

William J. Sonnenstuhl

Professeur Agrégé

Département du Comportement organisationnel, Collège ILR

Université de Cornell

**Accès aux soins de santé aux États-Unis :
fracture du système d'assurance et couverture sociale en lambeaux**

Abstract

The US, unlike other industrial countries, does not have national health care. Estimates of the uninsured vary widely but most knowledgeable observers put it at approximately 47 million individuals. This paper describes who the uninsured are and describes why American health care is described as a broken system with a tattered safety net. It concludes with a review of proposed reforms within the context of the presidential election.

Résumé

Les États-Unis, à la différence d'autres pays industrialisés, ne disposent pas de système national de santé. Les estimations des personnes non assurées varient considérablement mais les observateurs avisés les évaluent à environ 47 millions d'individus. Cet article explique qui sont les non-assurés et pourquoi le système américain de santé est décrit comme un système fracturé avec une couverture sociale en lambeaux. Cette étude conclut par la révision des réformes proposées dans le contexte de l'élection présidentielle.

Les États-Unis sont un cas à part parmi les pays industrialisés, ne parvenant pas à fournir une couverture universelle à leurs citoyens et comptant principalement sur des compagnies d'assurance privées à but lucratif, soumises à une réglementation minimale, pour fournir des soins de santé à la majorité de la population¹. Malgré l'intérêt des américains pour une couverture universelle, toute législation fédérale soutenant un tel projet est contrecarrée depuis les années 1930 par des coalitions instables de puissants groupes d'intérêts, y compris des médecins, des syndicats, des employeurs, des compagnies d'assurance, et l'industrie pharmaceutique. Aujourd'hui, la question figure de nouveau sur l'agenda politique parce qu'un nombre croissant d'américains n'est pas assuré et se trouve dans l'incapacité d'avoir accès aux soins de santé nécessaires en raison de la perte de vitesse de l'économie du pays². Comparés à d'autres pays, les États-Unis se trouvent de plus en plus en retard, se classant derniers dans une étude sur la mortalité évitable – décès des suites de maladies pour lesquelles il existe un traitement – dans dix neuf pays industrialisés³. La couverture d'assurance maladie constitue un bon indicateur pour mesurer l'accès aux soins car l'absence de couverture est une barrière majeure à l'accès aux soins médicaux⁴.

I - Les non-assurés de l'Amérique

D'une façon régulière, la une des journaux souligne le nombre de personnes dépourvues d'assurance maladie. Ce nombre, s'élevant actuellement à 47 millions, est en augmentation par rapport aux 38 millions de 1993, date du dernier débat sur une couverture nationale des soins de santé, à l'initiative de l'administration Clinton qui n'a pas réussi à faire

¹ J. Quandagno, *One Nation Uninsured: Why the US Has No National Health Insurance*, New York, Oxford University Press, 2005 ; D. A. Matcha, *Health Care systems of the World: How the United States' System Remain an Outlier*, Westport, Ct. Praeger, 2003.

² J. S. Hacker, *The Great Risk Shift*, New York, Oxford University Press, 2006 ; P. Krugman, *The Conscience of a Liberal*, New York, Norton, 2007.

³ E. Nolte and C. M. McKee, Measuring the Health of Nations: Updating an Earlier Analysis, *Health Affairs* 27(1), pp. 58-71.

⁴ National Center for Health Statistics. *Health, United States, 2007" With Chartbook on Trends in the Health of Americans*. US Department of Health and Human Services, Hyattsville, MD, 2007.

adopter une législation fédérale en ce sens⁵. Lorsqu'on intègre ceux qui se trouvent sans couverture sociale pendant de courts laps de temps chaque année, les estimations grimpent davantage. *Families USA* estime que 89,3 millions d'américains en-dessous de 65 ans – 1 personne sur 3 – ont été dépourvus d'assurance pendant un certain temps au cours des années 2006 et 2007 ; ce qui représente une augmentation de 17 millions de personnes non assurées par rapport à 1999-2000⁶. La sous-assurance constitue également un problème. En 2007, 25 millions d'assurés âgés de 19 à 64 ans étaient sous-assurés – 60% d'augmentation depuis 2003⁷. Entre 2003 et 2007, l'accès aux soins médicaux s'est détérioré à la fois pour les personnes assurées et pour celles non assurées ; en 2007, un américain sur cinq (59 millions) a déclaré qu'il n'avait pas obtenu ou qu'il avait retardé des soins médicaux en raison de leur coût, chiffre en augmentation par rapport à celui d'un sur sept (36 millions) observé en 2003⁸.

Les personnes non assurées sont principalement les travailleurs à faible revenu et une proportion croissante de professions libérales travaillant à leur propre compte⁹. 80% des personnes non assurées appartiennent à des familles ouvrières dont les membres sont employés à plein temps. La majorité de ces personnes sont classées comme pauvres ou quasiment pauvres, mais un nombre croissant appartient à la classe moyenne. Le

⁵ Un nouveau calcul des données à partir de l'Enquête démographique du Bureau de recensement des États-Unis estime qu'en 2005, 44,4 millions de personnes n'étaient pas assurées au jour de l'étude. Cette estimation a été ajustée à partir d'une estimation précédente de 46,1 millions. Ces chiffres sont les chiffres les plus récents disponibles. Voir P. Fronstin, *Sources of Health Insurance and Characteristics of the Uninsured: Updated Analysis of the March 2006 Current Population*, EBRI Issue Brief n° 305, mai 2007 (www.ebri.org).

