaid*, plus sensible aux phases de récession, a crû au total plus vite que *Medicare* (+13,2 % contre +11,7 %). Les dépenses publiques sont cependant sous-estimées car elles ne constituent que la partie visible des dépenses de santé (Howard, 1997). Elles ne prennent pas en compte les déductions fiscales dont bénéficient les employeurs et leurs salariés, évaluées à 120 milliards de dollars ou 1 % du PIB. D'autre part, les primes versées par les employeurs aux compagnies d'assurances sont considérées comme des dépenses privées, alors que les cotisations sociales obligatoires dans les autres pays relèvent des dépenses publiques (OCDE, 2002).

Depuis 1970, la montée en puissance des tiers payants (financements fédéraux et surtout assurance privée) est particulièrement visible pour ce qui

concerne les soins médicaux et les médicaments prescrits comme le montre le tableau 4.

Tableau 4. Evolution des principales dépenses de santé par type de service et selon l'origine du financement (en % des dépenses totales pour chaque type de service)						
Dépenses de santé par type de service et par source	Hôpitaux		Soins médicaux et cliniques		Médicaments prescrits	
	1970	2002	1970	2002	1970	2002
Dépenses privées	45	41	78	66	91	78
Débours	9	3	46	10	82	30
Assurance privée	33	34	30	49	9	48
Autres	3	4	2	7	0	0
Dépenses publiques	55	59	22	34	9	22
<i>Medicare</i>	19	31	12	20	0	2
<i>Medicaid</i>	9	17	4	7	8	17
Autres	27	11	6	7	1	3
Dépenses totales	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source : d'après CMS.

Alors qu'en 1970, 46 % des dépenses de soins médicaux provenaient directement de la poche des patients, ce sont les assurances privées qui assurent aujourd'hui l'essentiel du financement (49 %), devant les programmes fédéraux (27 %). Quant aux prescriptions de médicaments, c'est la part des assurances privées qui a le plus progressé, passant de 9 à 48 % entre 1970 et 2002, celle de *Medicare* et *Medicaid* ayant augmenté aussi mais dans des proportions moindres (de 8 à 19 %). En revanche, les assurés, qui déboursaient plus de 80 % des dépenses en début de période, n'en finançaient plus que 30 % en 2002. Enfin, ce sont les deux programmes publics *Medicare* et *Medicaid* qui assurent aujourd'hui l'essentiel des dépenses hospitalières (48 %) tandis que les assurances privées en financent un peu plus du tiers et les patients seulement 3 %. Cette évolution traduit la dualisation du système de santé américain : l'assurance privée ne peut fonctionner que sur la base de la sélection des risques et se décharge des gros risques, qui sont couverts par l'assurance publique (personnes âgées, personnes atteintes de maladies chroniques).

Une qualité problématique de l'offre de soins et des performances sanitaires médiocres

De nombreux travaux mettent régulièrement en évidence le gaspillage, les inefficiences et les problèmes de qualité affectant le système de soins

américain, pourtant l'un des plus avancés au monde en termes de technologies et d'appareillage médicaux. Cet état de fait a un coût, évalué selon certains à 30 % des dépenses de santé (NCHC, 2004b). Une enquête récente d'envergure nationale établit à ce propos un constat alarmant : la population adulte ne reçoit guère plus que la moitié des soins recommandés (55 %) ; les piètres performances relevées sont les mêmes quels que soient les régions ou le type de soins prodigués (soins chroniques, soins préventifs, soins d'urgence, etc.) ; la qualité des soins varie substantiellement en fonction du type de pathologie en cause ¹. Le système de santé américain n'échappe pas non plus au phénomène de file d'attente : une enquête réalisée dans 15 métropoles indique que la moyenne pour un examen cardiologique est de 19 jours d'attente, qu'elle est de 23 jours pour obtenir un rendez-vous chez un gynécologue et de 24 jours dans le cas d'un examen dermatologique. Selon cette étude, la ville de Boston, réputée mondialement pour sa médecine de pointe, offre les délais d'attente les plus longs ².

La qualité des services dispensés par les hôpitaux laisse en particulier à désirer : le nombre de lits d'hôpitaux par malade est l'un des plus faibles des pays de l'OCDE (2,9 pour 1000 habitants) ; des dizaines de milliers de décès y sont constatés chaque année à cause d'erreurs médicales évitables, d'infections contractées lors de séjours hospitaliers et/ou faute de couverture médicale ³. De nombreux hôpitaux résistent encore à l'informatisation des données concernant les patients, ce qui permettrait de réduire ces erreurs ⁴ et plus généralement, le secteur de la santé est à la traîne des autres secteurs aux Etats-Unis du point de vue des dépenses d'informatisation par travailleur. Enfin, toutes les études s'accordent à constater le faible niveau d'encadrement infirmier à l'hôpital (1 pour 60 patients dans les centres médicaux pour anciens combattants et les établissements de soins de long terme, 1 pour 12 en chirurgie), suite à la stratégie de réduction de la main-d'œuvre professionnelle (*downsizing*) poursuivie dans les années 1990 par les hôpitaux pour réduire leurs coûts et rationaliser leur production, calquée sur celle des secteurs industriels (Brannon, 1996). Des visas temporaires d'immigration (visas H1A et H1C) ont d'ailleurs été facilités pour pallier la pénurie de

1. Il s'agit d'une étude menée par Rand, un Think Tank américain dont les résultats ont été publiés dans deux revues académiques, cf. McGlynn and al. (2003) et Kerr and al. (2004).

2. The Associated Press, « Same – Day Doctor Visits Gains Steams in US », *New York Times*, August 19, 2004.

3. Cf. NCHC (2004a).

4. Moins de 5 % des fournisseurs de soins primaires et de 10 à 20 % seulement des hôpitaux utilisent des systèmes de données informatisés sur les patients selon l'étude du NCHC (2004b), *op. cit.*

main-d'œuvre recrutée localement¹. Cette politique évite ainsi de s'attaquer de front aux carences de l'appareil de formation et d'en supporter les coûts. La pénurie touche une trentaine d'Etats de l'Union selon le ministère de la Santé et nuit à la qualité de l'offre de soins à l'hôpital². Elle conduit également les hôpitaux à recourir de façon croissante aux heures supplémentaires chez le personnel infirmier (en moyenne 8,5 semaines par an), dont le paiement pourrait être remis en cause par le récent changement de réglementation, entré en vigueur depuis le 22 août 2004 (Sauviat, 2004a). Aussi le syndicalisme dans le secteur est-il plus dynamique qu'ailleurs et le taux de syndicalisation plus élevé chez les infirmières agréées (16,9 % en 2003).

Les indicateurs de santé traditionnels (espérance de vie à la naissance, taux de mortalité infantile, etc.) montrent de moindres performances en comparaison internationale bien que les dépenses de santé par habitant aux Etats-Unis soient les plus élevées au monde (OCDE, 2002 et *The Economist*, 2004). Cette situation ne peut évidemment être attribuée entièrement à la qualité du système de soins : les conditions de travail et d'environnement sont d'importants facteurs affectant l'état de santé d'une population³. De ce point de vue, les travailleurs américains sont particulièrement exposés au stress, eux qui travaillent le plus longuement (1 800 heures par an en moyenne), sont pour un quart d'entre eux dans une relation d'emploi atypique (travail à temps partiel ou indépendant) et dont 40 % travaillent selon des plages horaires non standard (le soir, la nuit ou le week-end) en même temps que les entreprises poursuivent une politique de restructuration permanente. Bien que le Public Health Service estime chaque année à 100 000 le nombre de morts et à 400 000 le nombre de handicapés dus au travail, la question de la santé au travail continue d'être, sinon ignorée, du moins traitée avec dédain par la profession médicale (Alford, 1975).

L'expérience du *managed care* : un impact limité

Dans les années 1970 a commencé à se mettre en place un système de contrôle des soins connu sous le nom de *managed care* (MC), initié par le secteur privé concurrentiel des assurances pour répondre aux préoccupations

-
1. Les visas H1A ont été créés en 1989 en réponse à la pénurie d'infirmières dans le cadre du *Nursing Relief Act*. Puis ils ont été étendus et remplacés par les visas H1C créés en 1999 par le *Nursing Relief for Disadvantaged Areas Act*.
 2. Une proposition de loi a été introduite en 2004 qui vise à établir des ratios minimums d'encadrement infirmier par patient.
 3. Le stress au travail coûterait plus de 300 milliards de \$ par an en dépenses de santé selon des estimations récentes, cf. Scharz J., « Always on the Job, Employees Pay With Health », *New York Times*, September 5, 2004.

des employeurs en butte aux coûts croissants de l'assurance maladie. Il désigne les différentes formes d'arrangements contractuels et de mécanismes incitatifs passés entre assureurs, fournisseurs de soins et usagers pour aligner leurs intérêts, en partie divergents (encadré 1). Il est destiné à rationaliser l'offre de soins traditionnelle, basée sur le modèle de la médecine libérale (paiement à l'acte, liberté de choix du médecin, liberté thérapeutique) pour en contrôler la consommation et en contenir les dépenses.