⁶ Wrong Direction: One Out of Three Americans Are Uninsured, *Families USA* Publication n° 07-108, 2007, www.familiesusa.org.

⁷ C. Schoen, S. R. Collins, J. L. Kriss, et M. M. Doty, How Many are Underinsured? Trends among US Adults, 2003 and 2007. *Health Affairs* 27(4), 2008, pp. 298-309.

⁸ P. J. Cunningham et L. E. Felland, Falling Behind: Americans' Access to Medical Care Deteriorates, 2003-2007, *Tracking Report*, n° 19, juin 2008, Center for Studying Health System Change, p. 1.

⁹ Fronstin, *op. cit.* ; M. Trinity, E. Martinez-Vidal, I. Friedenzohn, A. Folsom et B. Cox, *State of the States: Rising to the Challenge*, Robert Wood Johnson Foundation/AcademyHealth, 2008 ; A. Brodt, A. Burton, D. Cohn, B. Cox A. Folsom, I. Friedenzohn, E. Matinez-Vidal et M. Trinity, *State of the States: Building Hope*, Raising Expectations, Robert Wood Johnson Foundation/AcademyHealth 2007.

Federal Poverty Level (FPL), seuil de pauvreté fédéral pour une famille de quatre personnes, est de 20 614 \$. 36% des personnes non assurées gagnent moins que le FPL ; 29% gagnent entre une et deux fois le FPL. Cependant, 19% gagnent trois fois le FPL ou plus, ce qui représente un revenu de classe moyenne. 70% des personnes non assurées n'ont pas accès à l'assurance maladie parce que leur employeur ou l'employeur de leur conjoint n'offre pas de plan de prévoyance ou parce qu'elles n'ont pas les moyens de souscrire par elles-mêmes à une assurance privée. Même lorsque les employeurs offrent une assurance maladie, bon nombre des travailleurs à faible salaire et des « presque pauvres » ne sont pas en mesure de payer les primes et décident de ne pas adhérer. Dans d'autres cas, les employeurs proposent une couverture sociale, tout en rendant pratiquement impossible la satisfaction des conditions d'adhésion pour les travailleurs.

Plusieurs autres caractéristiques, qui sont en corrélation avec la probabilité de travailler dans une petite entreprise, distinguent également les personnes non assurées. Les minorités ont plus de probabilités que les blancs de ne pas être assurées. En effet, 13% des blancs ne sont pas assurés contre 22% des afro-américains, 36% des hispano-américains et 33% des indiens. 65% de ces non-assurés n'ont pas reçu de formation supérieure et les américains ruraux ont plus de probabilités de ne pas être assurés que leurs frères et sœurs urbains.

Cependant, l'un des aspects les plus troublants est le nombre croissant d'enfants non-assurés¹⁰. Entre 2000 et 2005, ce nombre a augmenté de 361 000 pour atteindre un total de 8,3 millions. En 2006, ils représentaient 25% de l'augmentation du nombre de personnes non assurées et étaient concentrés de façon disproportionnée dans les familles de travailleurs à faible revenu.

L'absence d'assurance entraîne des conséquences médicales graves. Les personnes non assurées ont tendance à avoir plus de problèmes de santé que les personnes assurées et déclarent renoncer aux soins en raison des coûts médicaux¹¹. La plupart des américains pensent à tort que les personnes non assurées peuvent obtenir des soins en se rendant aux urgences. C'est

¹⁰ E. Gould, *Health Insurance Eroding for Working Families, EPI Briefing Paper#175*. Economic Policy Institute, 28 septembre 2006 ; Trinity et al., *op. cit.*

¹¹ National Center for Health Statistics, *op. cit.*

techniquement vrai dans la mesure où l'hôpital est dans l'obligation de fournir des soins et les deux tiers de tous les soins apportés aux personnes non assurées le sont dans les hôpitaux. Mais les soins ne sont pas nécessairement gratuits. Les hôpitaux facturent de plus en plus les personnes non assurées pour les soins apportés et ces honoraires médicaux sont plus élevés que pour des patients assurés parce que les fournisseurs d'assurance négocient des honoraires à prix réduit pour leurs adhérents¹². Si la personne non assurée possède une carte de crédit, les hôpitaux peuvent exiger le paiement par carte, ce qui rajoute alors un taux d'intérêt élevé en plus de la dépense médicale, augmentant ainsi la probabilité d'endettement, voire de surendettement. Dans ce contexte, il est peu probable que les personnes non assurées disposent d'une source de soins régulière et il est plus probable qu'elles renoncent aux soins préventifs retardant ainsi les traitements médicaux nécessaires. Il y a quatre fois moins de chances que des adultes non assurés disposent d'une source de soins régulière que des adultes assurés et il est treize fois moins probable pour les enfants non assurés de disposer d'une source de soins régulière comparé aux enfants assurés¹³. 70% des adultes non assurés en mauvaise santé déclarent qu'ils n'ont pas été voir un médecin en raison du coût¹⁴. Quand les personnes non assurées demandent effectivement des soins, il est également moins probable qu'ils bénéficient d'un suivi adapté en raison des coûts. Par exemple, il est moins probable pour les patients non assurés atteints d'une maladie cardiaque de bénéficier de consultations de suivi ; de même, il est moins probable pour ceux atteints d'hypertension artérielle d'obtenir une surveillance et un contrôle de leur état¹⁵. Les personnes non assurées ont plus de probabilités que les personnes assurées de se voir diagnostiquer une maladie telle qu'un cancer du col de l'utérus, du sein, de la prostate et colorectal, dans ses derniers stades et par

¹² G. Anderson, From « Soak the Rich » to « Soak the Poor »: Recent Trends in Hospital Pricing, *Health Affairs* 26(3), pp. 780-789.

¹³ Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, *The Uninsured : A Prime*. Washington: Kaiser Family Foundation October, 2007 ; J. Sullivan, *No Shelter From the Storm: America's Uninsured Children*, Washington: Campaign for Children's Health Care, septembre 2006.

¹⁴ J. Ayanian, J. Weissman E. Schneider J. Ginsburg et A. Zaslavsky, Unmet Health Needs of Uninsured Adults in the United States, *Journal of American Medical Association* 284(16), pp. 2061-2069.

¹⁵ O. K. Duru, R. Vargil, D Kermah, D. Pan et K. Norris, Health Insurance Status and Hypertension Monitoring and Control in the United States, *American Journal of Hypertension* 20, pp. 348-353, 2007.

conséquent d'en avoir un pronostic plus défavorable¹⁶. L'Institut de médecine estime qu'ils ont également vingt-cinq fois plus de probabilités que les personnes assurées de mourir prématurément, en l'absence d'un accès aux soins adaptés¹⁷.

II - Fracture du système, une couverture sociale en lambeaux

Pourquoi le nombre de personnes non assurées augmente-t-il ? La réponse courte est que le système d'assurance à but lucratif en vue de fournir une couverture par l'intermédiaire d'un plan financé par l'employeur est fracturé et que la couverture sociale des programmes publics, qui fournit une couverture aux personnes âgées, aux handicapés et aux pauvres, est en lambeaux¹⁸. Les plans financés par les employeurs sont un héritage de la Deuxième guerre mondiale, quand le gouvernement fédéral encourageait les entreprises à entrer en concurrence pour attirer les travailleurs en fournissant une couverture maladie gratuite plutôt que des augmentations de salaire. En 1965, le Congrès a mis en place *Medicaid* en tant que couverture sociale pour les pauvres ; en 1997, il a mis en place le *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP), programme d'assurance maladie pour les enfants, afin de fournir une couverture aux enfants des travailleurs à faible revenu.

Aux États-Unis, l'assurance maladie est considérée comme un produit, et les compagnies d'assurance sont incitées à entrer en concurrence et à faire des bénéfices en fournissant aux employeurs et aux particuliers une diversité de plans parmi lesquels choisir¹⁹. Les compagnies d'assurance utilisent

¹⁶ E. Ward, M. Halpern, N. Schrag, V. Cokkinides, C. DeSantis, P. Bandi, R. Siegel, A. Stewart et A. Jemal, Association on Insurance Coverage with Cancer Care Utilization and Outcomes, *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 58(1), 2008, pp. 9-31.

¹⁷ Institute of Medicine, *Insuring America's Health*, Washington: National Academy Press, 2002.

¹⁸ P.E.S. Freund, M.B. McGuire et L.S. Podhurst, *Health, Illness, and the Social Body*, 4th edition, Prentice Hall, Upper saddle River, N.J. 2003.

¹⁹ J. Jenson et B. Fernandez, *Health Insurance Basics: Roles for the Market and Government in Providing, Financing, and Regulating Private Insurance Coverage*, Congressional Research Service, September 18, 2007 ; G. Claxton et. Lundy, *How Private Health Coverage Works: A primer 2008 Update*, Kaiser Family Foundation, Washington, DC, 2008.

habituellement des taux globaux lorsqu'elles signent avec les entreprises et elles recherchent ainsi des groupes d'employeurs à faible risque en ce qui concerne les problèmes de santé (par exemple le secteur de la haute technologie avec de jeunes travailleurs) et évitent les groupes d'employeurs à risque élevé (par exemple le BTP). Les assureurs gèrent aussi leur risque en évaluant minutieusement l'état de santé des membres de la famille des employés qui peuvent également bénéficier de la couverture. Ceux qui présentent des problèmes de santé graves tels qu'un cancer ou de l'asthme peuvent se voir refuser totalement ou partiellement la couverture, ou être obligés de payer une prime plus élevée. Si les employés et les personnes qu'ils ont à charge utilisent plus de couverture que prévu, les primes augmentent afin de couvrir les obligations de l'assureur et de préserver un bénéficiaire. Les assureurs font également des bénéfices en contrôlant minutieusement les services qu'ils paient.