Une tentative de régulation concurrentielle de l'offre de soins au niveau microéconomique

Le MC revêt plusieurs formes distinctes, selon les prestations offertes, le rôle joué par les assureurs dans la gestion des soins, le degré de liberté des professionnels et des lieux de santé à fixer les prix et à délivrer tel ou tel soin, les modes de paiement, etc. (encadré 3).

Comme le souligne Lambert (2000), les réseaux ont tous comme caractéristique de fonctionner sur le mode du paiement préalable et du tiers payant (sauf rares exceptions), d'offrir une couverture maladie intégrée (prise en charge des soins ambulatoires et hospitaliers), et enfin d'exercer un contrôle sur l'efficacité et l'opportunité des soins (médecins référents, contrôle des choix thérapeutiques, etc.). Dans les HMO qui ont commencé d'être réglementés en 1973¹, l'organisation administrative et le statut des médecins varient selon les cas : certains salarient des médecins et possèdent leurs propres lieux de soins comme le premier HMO par sa taille, le Kaiser Permanent Group, créé en 1945 et qui procure des soins à 8,2 millions d'Américains au travers de ses propres hôpitaux et cliniques². D'autres passent des contrats avec des groupes de médecins, ces derniers pouvant pratiquer la médecine de groupe ou individuelle tout en percevant un forfait par tête (capitation) en échange des soins prodigués. Enfin, les assureurs peuvent passer directement des contrats avec des médecins sur une base individuelle (cas le plus répandu des HMO). Les HMO peuvent être à but lucratif,

1. La loi sur les HMO (*HMO Act*) a encouragé leur développement par l'octroi de prêts et de subventions aux entreprises qui proposaient à leurs salariés d'adhérer à de tels réseaux.

2. Les 11 000 médecins du réseau pratiquent une médecine de groupe auto-administrée et ce HMO constitue une sorte de modèle, ayant permis de développer une forme véritablement intégrée de soins médicaux, tout en étant leader dans la fourniture de soins de qualité et l'exercice d'une médecine préventive, moins coûteuse. L'essentiel de son activité est concentrée en Californie bien que le réseau, à la fois assureur et fournisseur de soins, soit présent dans neuf autres Etats de l'Union. A but non lucratif, il dégagne néanmoins des revenus annuels de 25 milliards de \$, cf. Lohr S., « Is Kaiser the Future of American Health Care? », *New York Times*, October 31, 2004.

certains étant cotés en Bourse, ou à but non lucratif¹. Ils peuvent être créés à l'initiative des assureurs (cas le plus répandu)², des médecins ou des entreprises elles-mêmes. Les employeurs sont parvenus, par des incitations financières, à y faire participer un nombre croissant de salariés, passé de 27 % en 1988 à 95 % de l'ensemble des salariés en 2003. Au total, 70 % de la population américaine y est adhérente³.

Une maîtrise des coûts de courte durée

Le MC a donné des résultats positifs dans les années 1990, contribuant à une décélération des dépenses de santé. Il s'est développé *stricto sensu* dans le secteur de l'assurance privée, bien que l'assurance publique ait été également concernée par des politiques de contrôle des coûts, et parfois même à l'origine d'un certain nombre de pratiques innovantes adoptées ensuite par les assureurs. *Medicare* a notamment été à l'initiative de certaines techniques de maîtrise des coûts comme le paiement forfaitaire par pathologie à l'hôpital (*Diagnostic Related Groups*) reprises à leur compte par les HMO. Mais en 2003, seuls 11 % des bénéficiaires de *Medicare* étaient couverts par des plans de santé coordonnés de type *Medicare Advantage* (encadré 3) tandis que le nombre de bénéficiaires de *Medicaid* inscrits dans des réseaux de soins intégrés s'est en revanche accru fortement, passant de 40 % en 1996 à 58 % en 2002 (CMS, 2003b).

Sur le marché de l'assurance privée professionnelle, les plans traditionnels de santé avec paiement à l'acte ont diminué pour ne plus représenter qu'une portion congrue (5 %) des salariés inscrits en 2004 (graphique 3).

Les plans gérés par les compagnies d'assurances sont parvenus à faire pression sur les professionnels de santé pour contenir la progression de leurs tarifs et la consommation de services médicaux, y compris dans le cadre de *Medicare*. De plus en plus de médecins ont ainsi été intégrés dans le système de soins coordonnés : une enquête de l'AMA (*American Medicine Association*), l'organisation syndicale la plus représentative et la plus influente

-
1. Les premiers HMO étaient à but non lucratif, comme les réseaux Blue Cross et Blue Shield créés dans les années 1930, et auxquels la plupart des régimes de santé multi-employeurs gérés par les syndicats sont aujourd'hui encore affiliés. Les HMO à but lucratif se sont développés à partir de la fin des années 1960, mais surtout dans les années 1980 quand le MC a connu un certain succès. Aujourd'hui, ils sont nettement majoritaires (63 %) alors qu'ils ne représentaient que 12 % des HMO en 1981 (CMS, 2003b).
 2. Une compagnie d'assurances comme Aetna possède plusieurs HMO. Parmi les leaders du marché, Well Point, depuis sa fusion avec Anthem en 2003, compte 26 millions d'assurés tandis que United Health Group en compte 20 millions.
 3. Cf. *The Economist* (2004). Cf. aussi Chambaretaud et Lequet-Slama (2001 et 2002).

Encadré 3

Les principaux types de plans de santé privés

HMOs (Health Maintenance Organizations) : ce sont des groupements privés qui procurent à leurs participants des prestations préfinancées sur la base d'un forfait pour la plupart de leurs besoins de santé, quelle que soit leur consommation médicale. Les bénéficiaires choisissent un médecin référent, responsable de la coordination des soins à partir d'une liste proposée. Ils doivent théoriquement passer par lui pour avoir accès à un spécialiste, sous peine de ne pas être couverts si leur choix devait se porter sur un autre médecin, quand bien même celui-ci fait partie du même réseau de soins. Ils offrent en général plus de soins de médecine générale et préventive que les autres dispositifs mais moins de soins de spécialistes. Un HMO compte en moyenne 20 à 25 médecins. Les barrières financières aux soins sont moindres que dans les autres dispositifs ; en revanche il y a plus de formalités administratives à accomplir pour l'accès aux soins, le choix d'un médecin ou bien encore l'obtention d'un rendez-vous.

PPOs (Preferred Provider Organizations) : ces réseaux de soins comprennent médecins et hôpitaux. Les participants ont plus de liberté que dans les HMO. Le fait de choisir un médecin ou un hôpital agréé par le réseau est encouragé (prestations plus complètes, pas de formulaire de demande de remboursement à remplir) mais pénalisé financièrement en dehors du réseau.

POS (Point-of-Service) plans : ces plans proposent des listes de médecins et d'hôpitaux. Si un participant habite dans une région où existe un tel réseau, il doit choisir un médecin référent du réseau. Si ce dernier coordonne l'ensemble des soins, le niveau des prestations accessibles est plus élevé et il n'est exigé aucune demande écrite de remboursement. Mais le participant peut également avoir accès à des praticiens hors réseau. Et leurs coûts restent relativement peu élevés, d'où leur popularité.

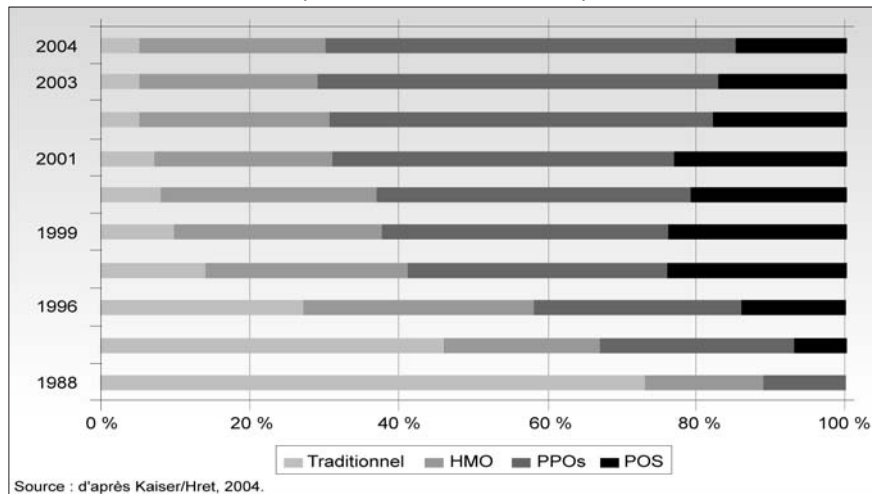
Indemnity Plans : ces plans d'assurance traditionnelle offrent la même couverture quels que soient le docteur ou l'hôpital choisi et remboursent les services médicaux couverts, pour autant que les dépenses engagées soient raisonnables. Le participant peut avoir à faire une demande écrite pour passer certains examens ou se faire rembourser.