D'une façon universelle, les prestataires tout comme les employés n'apprécient guère les pratiques rigoureuses de ce secteur en matière de maîtrise des coûts, qualifiées de « gestion des soins »²⁰. Les assureurs font aussi des bénéfices en investissant les primes en bourse, cherchant à augmenter le retour sur investissement avant de devoir payer les soins de santé des employés. Pendant les périodes de déclin économique, les assureurs se détournent des investissements en bourse et durcissent leurs normes de souscription, ce qui se traduit en général par des primes plus élevées afin d'assurer leurs bénéficiaires. Depuis le milieu des années 1990, le secteur de l'assurance maladie a subi plus de 400 fusions, ce qui a eu pour conséquence un quasi-monopole du marché dans certaines zones métropolitaines, ainsi que des primes encore plus élevées²¹.

Les régimes de santé financés par les employeurs couvrent environ 158 millions d'américains n'appartenant pas au troisième âge, mais le nombre d'employeurs fournissant une couverture a baissé de façon régulière depuis

²⁰ A.M.A. AMA Launches Campaign to Cut Waste from Chaotic Claims Process, Unveils New Insurer Report Card. News Release, 16 juin 2008 ; <http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/print/18672.html>

²¹ A.M.A. *Competition in Health Insurance: A Comprehensive Study of US Markets, 2007 Update*. 2007. http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/368/compstudy_52006.pdf

2001, passant de 65 à 61%²². La baisse est due en partie à la récession économique qui a suivi l'éclatement de la bulle technologique ainsi qu'aux primes d'assurances croissantes. Depuis l'éclatement de la bulle technologique, l'économie des États-Unis a mis du temps à se remettre ; elle connaît à présent une deuxième récession due à l'éclatement de la bulle du logement et aux prix du pétrole qui montent en flèche. Depuis 2001, le nombre de nouveaux emplois créés dans l'économie n'a pas été suffisant pour couvrir l'afflux de nouveaux travailleurs ou pour répondre aux besoins de ceux qui perdent leur travail. De plus, la plupart des nouveaux emplois créés le sont à temps partiel, sans avantages sociaux et ont été créés dans le commerce de détail et les services, qui ne fournissent habituellement pas de couverture sociale²³.

En même temps, les primes ont crevé tous les plafonds²⁴. Depuis 2001, les primes ont augmenté de 78% alors que les salaires n'ont augmenté que de 19% et l'inflation de 17%. En 2007, la prime moyenne pour la couverture d'une famille était de 12 106 \$, les travailleurs payant 3 281 \$ et leurs employeurs le reste. En conséquence, de nombreux employeurs apportent des changements significatifs à leurs plans, en augmentant la contribution des employés à la prime, en augmentant les franchises et les participations aux coûts des services médicaux. Alors que les gros employeurs (employant au moins 200 salariés) continuent de fournir une assurance maladie à leurs employés, la charge de l'escalade des primes a pesé de façon disproportionnée sur les entreprises de plus petite taille qui avaient de plus fortes probabilités d'abandonner la couverture en raison de leur impossibilité financière de la payer. Trouver une solution pour les travailleurs non assurés dans les petites entreprises est devenu une priorité pour de nombreux états²⁵.

²² M. Trinity, E. Martinez-Vidal, I. Friedenzohn, A. Folsom, B. Cox, *State of the States: Rising to the Challenge*, Robert Wood Johnson Foundation/AcademyHealth, 2008.

²³ P. Frostin *The Impact of Hours of Work on Employment Based Health Benefits* *EBRI Notes* 27, 5, May 2006. E. Distler, P. Fisher, et C. Gordon, *On the Fringe*, The Commonwealth Fund, 2005 ; C. DeNavas-Wait, B. Proctor et J. Smith, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in The United States*, 2006, Washington, US Census Bureau, août 2007.

²⁴ Kaiser Family Foundation and Health Research and Educational Trust, *Employer Health Benefits*, 2007.

²⁵ R. Abelson, *Small Business is Latest Focus in Health Fight*, *The New York Times*, 10 juillet 2008.

Une petite proportion d'américains (environ 13 millions) est en mesure d'acheter une assurance maladie individuelle pour eux-mêmes et leur famille sur le marché libre²⁶. Mais ils paient des primes nettement plus élevées pour leur couverture que leurs homologues qui bénéficient de plans financés par l'employeur. S'ils ont des problèmes de santé préexistants, les assureurs peuvent leur refuser catégoriquement toute couverture.