Medicare+Choice (M+C) plans renommés *Medicare Advantage* : ce sont des plans privés sous contrat avec *Medicare* institués en 1997, qui offrent un ensemble préfinancé de prestations couvertes par *Medicare* et d'autres prestations aussi. La plupart sont des HMO gérés par les assureurs.

Sources : d'après The Kaiser Family Foundation (2004).

de la profession même si elle est en déclin ¹, indique que leur nombre est passé de 77 % en 1994 à 92 % en 1997 (Helmes, 2001). Autre effet de la mise en œuvre du MC : la proportion de médecins salariés est passée de 24 à 43 % entre 1983 et 1997 (et de 37 à 66 % pour les nouveaux praticiens) tandis que celle de médecins exerçant en libéral dans leur propre cabinet est tombée de 40 à 26 % (McKinlay and Marceau, 2002). Cette évolution a entraîné une baisse des revenus de la profession médicale : après une période de hausse entre 1991 et 1995, la deuxième moitié de la décennie 90 (1996-99) a vu le revenu net des médecins baisser en moyenne de 5 %, davantage pour les généralistes (-6,4 %) que pour les spécialistes (-4 %). La surabondance relative de l'offre de médecins (encadré 4) de même que la fragmentation du syndicalisme médical ² ont également contribué à affaiblir la position de ces professionnels sur le marché du travail, qui doivent également affronter la concurrence croissante des spécialités hors profession médicale selon McKinlay and Marceau (2002). Cependant, la médecine reste encore la profession la mieux payée aux Etats-Unis. Le revenu net moyen médical atteignait près de

Graphique 3. Evolution de la part de marché des différents types de plan de santé sur le marché de l'assurance privée professionnelle (en % des salariés inscrits)



1. La domination de l'AMA sur la profession médicale perdure et 40 % des médecins aux Etats-Unis en sont encore membres, ce qui lui confère une représentativité nettement supérieure à celle du syndicat médical français le plus représentatif (CSMF), voir notamment Wilsford (1991).
2. La spécialisation médicale a entraîné la constitution de syndicats de spécialistes (les cardiologues ont par exemple rejoint l'*American College of Cardiology*, les internistes la *Society for General Internal Medicine*), remettant en cause la représentation unifiée de l'AMA, qui connaît aussi des dissensions internes. De surcroît, les jeunes praticiens ont tendance à ne pas se syndiquer (McKinlay and Marceau, 2002).

Encadré 4

L'offre médicale et hospitalière**A. Les médecins**

Les Etats-Unis comptaient 752 000 médecins actifs en 2001 (US Census Bureau, 2003). La densité médicale, évaluée à près de 3 médecins pour 1000 habitants, est inférieure à la moyenne des pays de l'OCDE. Elle est surtout fort déséquilibrée, trois fois plus forte en zone urbaine qu'en zone rurale où l'accès aux soins constitue souvent un problème (Lambert, 2000). Bien que la thèse d'une surcapacité de l'offre médicale fasse débat aux Etats-Unis, elle est avérée dans certaines zones géographiques notamment entre Boston et Washington D.C., pendant que d'autres régions souffrent d'une sous-capacité. La politique de *numerus clausus* pratiquée dès les années 1920 par l'AMA est organisée non pas à l'entrée dans la profession mais à l'entrée en formation dans les écoles de médecine. Et bien que le chômage des médecins soit rare, le sous-emploi est d'ores et déjà une réalité assez répandue pour les jeunes professionnels qui s'installent et qui doivent compléter leur revenu par des activités non liées à la relation avec leurs patients (McKinlay and Marceau, 2002).

L'écrasante majorité des médecins est constituée de spécialistes (92 %), dont le statut social et les revenus sont nettement plus élevés que ceux des généralistes (notamment les chirurgiens). 18 % des médecins exercent à l'hôpital et 68 % sont installés en cabinet privé (US Census Bureau, 2003). Ils peuvent pratiquer la médecine selon quatre modes d'organisation : la médecine de groupe, la médecine en clinique, en hôpital ou dans un réseau de soins coordonnés (en libéral ou en tant que salarié). Certains arrangements financiers ont été développés récemment pour tenter de contenir l'inflation des coûts de santé liée au paiement à l'acte et améliorer la qualité des services de soins : le paiement par capitation (un paiement mensuel forfaitaire par patient) ou le paiement basé sur les performances.

B. Les hôpitaux

Le secteur hospitalier américain se compose d'hôpitaux publics et privés : la majorité d'entre eux sont encore à but non lucratif (85 %), notamment les hôpitaux fédéraux et la plupart des hôpitaux implantés dans les Etats (*Community hospitals*), malgré leur conversion croissante en hôpitaux à but lucratif. Le secteur hospitalier a connu l'une des concentrations les plus rapides du secteur de la santé, avec deux chaînes qui contrôlent aujourd'hui les trois quarts du marché profitable (Columbia/HCA et Tenet). Cette concentration, outre la recherche d'économies d'échelle, est une réaction de défense des hôpitaux face à la progression du MC, la taille leur conférant un pouvoir de négociation accru vis-à-vis des assurances.

Une deuxième partition distingue les hôpitaux généraux (*Full Service Hospitals*), en majorité à but non lucratif, des hôpitaux spécialisés (*Specialty Hospitals*), principalement à but lucratif. La concurrence est rude entre ces deux

■ ■ ■

■ ■ ■

types d'établissements, voire déloyale : les premiers, dont la plupart sont équipés en services d'urgence (92 %), accueillent davantage les urgences (souvent des personnes non-assurées) que les seconds, dont 45 % seulement offrent ces mêmes services (GAO, 2003). Les hôpitaux spécialisés traitent en conséquence moins d'assurés de *Medicaid* et de cas lourds que les hôpitaux généraux. Ce sont eux qui connaissent la croissance la plus forte. De manière générale, les hôpitaux sont de plus en plus confrontés à des factures impayées à cause du nombre croissant de patients non-assurés ou qui ne peuvent régler les tickets modérateurs, ce qui vient réduire leurs marges bénéficiaires et augmenter leurs dettes. Car en vertu d'une loi fédérale, ils doivent accepter toute personne réclamant des services d'urgence, qu'elle soit assurée ou pas. En même temps, ils vivent largement grâce aux patients du programme *Medicare*. Mais comme ces derniers participent de plus en plus à des régimes de prévoyance santé qui négocient leurs tarifs, la pression est plus forte sur les hôpitaux. Aussi ces derniers usent-ils de techniques agressives pour recouvrer leurs factures impayées auprès des non-assurés, y compris les hôpitaux à but non lucratif qui par ailleurs bénéficient de substantielles réductions d'impôts de l'Etat fédéral et de leur propre Etat en contrepartie d'un devoir de charité envers les pauvres.

206 000 \$ en 2000 (219 000 \$ pour les spécialistes et 145 000 \$ pour les généralistes) ¹.

Les effets du MC sur les dépenses de santé ont été de courte durée. Le système a été discrédité et mis en cause par les usagers eux-mêmes, mécontents d'être soumis à un rationnement des soins et d'obtenir des remboursements plus faibles. Aussi les compagnies d'assurances ont-elles été amenées à relâcher leurs restrictions, autorisant un accès plus aisé aux spécialistes, etc. La part des HMO, qui avait commencé par augmenter dans les années 1980, a régressé par la suite. En 2004, elle ne représentait plus que 25 % du marché de l'assurance d'entreprise (graphique 3) ². La résistance des médecins à se laisser imposer des restrictions, tant sur les prix que sur leur pratique thérapeutique, de même que leur mécontentement face à des charges administra-

1. Les médecins libéraux ont des revenus supérieurs à ceux des médecins salariés (229 000 \$ contre 170 000 \$). Et parmi les spécialités les mieux payées, on trouve dans l'ordre décroissant les radiologues, les chirurgiens, les anesthésistes, les gynécologues/obstétriciens, etc. cf. Green Book, 2004.