Les programmes *Medicaid* et SCHIP, couvertures sociales du gouvernement pour les personnes non assurées, sont financés à partir des recettes générales, soumises aux manœuvres politiques et aux récessions économiques et sont donc sous-financés de façon chronique²⁷. Chaque état gère ses propres plans avec les contributions fédérales selon ses propres directives, y compris en ce qui concerne la portée du plan et les niveaux de revenus. Les programmes *Medicaid* et SCHIP concernent environ 41,6 millions d'américains. Étant données l'aggravation de la situation économique et l'augmentation du nombre de personnes non assurées, les états ont cherché à accroître les conditions d'admission pour les deux programmes et à augmenter la disponibilité des fonds. Bien qu'ils aient rajouté un nombre plus important de chômeurs à *Medicaid* et inscrit un nombre croissant d'enfants à SCHIP, ils n'ont pas été en mesure de se maintenir à la hauteur nécessaire. Dans certains cas, ils ont été gênés par de nouvelles exigences fédérales telles que la réticence de l'administration Bush à étendre SCHIP aux enfants non assurés des familles de la classe moyenne ou encore la nouvelle exigence pour tous les candidats à *Medicaid* de prouver leur citoyenneté. Mais le plus gros problème auquel les états doivent faire face dans leurs efforts, c'est leur budget. On exige que les états fonctionnent avec un budget équilibré. En raison de la récession économique actuelle, la plupart des états anticipent de gros manques à gagner au niveau de leurs recettes fiscales pour l'année à venir et 13 états proposent déjà des réductions importantes en ce qui concerne *Medicaid* et SCHIP. De plus, ceci arrive à un moment où les états font face à de grosses réductions budgétaires en ce qui concerne *Medicaid*. Ainsi, pour illustration, en vertu du *Deficit*

²⁶ M.V. Pauly et L.M. Nichols, The Non-group Health Insurance Market: Short on Facts, Long on Opinions and Policy Disputes, *Health Affairs*, Web Exclusive: w325-44, 2002 ; Claxton and Lundy, *op. cit.*

²⁷ D.C. Ross, A. Horn et C. Marks, Health Coverage for Children and Families in Medicaid and SCHIP: State Efforts Face New Hurdles, Kaiser Commission on Medicaid and the Uninsured, Washington, DC, January 2008 ; Trinity et al., *op. cit.*

Reduction Act de 2005, sur la réduction du déficit, les états perdront 11,5 milliards \$ au cours des 5 prochaines années.

Les problèmes de soins pour les personnes âgées sont également exaspérants pour *Medicaid*. 44 millions d'américains de 65 ans et plus sont couverts par *Medicare*, financé par une combinaison des primes des bénéficiaires, des charges sociales et des subventions fédérales²⁸. *Medicare* fournit des soins de santé de base – les consultations d'un médecin et l'hospitalisation – mais il ne couvre pas les soins dans les centres de long séjour. En 2002, *Medicaid* a couvert plus de 65% de toutes les dépenses des centres de long séjour. 90% des personnes âgées qui y vivent font des dépenses sur leurs propres actifs jusqu'à atteindre le niveau fédéral de pauvreté, ce qui leur permet ensuite de bénéficier de *Medicaid*. Un tel soutien a pour conséquence que les états ont de plus en plus de difficultés à couvrir les personnes non assurées.

Medicare illustre cependant un autre problème concernant le système actuel. Il est très populaire auprès des personnes âgées mais a été insuffisamment financé depuis sa création. Les conservateurs le critiquent en le qualifiant de cautère sur une jambe de bois de la part du gouvernement – trop onéreux et inefficace pour survivre – et souhaitent qu'on le confie à des assureurs privés. A la fin des années 1990, le Congrès a autorisé les assureurs à entrer en concurrence avec *Medicare*, mais les compagnies ont vite décidé qu'elles ne pouvaient pas concurrencer les faibles coûts administratifs du gouvernement et ont abandonné leurs projets²⁹. En 2003, le Congrès a une fois de plus autorisé les assureurs à entrer en concurrence en offrant *Medicare Advantage Plus*, un plan qui prévoyait une couverture semblable, mais qui était géré par les compagnies d'assurance. Afin de les inciter à revenir sur le marché, le Président Bush a poussé le Congrès à adopter la législation et a offert une subvention de 17% aux assureurs³⁰. Les progressistes considèrent *Medicare Advantage Plus* comme un drain systématique sur *Medicare*, un cadeau géant aux compagnies d'assurance et une étape essentielle vers la privatisation du programme. Lors d'une épreuve de force avec le Président Bush au sujet de la couverture de *Medicare*, le Congrès a voté, en juillet 2008, l'augmentation des fonds pour *Medicare* et le

²⁸ Freund et al., *op. cit.*

²⁹ *Ibid.*

³⁰ Hacker, *op. cit.* ; Krugman, *op. cit.*

financement de cette augmentation en réduisant les subventions à *Medicare Advantage Plus*³¹.