2. La tendance est à la concentration des HMO qui obtiennent ce faisant plus de pouvoir de négociation vis-à-vis des professionnels de santé et des laboratoires pharmaceutiques, et qui renforcent le nombre de leurs adhérents.

tives croissantes vis-à-vis des compagnies d'assurances, a eu raison des efforts entrepris par les assureurs et par les entreprises pour les attirer dans les réseaux les plus contraignants comme les HMO (encadré 3). Et la profession médicale a trouvé des alliés naturels chez les usagers, mécontents de voir restreindre leur liberté de choix ou d'avoir à payer plus pour l'obtenir. D'où la croissance des PPOs, les plans désormais les plus répandus, dont la part représente aujourd'hui 55 % du marché de l'assurance d'entreprise et celle des POS (15 %), qui permettent un recours plus souple aux spécialistes et aux fournisseurs de soins hors réseau mais engendrent ce faisant des coûts plus élevés que les HMO (graphique 3). La croissance des coûts a connu une accélération vers la fin des années 1990. En même temps, les hôpitaux ont pu augmenter leurs prix grâce à un pouvoir de marché renforcé par concentration. Et les médecins sont parvenus à prendre le contrôle de près de la moitié des réseaux de soins intégrés (Lambert, 2000). Tant et si bien qu'aujourd'hui, les assureurs s'orientent vers de nouvelles techniques de contrôle des coûts et de gestion des risques en direction des patients, qui sont aussi invités à une participation financière croissante (Polton, 2004).

L'expansion du MC n'a pas été non plus sans effets pervers (Chambaretaud et Lequet-Slama, 2002). D'une part, les organismes de soins n'ont pas échappé à la propension naturelle de l'assurance à sélectionner les risques et à pratiquer un écrémage des assurés : ils ont cherché à attirer vers eux la clientèle en bonne santé, à grands frais de marketing, de coûts de gestion et de commercialisation élevés (par des publicités ciblées en direction de publics ayant des niveaux de risques faibles)¹. Ce faisant, ils ont laissé les cas lourds aux bons soins de l'assurance publique et ont contribué ainsi à augmenter les coûts des programmes fédéraux, transférant les coûts à d'autres payeurs, plutôt qu'à les réduire globalement (Sullivan, 2001). D'autres effets pervers sont également apparus avec la restructuration du secteur de la santé, notamment la recherche systématique d'abaissement des coûts par une politique de réduction du personnel qualifié dans les hôpitaux, au niveau de l'encadrement infirmier surtout, qui n'a pas manqué d'entraîner une dégradation de la qualité des soins prodigués (encadré 4). Car plus les assureurs doivent affronter la concurrence et plus ils ont naturellement tendance à sélectionner les meilleurs risques au détriment de mesures visant à contenir les coûts des fournisseurs de soins.

1. Par exemple une publicité télévisée qui montrait des seniors engagés dans des activités physiques et sociales (donc a priori en bonne santé) ou encore participant à des séminaires dans des immeubles inaccessibles aux handicapés.

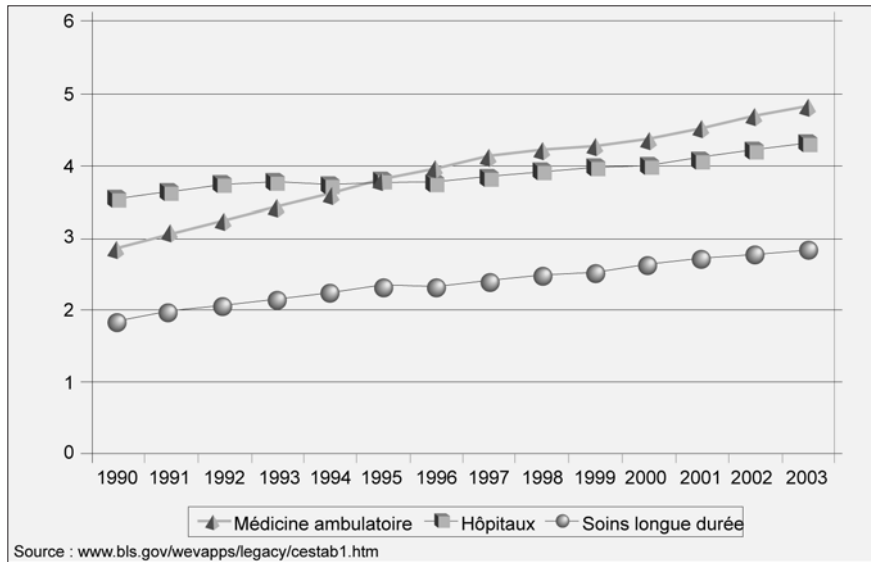
Enfin, si ces mesures de réduction des coûts n'ont eu finalement qu'un impact limité, c'est sans doute aussi parce qu'elles s'adressent à l'ensemble du système de soins et des assurés, alors que les dépenses de santé restent extrêmement concentrées. Comme l'ont souligné Berk et Monheit (2001), 5 % de la population compte pour plus de la moitié des dépenses de santé aux Etats-Unis (et 10 % pour plus des deux tiers), que cette population soit assurée ou pas. Alors que le 1 % de la population qui a le plus recours au système de soins représente une dépense de 56 459 \$ par tête, les 50 % qui y ont le moins recours ne dépensent que 122 \$ par tête.

Un ralentissement de la croissance des emplois hospitaliers

Depuis les années 1980, le secteur de la santé joue un rôle moteur dans la création d'emplois : le nombre de salariés par rapport à l'emploi salarié total du secteur privé non agricole y est passé de 5,8 % en 1980 à 10,2 % en 2002. Parmi ces emplois, la médecine ambulatoire représente aujourd'hui la plus grande part (40 %), suivie par l'emploi hospitalier (36 %) et par l'emploi en établissements de soins de longue durée (24 %). Les projections établies par le Bureau of Labor Statistics prévoient que le taux de croissance de l'emploi dans la santé va rester notablement supérieur au reste de l'économie durant la décennie en cours (2000-2010).

Le vieillissement de la population, la montée des tiers payants (assurance privée et programmes publics), l'augmentation des revenus ont contribué à la croissance de la demande des services de santé, et partant, de l'emploi dans le secteur privé de la santé. Cependant, la mise en place du MC a abouti à un rationnement des soins et a affecté distinctement les différents sous secteurs en termes d'emplois (tant le nombre que la nature des emplois). La politique de contrôle des coûts mise en place par *Medicare* à partir de 1983 pour les soins hospitaliers (paiement prospectif sur la base d'un paiement forfaitaire par pathologie) a ralenti la croissance de l'emploi dans ce secteur (baisse des admissions hospitalières et de la durée des séjours, externalisation des soins) tandis que les secteurs de la médecine ambulatoire et des soins de longue durée continuaient à créer des emplois. A cause de l'opposition de l'AMA, *Medicare* ne pourra introduire un nouveau mode de paiement aux médecins visant à réduire les coûts qu'à partir de 1992. Mais cette politique n'a pas eu d'effet négatif sur l'emploi dans ce secteur, dont la source de financement reste très largement privée (tableau 4). Le ralentissement dans la croissance de l'emploi hospitalier est particulièrement sensible dans la première moitié de la décennie 90, ce qui conduit l'emploi en médecine ambulatoire à dépasser l'emploi hospitalier en 1995. Toutefois, dans la deuxième moitié des années 1990, la croissance de l'emploi s'est trouvée aussi ralentie

Graphique 4. Evolution de l'emploi dans la santé par secteur (en millions)



dans les secteurs de la médecine ambulatoire et des soins longue durée comme le montre le graphique 4.

Le MC a également eu un impact sur la nature des emplois créés. Au sein des hôpitaux, la stratégie de réduction des coûts a reposé sur un recours accru aux infirmier(e)s comme ressource de coordination et a conduit à une pénurie d'encadrement dans certains emplois (infirmier(e)s, kinésithérapeutes et ergothérapeutes). En donnant plus de pouvoir de contrôle aux médecins généralistes comme médecins référents, ce système de gestion des soins a réduit la demande de spécialistes à partir de 1991 et a en revanche accru celle de médecins assistants, cadres diplômés de l'enseignement supérieur qui exercent de nombreuses tâches médicales sous le contrôle des médecins tout en étant payés moitié moins (Engel, 1999).

Ces pratiques de contrôle des coûts, qu'elles soient opérées par *Medicare* ou par les compagnies d'assurances (MC), ont également eu un impact sur les rémunérations dans le secteur de la santé. Engel (1999) souligne que le taux de croissance des gains horaires moyens pour le personnel d'exécution représentait en 1998 la moitié de celui en vigueur durant la période 1987-1992, caractérisée alors par la prédominance du paiement à l'acte. Or la popularité du MC dans les années 1990 a conduit de nombreux médecins à rejoindre des réseaux de soins intégrés et à y devenir salariés. De même que

Medicare s'est tourné vers des arrangements de type MC, de façon limitée au début des années 1980 mais plus étendue à partir de 1998¹. Ainsi, le relâchement de la politique de contrôle des coûts pourrait s'expliquer en partie par la collusion d'intérêts entre les syndicats du secteur de la santé et les syndicats de médecins en faveur de la création d'emplois dans le secteur de la santé, plus de dépenses étant synonyme de plus de créations d'emplois et donc plus de revenus professionnels.