III - Propositions pour une réforme de l'assurance

De nombreux observateurs soutiennent que la société américaine suit des cycles successifs d'égoïsme intense et de préoccupations autour de l'intérêt public³². Alors qu'il existe bon nombre de débats au sujet du rythme de ces cycles, il y a un consensus général sur le fait que les changements sont précipités par des crises sociales et générés par des coalitions d'acteurs politiques en mesure de redéfinir la situation et de fournir de « nouvelles » solutions. La Grande dépression a précipité le *New Deal* du Président Franklin D. Roosevelt, un changement progressif de cap s'éloignant du marché dénué de tout contrôle pour aller vers une réglementation plus stricte de l'économie par le gouvernement. Dans les années 1980, la stagflation et l'apparente incapacité du gouvernement à la gérer ont précipité la nouvelle ère conservatrice du Président Ronald Reagan, ainsi que le retour à des marchés sans entraves. Aujourd'hui, nombreux sont ceux qui prédisent un éloignement générationnel des politiques conservatrices, déterminées par le marché, des 30 dernières années ; une fois de plus, donc, parler de réformer les soins de santé figure sur l'agenda politique général³³. Un sondage de *CBS-New York Times* indique que 90% pensent que le système nécessite au moins des changements fondamentaux, 36% approuvent un remaniement total et 64% déclarent que le gouvernement fédéral devrait garantir l'assurance maladie pour tous³⁴.

Les nombreuses propositions contradictoires pour la mise en place d'une couverture universelle se comprennent mieux si on les situe sur un continuum. A chaque extrémité se trouvent des propositions radicales : les conservateurs proposent d'en finir avec la couverture basée sur les

³¹ Editorial, *Welcome Route on Medicare*, *New York Times*, 17 juillet 2008. <http://www.nytimes.com/2008/07/17/opinion/17thu2.html?scp=2&sq=Medicare&st=nyt>

³² A. M. Schlesinger, Jr., *The Cycles of American History*, Boston: Houghton Mifflin.W, 1986 ; Strauss et N. Howe, *Generations: The History of America's Future, 1584 to 2069*. New York: William Morrow and Company, 1991.

³³ P. Krugman, *op. cit.* ; G. Hart *America's Next Chapter*, *New York Times*, 25 juin 2008.

³⁴ Poll : *The Politics of Health Care* : <http://www.cbsnews.com/stories/2007/03/01/opinion/polls/main2528357.shtml>

employeurs et d'étendre le marché à la couverture individuelle en apportant des subventions du gouvernement à tous ; les progressistes proposent d'en finir avec le marché et de promouvoir un système à payeur unique basé sur *Medicare*. Entre ces deux extrêmes, il y a toute une gamme de propositions qui envisagent de couvrir tout le monde grâce à une combinaison d'initiatives gouvernementales et de forces du marché.

Deux points méritent d'être considérés dans le débat actuel. Pour commencer, l'économie des États-Unis est en crise, suite à l'éclatement de la bulle du logement, l'escalade des prix du pétrole et le nombre décroissant d'emplois créés. Dans ce contexte, il est probable que la couverture des employeurs diminue encore, laissant encore plus d'américains sans assurance et mettant une pression croissante sur les programmes publics afin qu'ils étendent leur couverture. Ensuite, le gouvernement fédéral paie déjà plus de la moitié des coûts des soins de santé aux États-Unis³⁵. En 2006, par exemple, le gouvernement fédéral a payé 1,2 milliard de dollars pour les soins de santé ou 61% de toutes les dépenses en soins de santé des États-Unis. Ceci comprend les coûts de *Medicare*, *Medicaid*, des programmes de santé militaires, des primes pour les employés du secteur public et les subventions fiscales accordées aux employeurs pour qu'ils fournissent une couverture à leurs salariés. Ainsi, au fur et à mesure que la situation économique empire et que les employeurs réduisent leur rôle dans la fourniture de couverture, les contribuables seront appelés à payer plus.

L'approche des conservateurs repose sur la proposition du Président Bush d'éliminer l'allègement fiscal dont bénéficient les salariés si leurs employeurs leur fournissent une assurance maladie. Selon les conservateurs, l'exonération fiscale a faussé le marché de l'assurance en incitant les employeurs à fournir à des particuliers des plans bien trop onéreux qui ne correspondent pas aux besoins d'un salarié en termes de soins de santé. En éliminant l'exonération fiscale, les employeurs pourraient se désengager de la fourniture d'assurance, représentant une charge de plus en plus coûteuse dans la conduite d'une activité commerciale, et devenir plus compétitifs sur le marché mondial. D'après le plan du Sénateur McCain, les particuliers recevraient un crédit d'impôt individuel de 2 500 \$ ou de 5 000 \$ pour une

³⁵ D. Gross, National Health Care? We're Halfway There, *New York Times*, 3 décembre 2008 ; T. M. Selden et B. M. Gray, Tax Subsidies for Employment Related Health Insurance: estimates for 2006, *Health Affairs* 25(6), 2006, pp. 1568-1579.