L'ambivalence et les nombreuses volte-face syndicales

Le contexte institutionnel et politique d'après-guerre et plus généralement une culture de méfiance, sinon d'hostilité vis-à-vis de l'État, ont largement contribué à l'alignement des intérêts du syndicalisme avec ceux des employeurs des grandes entreprises et des assurances privées, écartant toute solution d'un système public et universel au profit d'un système quasi féodal d'assurance maladie lié au statut d'emploi (Gottschalk, 2000). Cet intérêt commun au maintien du *statu quo* a durablement affecté la capacité politique du syndicalisme à mobiliser ses membres en faveur d'une réforme globale et radicale du système de santé qui réduise le rôle des assurances privées. Cependant, l'attitude syndicale à cet égard n'a pas été monolithique. Au contraire, des dissensions internes complexes et changeantes ont divisé profondément le mouvement syndical sur la question de la réforme de la santé, marqué par de nombreux revirements et volte-face de plusieurs fédérations, y compris de l'AFL-CIO. Car le syndicalisme dans la santé est profondément fragmenté, notamment le syndicalisme infirmier même si le taux de syndicalisation des professions de santé est de manière générale plus élevé que la moyenne nationale. On y trouve les grandes fédérations publiques comme l'AFSCME (American Federation of State, County and Municipal Employees) et l'AFT (American Federation of Teachers) mais aussi des fédérations du secteur privé représentatives du syndicalisme d'industrie comme le SEIU (Service Employees International Union) dont environ un quart des membres sont issus du secteur de la santé, le CWA (Communication Workers of America) ou encore l'UFCW (United Food and Commercial Workers) ainsi que des fédérations représentatives de syndicats de métiers comme l'UAN (United American Nurses) qui a rejoint l'AFL-CIO en 2001.

1. Une loi de 1982 a permis aux HMO de contracter avec *Medicare*, puis une nouvelle loi en 1997 a étendu cette possibilité à d'autres formes d'arrangements contractuels (PPOs, etc.).

Un carcan institutionnel favorable au système de protection sociale d'entreprise

Si l'AFL (American Federation of Labor) a historiquement privilégié et défendu des formes d'auto-organisation des travailleurs contre toute ingérence de l'Etat en matière de protection sociale (notamment son dirigeant S. Gompers), la crise des années 1930 l'a conduite à réviser sa position et à soutenir fermement les réformes du New Deal (régime d'assurance vieillesse et d'indemnisation du chômage). L'organisation syndicale approuve ainsi la création d'un régime national de santé, volet que le président F.D. Roosevelt retirera de sa proposition de loi sur la Sécurité sociale, de peur qu'elle ne menace les principaux piliers de la réforme lors de son passage au Congrès (le régime fédéral d'assurance vieillesse et le régime d'indemnisation du chômage). Toutefois, l'énergie des syndicats s'investit surtout dans la défense et l'amélioration de la couverture sociale, au travers de la gestion autonome ou paritaire de leurs régimes professionnels existants ¹.

En 1947, la loi *Taft Hartley* restreindra le droit des syndicats en imposant le strict paritarisme à la gestion des nouveaux régimes de retraite et de santé interentreprises (appelés aussi *Taft-Hartley*), qui délivrent les prestations d'assurance vieillesse et de santé aux salariés appartenant à certains métiers ou secteurs caractérisés par une forte mobilité du travail et la présence d'entreprises de petite taille (Sauviat et Pernod, 2000). Deux ans après, une décision administrative confirmée par la Cour suprême impose la négociation des « compléments du salaire » (congés payés, congés maladie, assurance médicale, retraite, etc.) dans le cadre de conventions collectives décentralisées, rendant la protection sociale largement dépendante des employeurs.

De sorte que la négociation collective contribue à accélérer la privatisation de l'assurance maladie (Derickson, 1994). Les syndicats prennent en effet l'habitude, à partir des années 1950, de négocier pour leurs membres les différentes formes de couverture sociale (les fameux *fringe benefits*) et de gérer les régimes de prévoyance maladie *Taft-Hartley* qui offrent une couverture maladie, à l'instar des régimes professionnels de retraite (apRoberts, 1995). Ils voient notamment dans la négociation des avantages sociaux et d'un « plus syndical » (*union advantage*) un moyen de gagner de nouveaux membres, faculté que la loi *Taft Hartley* a sérieusement mise à mal en restreignant le clo-

1. Avant 1947, environ 1/3 des régimes de prévoyance médicale établis étaient gérés paritairement par les employeurs et les syndicats, un tiers étaient gérés exclusivement par les syndicats et le dernier tiers par les compagnies d'assurances (Gottschalk, 2000).

*sed shop*¹. De ce point de vue, ce sont les principaux syndicats d'industrie affiliés au CIO (Congress of Industrial Organizations) qui se feront les plus ardents défenseurs du système privé de protection sociale d'entreprise, forts des avantages sociaux qu'ils parviennent à négocier pour leurs membres dans les grandes entreprises des secteurs oligopolistiques, à l'abri de la concurrence au sortir de la deuxième guerre mondiale. Alors que les syndicats de l'AFL, implantés dans des secteurs plus concurrentiels, ont moins de réussite, qui voient leurs régimes mutualistes plus souvent confrontés à des situations financières fragiles. Ainsi en 1950, 95 % des salariés représentés par les syndicats affiliés au CIO possèdent une couverture maladie grâce à la négociation collective alors que seuls 20 % de ceux affiliés à l'AFL sont dans ce cas (Derickson, 1994). Ce qui explique que l'AFL et les syndicats de métier aient pris la défense du système national d'assurance santé plus tôt et plus fermement que le CIO et les syndicats d'industrie, sans que cette donnée n'apparaisse pour autant comme une constante de la division du camp syndical par la suite.

Dans les années 1950 également, les compagnies d'assurances privées commencent à pénétrer le marché de l'assurance santé. Elles imposent ce faisant leurs pratiques de tarification des primes d'assurance en fonction du risque actuariel déterminé par les caractéristiques individuelles de la population assurée (*experience rating*), au détriment de pratiques plus solidaires et davantage mutualisées de tarification au niveau d'un groupe (*community rating*) alors en vigueur chez leurs concurrents du secteur non lucratif (notamment Blue Cross/Blue Shield). Les syndicats localement soutiennent ces pratiques (ceux de la construction en particulier), qui voient les primes d'assurance de leurs membres réduites, ces derniers étant considérés par les assureurs comme des « bons risques ». La négociation collective va par conséquent jouer un rôle majeur dans la diffusion de ces pratiques discriminantes et dans le développement d'une bureaucratie syndicale, faite de professionnels rompus au langage et à la technique des assurances et moins enclins à revendiquer l'accès aux soins comme un droit « citoyen » (Derickson, 1994).

Enfin, la loi ERISA de 1974 achève de planter le décor institutionnel, qui favorise l'établissement d'une alliance objective entre syndicats et employeurs dans le domaine de la couverture maladie. Bien qu'elle vise avant tout les régimes professionnels de retraite, l'un des points de la loi exempte

1. Le *closed shop* est une pratique remontant à 1794 quand les travailleurs de la chaussure de Philadelphie exigèrent de chaque employeur qu'il embauche exclusivement des travailleurs syndiqués.

les fonds *Taft Hartley* et les fonds d'employeur auto-assurés¹ des réglementations étatiques qui régissent les compagnies d'assurance en matière de règles prudentielles, constitution de réserves etc. et des impôts prélevés par ces mêmes états. ERISA a donc laissé ces fonds largement non réglementés et ouverts à toutes sortes de pratiques discriminatoires de la part des employeurs (sélection des travailleurs éligibles, etc.) et a incité aussi à de nombreuses escroqueries avec la mise en place de faux fonds interentreprises à cause d'ambiguïtés contenues dans la loi (Kofman, 2004). De même les HMO sont d'ardents défenseurs d'ERISA, la jurisprudence les ayant mis à l'abri des recours judiciaires engagés par leurs adhérents².

Les attermolements syndicaux après le vote de Medicare

Après l'échec répété de F.D. Roosevelt à instaurer un système de santé universel, une première fois lors de la loi de Sécurité sociale de 1935 et une seconde fois, en 1939 avec la proposition de loi du sénateur Wagner (*National Health Act*) qui échouera face à un Congrès dominé par les conservateurs, l'idée d'un système national d'assurance santé continue à faire son chemin. Elle est soutenue par le successeur de Gompers à la tête de l'AFL, W. Green. Pendant la guerre, une commission composée d'élus syndiqués et de professionnels de la santé (*Committee for the Nation's Health*), qui prolonge les différentes commissions sur la sécurité économique et la santé instituées par F.D. Roosevelt durant ses deux mandats présidentiels, appuie une proposition de loi visant à introduire un système de santé national fondé sur des cotisations obligatoires (*Wagner-Murray Dingell Bill*). Cette proposition de loi, introduite quatorze années de suite, échoue, faute de trouver une majorité au Congrès.