famille afin de souscrire à une assurance maladie adaptée à leurs besoins individuels/familiaux³⁶. Son plan prévoit également de collaborer avec les états afin d'établir des Plans d'accès garantis pour ceux qui sont « traditionnellement non assurables ». Quelle est l'ampleur du soutien apporté au plan de McCain ? Les observateurs politiques tels que Drew Altman, Président et Directeur général de la *Kaiser Family Foundation*, pensent que le plan se focalise plus sur la manière de rendre le marché plus efficace que sur l'extension de la couverture³⁷. Dans ce contexte, le secteur de l'assurance apporterait son soutien, mais d'autres secteurs y seraient moins enclins. D'une façon générale, les gros employeurs sont indécis en ce qui concerne l'abandon de la couverture de santé, parce qu'ils considèrent l'assurance comme un avantage concurrentiel pour attirer et garder des travailleurs précieux. Il est peu probable cependant que les professionnels de la médecine se montrent enthousiastes dans la mesure où cela ne réduira pas leur paperasserie et ne résoudra pas leurs problèmes concernant les remboursements par les *Health Maintenance Organizations*, organismes gérant le système. Il est également peu probable que le public l'accueille à bras ouverts. En effet, la plupart des particuliers vivront la perte de l'exonération fiscale comme une augmentation de leurs impôts, en particulier lorsqu'ils découvriront que le remboursement d'impôts de 5 000 \$ ne suffira pas à payer la prime de couverture familiale. Si McCain est élu président, il rencontrera peut-être des difficultés pour rassembler une coalition afin de promulguer la loi et de changer le système actuel.

Les progressistes font pression en faveur d'une approche à payeur unique pour les soins de santé³⁸. En 2006, un membre de la Chambre des représentants des États-Unis, John Conyers, a présenté le H.R. 676 : le *National Health Insurance Act*, loi sur l'assurance maladie nationale, afin d'établir un système à payeur unique, basé sur *Medicare*³⁹. Le plan, également appelé « *Medicare pour tous* », couvrirait tout le monde, quelque soit la situation d'emploi ou l'état de santé et en finirait ainsi avec les

³⁶ <http://www.johnmccain.com/Informing/Issues/19BA2F1C-C03F-4AC2-8CD5-5CF2EDB527CF.htm>

³⁷ K. Sack, McCain Plan to Aid States on Health Could Be Costly, *New York Times*, 9 juillet 2008.

<http://www.nytimes.com/2008/07/09/us/politics/09health.html?scp=1&sq=McCain%20Plan%20to%20Aid>

³⁸ Krugman, *op. cit.*

³⁹ http://www.pnhp.org/nhibill/nhi_bill_final.pdf

compagnies d'assurance individuelles, en les remplaçant par le gouvernement fédéral en tant que payeur unique de tous les soins de santé ; tout en préservant le droit des particuliers de choisir leurs prestataires de soins de santé. Le programme serait financé par divers mécanismes, y compris la réaffectation de toutes les dépenses du gouvernement au niveau local et au niveau de l'état en ce qui concerne *Medicaid*, SCHIP et d'autres services de santé publique en un système de financement unique, avec l'institution de cotisations sociales modiques pour les salariés et les employeurs, l'abrogation des réductions d'impôts de Bush et l'établissement d'une surtaxe d'impôt sur le revenu pour les 5% d'américains les plus riches. *Medicare* pour tous couvrira les personnes non assurées en faisant de sérieuses économies. Le projet de loi bénéficie du soutien de 90 membres de la Chambre des représentants et d'un large éventail de groupes, y compris *Health Care-Now*, la *California Nurses Association*, *Physicians for a National Health Program*, et la *US Conference of Mayors*. Bien que la Fédération américaine du travail et le Congrès des organisations industrielles (AFL-CIO) n'aient pas adhéré au H.R. 676, beaucoup de leurs membres l'ont fait. Ceci dit, il existe une opposition considérable au plan et bien évidemment, les compagnies d'assurance et les sociétés pharmaceutiques s'y opposent fermement. Les employeurs se sont montrés peu disposés à y adhérer, avec le sentiment qu'un gouvernement assez puissant pour anéantir tout un secteur économique serait néfaste pour les affaires. Plusieurs groupes de médecins s'y opposent, craignant que cela n'empiète encore plus sur leur capacité à pratiquer la médecine et ne réduise les revenus des médecins. Mais la résistance la plus forte à un plan à payeur unique pourrait venir des électeurs, qui veulent conserver *Medicare* pour les personnes âgées de 65 ans et plus, mais qui sont également satisfaits de leurs plans financés par les employeurs.

Entre ces deux extrémités, il existe une diversité de propositions pour une couverture universelle et un certain nombre d'états sont en train de les expérimenter en espérant encourager le gouvernement fédéral à adopter un programme semblable⁴⁰. Tous associent les programmes des employeurs avec des initiatives du gouvernement. Alors que des états tels que la Californie, le Tennessee, le Maine et le Vermont ont été au premier plan, le plan du Massachusetts a capté l'attention de la plupart des médias et à juste

⁴⁰ Trinity et al., *op. cit.*

titre⁴¹. Son plan exige que tous les habitants disposent d'une assurance maladie et que tous les employeurs apportent des contributions correctes et raisonnables à la couverture de leurs salariés. Ceux qui ne sont pas en mesure d'obtenir une couverture par l'intermédiaire de leur employeur ou ceux qui sont au chômage peuvent obtenir une couverture par l'intermédiaire d'un programme indépendant, quasi-gouvernemental, le *Commonwealth Health Insurance Connector Authority* (Autorité de liaison pour l'assurance maladie). L'état du Massachusetts accorde une subvention et a étendu *Medicaid* afin de couvrir ceux qui sont trop pauvres pour avoir les moyens de payer l'assurance. Un an après sa mise en application, l'Institut Urbain a constaté que le nombre de personnes non assurées avait été divisé par deux, que l'accès aux soins de santé s'était amélioré pour tous, que les dépenses pour les factures médicales avaient baissé et que le nombre d'employeurs fournissant une couverture avait augmenté⁴². Bien que les coûts aient été plus élevés que prévu, les habitants continuent à soutenir la réforme.