Le successeur de F.D. Roosevelt, H.S. Truman, est partisan d'une solution plus radicale, celle d'un système national de santé fondé sur une caisse unique, excluant les assurances privées. Il ne parviendra pas à imposer cette solution au Congrès en dépit du soutien de l'AFL, dans le contexte de guerre froide et d'anti-communisme qui caractérise cette période, et face à l'hostilité et à la mobilisation sans répit des membres de la très conservatrice et puissante AMA, le syndicat professionnel des médecins créé en 1847. Finalement, après une vingtaine d'années de débats parlementaires animés,

1. Au début des années 1990, les régimes d'employeur auto-assurés représentaient près du tiers des régimes professionnels de prévoyance santé selon Brandon and *al.* (1991). Typiquement, les grandes entreprises ont opté pour de tels régimes, ce qui fait qu'actuellement, près des 3/4 des Américains assurés par le biais de leur entreprise disposent d'un régime d'assurance maladie réglementé par ERISA, cf. Combs A.L. (2004).

2. Cf. note 1, p.17.

l'arrivée à la présidence de L. B. Johnson en 1964 et d'une large majorité démocrate au Congrès de même que le soutien de l'AFL-CIO¹ auront raison de cette tenace opposition avec le passage de *Medicare* et de *Medicaid* en 1965, mais non sans prix. D'une part, l'envergure de la réforme sera réduite à la proposition d'une assurance santé universelle aux seules personnes âgées et aux pauvres, après que les syndicats aient renoncé à revendiquer une couverture universelle vers la fin des années 1950 (Derickson, 1994). D'autre part, comme contrepartie de l'accord avec l'AMA, L. B. Johnson fait inscrire dans la loi le principe de non remise en cause de la liberté de choix des patients et celle de l'acte médical de même que le refus de tout contrôle gouvernemental sur les prix, laissant le soin aux assurances privées d'exercer ce pouvoir².

Au début des années 1970, le président R. M. Nixon propose sans succès l'institution d'un système de santé qui engage l'employeur sur la base d'une cotisation obligatoire (*employer mandate*), auquel les syndicats commencent par s'opposer, lui préférant un modèle alternatif d'assurance nationale universelle éliminant les assurances privées. Toutefois, ils renoncent peu à peu à cette idée au milieu des années 1970 et se tournent vers celle d'une réforme progressive plutôt que globale du système de santé, concentrant leur énergie sur la question des non-assurés. Sous la présidence Carter, ils finissent par se rallier en 1978 à la solution initialement proposée par Nixon (*employer mandate*), laquelle sera reprise vingt plus tard par W. J. Clinton. M. Gottschalk (2000) attribue ce revirement à l'alliance objective qui se noue alors entre les employeurs des grandes entreprises et la plupart des syndicats. Elle démontre notamment que L. Kirkland, alors président de l'AFL-CIO et J. Sweeney, qui prend la tête du SEIU en 1980 et dont les responsabilités se multiplient³, sont les plus importants soutiens à ce pacte, légitimé par J. Dunlop au cours des années 1970⁴. J. Sweeney a joué selon elle un rôle central dans les hésitations, voire l'opposition de la centrale syndicale, à s'engager dans une bataille décisive pour l'obtention d'un régime national de santé et d'une caisse unique. A l'inverse, les dirigeants des grandes entrepri-

1. Les syndicats ont été partie prenante de cette réforme, travaillant étroitement à l'élaboration de celle-ci aux côtés de l'administration.

2. Shlaes A., « The Cure for Medicare May Be Too Painful », *Financial Times*, December 1, 2003.

3. Au milieu des années 1980 est créé à son instigation un comité sur la santé au sein de l'AFL-CIO, dont il prend la présidence. Il fait également partie du comité Dunlop qui comprend au total 8 représentants syndicaux. En 1989, il est choisi par le ministre de la Santé pour siéger au comité consultatif sur la Sécurité sociale.

4. Selon M. Gottschalk, J. Dunlop a été l'un des plus ardents défenseurs de ce pacte à l'américaine et lui a apporté sa légitimité institutionnelle. Il expérimente en effet la négociation tripartite d'abord en tant que président du comité sur la stabilisation des salaires dans la construction au début des années 1970, puis comme ministre du Travail sous la présidence de G. Ford. Ce dernier mettra en place le comité Labor-Management sur l'instigation de Dunlop, qui rapprochera les dirigeants des plus grandes entreprises et des principaux syndicats.

ses des secteurs les plus syndiqués de l'économie américaine (automobile, transport aérien) qui paient relativement cher les avantages sociaux promis à leurs salariés de même que les syndicats implantés dans ces secteurs (UAW ou United Automobile, Aerospace and Agricultural Workers of America et IAM ou International Association of Machinists and Aerospace Workers) prônent une réforme globale sur la base d'une intervention publique forte.

Avec l'intensification de la concurrence et la pression croissante des marchés financiers, les années 1980 sonnent le glas de ce pacte. Les relations professionnelles deviennent très conflictuelles et la relation d'emploi se modifie brutalement, dominée désormais par l'insécurité et la précarité, avec la remise en cause des droits à la protection sociale d'entreprise (Cappelli and *al.*, 1997). Si cette nouvelle donne met à mal la stratégie d'alliance et de coopération avec les employeurs poursuivie par l'AFL-CIO, elle ne modifie pas pour autant les positions ni le comportement de la centrale syndicale, qui épouse sans distance critique la rhétorique patronale selon laquelle les coûts de la santé minent la compétitivité des entreprises américaines¹. Alors que les années 1990 sont marquées par une érosion accélérée du filet de sécurité privé constitué par la protection sociale d'entreprise (réduction du taux de couverture et mise à contribution croissante des salariés en matière d'assurance maladie), les syndicats restent profondément divisés quant à l'opportunité et la nature d'une réforme du système de santé. Plus de la moitié des syndiqués sont en effet couverts par des régimes de prévoyance interentreprises et certains dirigeants syndicaux ont investi le business de l'assurance et deviennent rompus à ses techniques. L'AFL-CIO soutient le projet de réforme Clinton, même si l'intensité de son effort est sujette à caution (Dark, 1999). Deux syndicats parmi les plus importants s'y opposent mais refusent de mener campagne contre ouvertement : celui des salariés du secteur public (AFSCME) et celui des travailleurs de l'automobile. L'OCAW (Oil, Chemical et Atomic Workers), un petit syndicat des travailleurs de l'énergie, de la chimie et de la pharmacie (80 000 membres), qui a endossé le principe de caisse unique depuis 1989, s'y oppose également ainsi que divers groupes de pression dont une organisation de médecins (et d'étudiants en médecine) progressistes créée en 1986 et forte de plus de 10 000 membres, le PNHP (Physicians for a National Health Program). Car de fait, le plan Clinton renonce au principe d'une assurance maladie publique et d'une caisse unique pour privilégier celui d'une concurrence réglementée de l'assurance privée par un contrôle des prix et de la qualité des soins, tout en promettant une

1. Cette vision conduit d'ailleurs à une sorte d'union sacrée qui perdure de nos jours (Fondeur et Sauviat, 2004).

couverture à tous ¹. L'engagement des forces syndicales contre l'accord de l'Alena exacerbe de surcroît les divisions et rend difficile une offensive équivalente sur le front de la santé. L'opposition des trois organisations les plus représentatives du *Big Business* américain (le Business Roundtable, qui regroupe les dirigeants des 200 plus grandes entreprises américaines, la Chambre de commerce et la National Association of Manufacturers) au plan Clinton achève de démolir les illusions syndicales. Après l'échec de cette réforme en 1994, L. Kirkland, alors président de la centrale, déclare que le mouvement syndical doit axer désormais sa stratégie sur le soutien à une assurance médicale publique et nationale. En dépit de cette résolution, le débat est mis en sourdine.

L'AFL-CIO est sortie d'un long silence en février 2003, en intervenant ouvertement dans la campagne présidentielle en faveur d'une vaste réforme du système de santé. Dans sa résolution « Renewing the Drive for Comprehensive Health Care Reform », la centrale a réaffirmé à cette occasion sa position en faveur d'un système universel, l'unique objectif qui permette d'offrir à tous les Américains une assurance maladie de qualité ². Par cette résolution, l'AFL-CIO a certes accompli une nouvelle volte-face et réouvert un débat mis en veilleuse depuis plusieurs années, mais cette déclaration de bonne volonté a été peu suivie d'effets en pratique. Son président, J. Sweeney, continue en effet de penser qu'il n'y a pas de réforme possible du système de santé sans changement de majorité au Congrès, même s'il semble prêt à soutenir aujourd'hui (en privé tout au moins) le principe de caisse unique, aux côtés des fédérations les plus importantes (AFSCME, UAW et UNITE ou Union of Needletrades, Industrial and Textile Employees) (Gordon, 2003).

1. Il reposait sur la création d'un Conseil national de santé au niveau fédéral chargé de fixer des normes en matière de couverture des soins, de montant maximum des primes d'assurances et des débours acquittés par les patients. Des caisses maladie régionales devaient centraliser l'ensemble des cotisations : celle obligatoire de l'entreprise (dont 30 % employeur et 20 % salarié), celles perçues dans le cadre des programmes fédéraux (*Medicare* et *Medicaid*) de même que les crédits d'impôt et les aides publiques destinées à couvrir les primes d'assurance des plus démunis. Ces caisses auraient été chargées de négocier directement les primes avec les assureurs au niveau des Etats ou de rembourser directement les assurés, à l'exception des entreprises de plus de 5 000 salariés autorisées à négocier directement auprès des assureurs. Pour une description détaillée de la réforme et de sa portée économique et sociale, voir Pham (1996).

2. Benjamin P.E., « AFL-CIO Renews Health Care Campaign », *The Nation's Health*, March 22, 2003.

Conclusion

Le constat d'un système en crise permanente, qui rejette 45 millions d'individus non-assurés à cause du mode de fonctionnement de l'assurance privée, est partagé par un nombre croissant d'experts. Il fait écho aux très nombreux travaux en économie de la santé aux Etats-Unis dont les résultats n'apportent aucune validation robuste des vertus supposées supérieures du marché dans le domaine de l'assurance santé (Cutler and Zeckhauser, 2000 ; Bocognano et *al.*, 1999), voire nourrissent la thèse d'un degré élevé d'anarchie de la production dû à un excès de concurrence au sein de ce secteur. En outre, la constitution d'oligopoles privés (hôpitaux, compagnies d'assurances, industrie pharmaceutique, etc.) tend à restreindre la liberté de choix des consommateurs, tant prise par l'économie standard, plus sévèrement que ne le fait l'assurance publique (*Medicare*) ou que ne le ferait probablement un système de santé national à caractère universel. Du fait de cette domination du secteur privé, le gouvernement ne peut espérer changer le système sans altérer le principe de base du contrôle par le marché en même temps qu'il ne peut compenser totalement ses imperfections, notamment son incapacité à contenir la progression des dépenses de santé sur le long terme. Mais ce genre d'argument n'est pas décisif pour déclencher une réforme en faveur d'une assurance publique. D'autant que certains économistes libéraux (au sens américain du terme) comme P. Krugman ou L. Thurow épousent volontiers la rhétorique de l'économie dominante sur cette question, doutant de l'intervention publique comme mécanisme d'allocation efficace des ressources en matière de santé (Du Boff, 2004).

Finalement, la dégradation accélérée du système de protection sociale d'entreprise et plus largement les difficultés propres à un système de santé gouverné principalement par les règles du marché (coût élevé, gaspillages, faillites de fournisseurs de soins, couverture insuffisante de la population) pourraient conduire à remettre sa réforme sur l'agenda syndical et politique, même si sur ce thème, ce sont les employeurs et non les syndicats qui fixent les termes du débat actuel. Cette question a d'ailleurs été promue au centre des enjeux domestiques du débat électoral des présidentielles américaines (Sauviat, 2004b). Récemment, une coalition non partisane regroupant les plus importants acteurs du système de santé privé (employeurs, syndicats, usagers et médecins) a conclu à la nécessité urgente d'une réforme globale, le *statu quo* actuel étant jugé « ni fonctionnel, ...ni opérationnel » (NCHC, 2004b). Parallèlement à cette initiative, l'académie des Sciences, un corps indépendant agréé par le Congrès, a appelé de ses vœux la mise en place d'un système universel de santé dans un rapport rendu public en janvier 2004. Celui-ci, qui représente le travail de quinze experts durant trois ans, estime notamment que le coût pour le pays de la santé déficiente et de la mort préma-

turée des personnes non-assurées (évaluées à 18 000 chaque année) représente entre 65 et 130 milliards de dollars par an.

Pourtant, plusieurs obstacles à une refonte d'envergure du système de santé perdurent, et non des moindres. D'une manière générale, les grandes réformes touchant aux systèmes de santé et plus largement aux systèmes de protection sociale sont relativement exceptionnelles. *A fortiori* dans un pays comme les Etats-Unis où la fragmentation des pouvoirs politiques et judiciaires donne prise à l'expression d'une multitude de groupes de pression représentant autant d'intérêts singuliers (Alford, 1975, Wilsford, 1991 et 1994), excepté pour les plus démunis. Le fait que la majeure partie du financement électoral provienne du secteur privé (entreprises, syndicats professionnels, etc.) constitue un frein puissant à toute réforme. Le secteur privé de la santé (assurances, hôpitaux, industrie pharmaceutique, syndicats professionnels), qui a intérêt au *statu quo*, est en effet l'un des plus importants contributeurs au financement des législateurs (notamment le comité d'action politique de l'AMA). D'autre part, l'AFL-CIO campe pour le moment sur ses positions, incapable de délivrer un message fort et cohérent à sa base, aux hommes politiques et au public plus généralement. Cette position prive sans nul doute les tenants d'une réforme d'une voix qui compte. Enfin, après le vote de la loi de modernisation de *Medicare* fin 2003, G.W. Bush est décidé à privilégier la réforme du système public de retraite par répartition (Social Security) et à faire de sa privatisation partielle l'objectif phare de son second mandat.

Références bibliographiques :

- apRoberts L. (1990), « Les syndicats face à la dégradation des régimes de santé négociés », *IREN Chronique internationale*, n°4, mai.
- apRoberts L. (1995), « Après l'échec de la réforme de l'assurance médicale », *IREN Chronique internationale*, n°34, mai.
- apRoberts L. (2000), *Les retraites aux Etats-Unis – Sécurité sociale et fonds de pension*, La Dispute, Paris.
- Alford R.R. (1975), *Health Care Politics – Ideological and Interest Groups Barriers to Reform*, The University of Chicago Press.
- Berk M.L. and Monheit A.C. (2001), « The Concentration of Health Care Expenditures, Revisited », *Health Affairs*, March/April.
- Blanchet D. (1996), « Le référence assurantielle en matière de protection sociale : apports et limites », *Economie et statistique*, n°291-292.
- Bocognano A., Couffinal A., Grignon M. et Polton D. (1999), « Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé – Théorie et bilan des expériences étrangères », dans *Régulation du système de santé, Conseil d'analyse économique*, la Documentation française, Paris.
- Borgy V. et Quéma E. (2004), « Contribution des coûts du travail à la « jobless recovery » de 2001-2003 aux Etats-Unis », *Analyses économiques*, n°40, juin, Direction de la prévision, ministère de l'Economie, des Finances et de l'Industrie.
- Bradley B. (2003), « Purchasing Health Care Services in a Competitive Environment », Testimony before the *Senate Committee on Finance*, April 3.
- Brannon R.L. (1996), « Restructuring Hospital Nursing: Reversing the Trend Toward a Professional Work Force », *International Journal of Health Services*, vol. 26, n°4.
- Brandon R.M., Podhorzer M. and Pollack T.H. (1991), « Premiums without Benefits: Waste and Inefficiency in the Commercial Health Insurance Industry », *International Journal of Health Services*, vol. 21, n°2.
- Caire G. (2002), *Coût de fonctionnement de l'assurance privée et de l'assurance sociale : de l'efficacité microéconomique à l'équité sociale*, Document de travail du GEDES, n°17.
- Cappelli P., Bassi L., Katz H., Knoke D., Osterman P. and Useem M. (1997), *Change at Work – How American Industry Are Coping with Corporate Restructuring and What Workers Must Do to Take Charge of Their Own Careers*, Oxford University Press.
- CBO (2004), « Health Care Spending and the Uninsured », Statement of Douglas Holtz-Eakin, before *The Committee on Health, Education, Labor, and Pensions US Senate*, January 28.
- Chambaretaud S. et Lequet-Slama D. (2002), « Managed Care et concurrence aux Etats-Unis, évaluation d'un mode de régulation », *Revue française des affaires sociales*, n°56, 1.