Sur le plan national, le Sénateur Barak Obama a proposé une couverture universelle en cohérence avec le plan Hacker, qui a recueilli un bon nombre de soutiens⁴³. Le plan Obama conserverait également les plans des employeurs et étendrait le rôle des programmes publics traditionnels. Sa pierre angulaire est le *National Health Insurance Exchange* (Bourse d'assurance maladie nationale), un programme semblable à *Medicare* pour les personnes de moins de 65 ans qui n'ont pas de couverture individuelle ou financée par un employeur et qui ne remplissent pas les conditions pour bénéficier d'une couverture publique telle que *Medicaid* ou SCHIP. Il serait également ouvert aux petits employeurs qui ne proposent pas de plan. Le plan national accorderait des allocations semblables à celles accordées aux membres du Congrès. Il sera demandé aux employeurs ne fournissant pas une couverture de qualité à leurs employés d'apporter leur contribution aux coûts du plan national. Obama exigerait également que tous les enfants disposent d'une assurance maladie, étendrait l'admissibilité à *Medicaid* et SCHIP et accorderait des subventions à ceux qui souhaiteraient adhérer au plan mais qui ne rempliraient pas les conditions pour bénéficier de *Medicaid*

⁴¹ S. Vedantam, Study praises Mass. Health-Care Program, *Washington Post*, 4 juin 2008, A08.

⁴² S. K. Long, On the Road to Universal Coverage: Impacts of Reform in Massachusetts at One Year, *Health Affairs* 27(4), 2008, pp. 270-284.

⁴³ J. S. Hacker Health Care For America, EPI Briefing Paper, 11 janvier 2007; <http://www.barackobama.com/issues/healthcare/>

ou SCHIP. Obama financerait le nouveau plan en abrogeant le dispositif Bush pour les américains ayant des revenus annuels supérieurs à 250 000 \$. Les progressistes critiquent le plan parce qu'il ne comporte pas une obligation d'assurance pour tous et les conservateurs l'attaquent car ils le considèrent onéreux et inefficace. Cependant, le plan est clairement un compromis politique, en reconnaissant que la plupart des américains ne sont pas encore prêts à renoncer à leurs plans d'employeurs tout en leur laissant la possibilité d'un choix – celui de soins de santé aussi bons que leur sénateur ou membre du Congrès.

IV - Conclusion

Un consensus est en train d'émerger parmi les américains ; consensus selon lequel le système de soins de santé est fracturé et a besoin d'être réparé. Il est toujours difficile de prédire l'avenir, même lorsque les groupes d'intérêts principaux reconnaissent qu'un changement est inévitable. La récession économique actuelle signifie qu'un nombre plus important d'employeurs abandonneront la couverture et qu'un nombre plus important de particuliers deviendront des personnes non assurées ou sous assurées, tant que la couverture sociale en lambeaux des programmes gouvernementaux continue à être sous financée. Beaucoup de choses dépendent du résultat des élections de l'automne. Mais une chose a changé depuis que les américains ont débattu pour la dernière fois de la réforme des soins de santé. Le public n'est plus aussi mal informé en ce qui concerne les systèmes de soins de santé des autres pays et la qualité des soins apportés à leurs citoyens. Le film « *Sicko* » de Michael Moore a été vu par un grand nombre d'américains, soucieux de pouvoir conserver leur couverture et furieux du refus de soins de leurs prestataires. Il en est de même, concernant la diffusion sur des radios publiques de deux émissions exceptionnelles comparant le système des Etats-Unis à celui de pays tels que le Canada, la France, la Grande-Bretagne ou l'Allemagne⁴⁴. En conséquence, un nombre croissant d'américains ne pense plus que les États-Unis ont le meilleur système et que la « médecine socialisée » est un mot à proscrire. Ils reconnaissent plutôt qu'une couverture

⁴⁴ NPR, Health Care for All :
<http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=91972152> ;
PBS, Sick Around the World :
<http://www.pbs.org/wgbh/pages/frontline/sickaroundtheworld/countries/models.html>

universelle est possible, qu'elle ne limite pas nécessairement leurs choix médicaux et enfin qu'elle ne nécessite pas que des contraintes soient imposées quant à la motivation incontrôlée de profits des assureurs. Armés d'une telle connaissance, il est moins probable que les américains soient effrayés par les publicités agressives des compagnies d'assurance et plus probable qu'ils soient des acteurs mieux informés en faveur de l'assurance maladie universelle, pendant que le débat continue à évoluer jusqu'aux élections de l'automne 2008 et l'année prochaine avec une nouvelle administration et un nouveau Congrès.