- Chambaretaud S., Lequet-Slama D. et Rodwin V.G. (2001), « Couverture maladie et organisation des soins aux Etats-Unis », *DRESS, Etudes et résultats*, n°119, juin.
- Chiappori P-A. (1998), « Les dilemmes de l'offre d'assurance », dans *Encyclopédie de l'assurance*, Economica, Paris.
- CMS (2003a), « Pharmaceuticals », *Health Care Industries Market Update*, Centre for Medicare and Medicaid Services, January 10.
- CMS (2003b), « Managed Care », *Health Care Industries Market Update*, Centre for Medicare and Medicaid Services, March 24.
- Combs A.L. (2004), « Health Insurance Challenges: Buyer Beware », Testimony before The Senate Committee on Finance, March 3.
- Cutler D.M. and Zeckhauser R.J. (2000), « The Anatomy of Health Insurance », in *Handbook of Health Economics*, vol. 1, ed. by Culyer A.J. et Newhouse J.P., Elsevier Science B.V., Amsterdam.
- Dark T.E. (1999), *The Unions and The Democrats – An Enduring Alliance*, Cornell University Press, Ithaca.
- Derickson A. (1994), « Health Security for All? Social Unionism and Universal Health Insurance, 1935-1958 », *The Journal of American History*, 80.4, March.
- Du Boff R.B. (2004), « A Slippery Slope: Economists and Social Insurance in the United States », *The Political Economy of Social Inequalities – Consequences for Health and Quality of Life*, ed. by V. Navarro, Baywood Publishing Company, New York.
- EBRI (2003), « Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Analysis of the March 2003 Current Population Survey », *Issue Brief*, n°264, December.
- Engel C. (1999), « Health Services Industry – Still a Job Machine? », *Monthly Labor Review*, March.
- ERP (2004), « Health Care and Insurance », chap. 10, *Economic Report of the President*, Washington D.C, February.
- Fondeur Y. et Sauviat C. (2004), « Négociations collectives dans l'automobile : patrons, syndicats, même combat ... contre la concurrence étrangère », *Chronique internationale de l'IRES*, n°85, novembre.
- Frayse O. (1995), « La crise du système de santé aux Etats-Unis », *Problèmes politiques et sociaux*, n°744, 10 février, La Documentation française, Paris.
- GAO (2003), « Specialty Hospitals: Information on National Markets Share, Physicians Ownership and Patients Served », *General Accounting Office*, Washington D.C., April 18.
- Glied S., Lambrew J.M. and Little S. (2003), « The Growing Share of Uninsured Workers Employed by Large Firms », *The Commonwealth Fund*, October.
- Gordon J. (2003), « The AFL-CIO and Universal Health Care », *Washington Free Press*, January/February.

- Gottschalk M. (2000), *The Shadow Welfare State: Labor, Business and the Politics of Health Care in the United States*, Cornell University Press, Ithaca.
- Green Book (2004), *Committee on Ways and Means*, US House of Representatives, April.
- Gruber J. and McKnight R. (2003), « Why Did Employee Health Insurance Contributions Rise? », *International Journal of Health Services*, vol. 22, n°6.
- Helmes R.B. (2001), « The Changing United States Health Care System: The Effect of Competition on Structure and Performance », *Independent Institute Working Paper*, n°29, April.
- Hellander I. (2003), « A Review of Data on the US Health Sector », *International Journal of Health Services*, vol. 33, n°4.
- Howard C. (1997), *The Hidden Welfare State – Tax Expenditures and Social Policy in the United States*, Princeton University Press.
- Kaiser/HRET (2004), « Annual Survey of Employer-Sponsored Health Benefits », site internet : <http://www.kff.org>
- Kerr E.A., McGlynn E.A., Adams J., Keesey O. and Asch S.M (2004), « Profiling the Quality of Care in Communities: Results from the Community Quality Index Study », *Health Affairs*, vol. 23, n°3, May/June.
- Kofman M. (2004), « Health Insurance Challenges: 'Buyer Beware' », Testimony before *The Senate Committee on Finance*, March 3.
- Lambert D-C (2000), *Les systèmes de santé – Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, Editions du Seuil, avril.
- McKinlay J.B. and Marceau L.D. (2002), « The End of the Golden Age of Doctoring », *International Journal of Health Services*, vol. 32, n°2.
- McGlynn E.A., Asch S.M., Adams J., Keesey O., Hids J., De Cristofaro A. and Kerr E.A. (2003), « The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States », *New England Journal of Medicine*, vol. 348, n°26, June 26.
- Navarro V. (2003), « The Inhuman State of US Health Care », *Monthly Review*, vol. 55, n°4, September.
- NCHC (2004a), « Facts on Health Insurance Quality », *National Coalition on Health Care*, <http://www.nchc.org>
- NCHC (2004b), « Building a Better Health Care System », *National Coalition on Health Care*, <http://www.nchc.org>
- OCDE (1992), « Etats-Unis » – *Etudes économiques de l'OCDE*, 1991/92, Paris.
- OCDE (2002), « Etats-Unis » – *Etudes économiques de l'OCDE*, volume 18, novembre, Paris.
- OMS (2000), *Rapport sur la santé dans le monde : pour un système de santé plus performant*, Organisation mondiale de la santé, Genève.
- Pignarre P. (2004, présenté par), *A la santé des Américains – Les risques de la privatisation*, Les empêcheurs de tourner en rond/Le Seuil, Paris, mars.

- Pham K.S. (1996), « La réforme du système de santé américain : entre assurance et solidarité », *Economie et statistique*, n° 291-292.
- Polton D. (2004), « La concurrence par le financement fonctionne-t-elle ? L'expérience des HMO aux USA », *Revue d'économie financière*, n° 76.
- Sauviat C. (2004a), « Etats-Unis – Le droit aux heures supplémentaires pour les cols blancs : un nouveau compromis », *Chronique internationale de l'IRES*, n°88, p. 33, mai.
- Sauviat C. (2004b), « Etats-Unis – Un système de santé en crise ... bien que privatisé », *Chronique internationale de l'IRES*, n°91, p.17, novembre.
- Sauviat C. et Pernod J-M. (2000), « Fonds de pension et épargne salariale aux Etats-Unis : les limites du pouvoir syndical », dans *Fonds de pension et « nouveau capitalisme »*, *L'Année de la Régulation*, vol. 4, La découverte, Paris, 2000.
- Sellier F. (1970), *Dynamique des besoins sociaux*, Les Editions ouvrières, Paris.
- Sullivan K. (2001), « On the Efficiency of Managed Care Plans », *International Journal of Health Services*, vol. 31, n°1.
- The Economist (2004), « The Health of Nations – A Survey of Health-Care Finance », July 17th.
- The Kaiser Family Foundation and Hewitt (2004), « Retiree Health Benefits now and in the future », January.
- Tilton A. (2003), « Healthier ... But Maybe Not Wealthier », *US Economics Analyst, Goldman Sachs*, n°03/46, November 14.
- US Census Bureau (2003), « Health and Nutrition », *Statistical Abstract of the United States*,
- US Census Bureau (2004), « Income, Poverty and Health Insurance Coverage in the United States: 2003 », by C. DeNavas-Walt, B.D. Proctor & R.J. Mills, *US Department of Commerce*, Washington D.C.
- Wilsford D. (1991), *Doctors and the State – The Politics of Health Care in France and the United States*, Duke University Press.
- Wilsford D. (1994), « Path Dependency, or Why History Makes It Difficult but Not Impossible to Reform Health Care Systems in a Big Way », *Journal of Public Policy*, vol. 14.
- Woolhandler S., Campbell T. and Himmelstein D.U. (2004), « Health Care Administration in the United States and Canada: Micromanagement, Macrocists », *International Journal of Health Services*, vol. 34, n°1.

revue semestrielle



de boeck

Négociations

N°2, Automne 2004

Varia

Catherine Kerbrat-Orecchioni,

Négocier dans les petits commerces

Sophie Allain,

*La négociation comme concept analytique central
d'une théorie de la régulation sociale*

Baudouin Dupret et Jean-Noël Ferrié,

*Morale ou nature. Négocier le statut de la faute
dans une affaire égyptienne d'homosexualité.*

Deborah Kolb et Linda Putnam,

La négociation: une question de genre?

Michèle Grosjean, Johann Henry, André

Barcet et Joël Bonamy,

La négociation constitutive et instituant.

Les co-configurations du service en réseau de soins

Laurence de Carlo,

*Dispositifs de médiation et facilitation en négociations
complexes: un regard en termes de dynamiques de groupes*

« Grand Entretien »

William Zartman, Professeur à la John Hopkins
University (Washington).

Recensions / (Re)lectures

Au sommaire du n°1

Éditorial de Jean de Munck.

Articles de Ch. Morel, Ph. Milburn, Ch. Thuderoz,

O. Kuty, Ch. Heckscher, L. Hall.

«Grand entretien» : Guy Rocher.

Notes de lecture, Jean Boivin.

Négociations. Une nouvelle revue en langue française, dont l'ambition est d'instruire la question de la négociation dans la diversité de ses dimensions, en favorisant la confrontation interdisciplinaire et en faisant se rejoindre plusieurs traditions d'étude.

Éditorial et conditions d'abonnement sur le site de la revue :

<http://universite.deboeck.com/revues/negotiations/>

Négociations. CRIS, Département de sciences sociales.

Faculté d'Économie, de gestion et de sciences sociales, bd du Rectorat, 7, B-4000 Liège

Directeurs de la publication : Olgierd KUTY (Université de Liège), Christian THUDEROZ (INSA de Lyon)