

# Sommaire

Préface, <i>Marc Smyrl</i> .....	5
Introduction .....	11
1. La constitution d'un marché.....	15
2. Un système fragmenté.....	39
3. La réforme Obama.....	79
4. Quel « modèle » de santé ?.....	109
Conclusion .....	141
Glossaire .....	145
Liste des encadrés, figures et tableaux.....	151



# Préface

## Santé: la fin de l'exception américaine ?

Marc Smyrl,  
*Maître de conférences en science politique  
à l'université de Montpellier*

Pourquoi un pays qui pendant plusieurs générations se vante sans crainte de contradiction d'être le plus riche du monde affiche-t-il des résultats démographiques peu enviables – espérance de vie, mortalité infantile et maternelle, persistance de pathologies en principe évitables... –, tout en construisant le système sanitaire le plus onéreux de la planète ? Que fait-il qu'un pays réputé libéral consacre une proportion plus élevée de son budget public aux dépenses de santé que n'importe quel pays européen ? Comment un système bien connu pour la toute-puissance des lobbies économiques et professionnels, dont le pouvoir de blocage semble absolu, réussit-il néanmoins à mener à bien une réforme importante d'un système que l'on croyait verrouillé ? Dans quelles mesures ces réformes sont-elles à ce jour susceptibles d'être renversées par un nouveau changement de cap politique ? Autant de questions auxquelles l'ouvrage d'Élisa Chelle nous aide à réfléchir.

### L'exception américaine

Un premier constat: « l'exception américaine » en politique sanitaire vient de loin, mais n'est pas éternelle.

La « préhistoire » du système sanitaire aux États-Unis ressemble aux trajectoires des grands pays européens : défense féroce de l'autonomie corporatiste des médecins, mainmise du monde caritatif sur l'hôpital, présence des pouvoirs publics beaucoup plus nette au niveau local que national. Quelques différences bien sûr : l'omniprésente question raciale, mais aussi l'invention précoce de la faculté de médecine dans sa forme moderne. Le grand virage n'arrive que dans les années 1940, quand les Européens choisiront les uns le modèle bismarckien, les autres diverses variétés de social-démocratie, tandis que les Américains refusent l'un comme l'autre. Mais refus ne veut pas dire immobilisme. De nombreux éléments nouveaux émergent précisément à ce moment, centrés sur l'expansion d'une politique sociale privée, gérée en tandem par les employeurs et les assureurs, et financée en grande partie de manière indirecte par l'État fédéral américain à grands coups de défiscalisation. À cela s'ajoute une couverture santé pour les retraités et (beaucoup plus modeste) pour les plus démunis, plus tard pour les enfants en bas âge. Peut-on qualifier cet ensemble hétéroclite de « système » ? Si cet ouvrage choisit en fin de compte une réponse positive à cette question, c'est en insistant sur le caractère « complexe et lacunaire » du système.

Cette complexité ne doit rien au hasard. À chaque élément du système correspond un dispositif d'intérêts et d'influences politiques : des médecins, des assureurs, des employeurs. Pèse sur l'ensemble une des grandes vérités de la vie politique américaine : la méfiance envers le gouvernement fédéral (les Américains ne diront jamais « l'État ») qui a longtemps

empêché tout effort de mise en cohérence et qui contraint ce dernier à avancer de manière quasi cryptique *via* la défiscalisation, ou à se concentrer sur ceux dont ne veulent pas les assureurs, telles les personnes âgées ou à bas revenus. Quant aux lacunes, celles-ci sont le résultat sans doute nécessaire du fait que, si chaque élément du système a sa propre logique, il n'en existe pas pour le système tout entier. Le cumul des approches ciblées – par statut professionnel, par tranche d'âge, par situation économique – ne donne pas l'universalité. Il ne s'en approche même pas. Un taux de couverture de 80 % semble être le sommet atteignable, laissant plusieurs millions d'Américains sans assurance. S'il est vrai que « sans assurance » ne signifie pas absolument « sans traitement » – les soins de première nécessité sont fournis par les hôpitaux publics – cela ne fait que rajouter au coût global du système. Étant donné sa complexité et ses lacunes, ce système a longtemps été réputé irréformable, car chaque élément est protégé par « ses » intérêts, et tout effort de réforme doit compter avec la méfiance généralisée envers l'État.

### **Et pourtant, ça bouge !**

Là où Roosevelt n'a pas osé, où Truman a dû reculer, où les Clinton ont connu un cuisant échec, voici Obama qui a réussi à imposer une réforme en profondeur. Ainsi, au moins, en veut la légende. La vérité est plus compliquée, mais aussi beaucoup plus intéressante. Obama, candidat à la présidence, fait de la santé un point important de sa campagne de 2008, mais dans un contexte marqué avant tout par la crise financière, il n'est pas évident que cela soit décisif.

Quoi qu'il en soit, une fois aux affaires, la large majorité démocrate issue de ces élections se met au travail. En effet, c'est cette majorité législative, et non le président, qui, du début à la fin, aura la main sur les commandes. Il ne faut pas l'oublier ; l'étiquette « présidentiel » est trompeuse pour décrire un système dont la réalité se trouve dans les « freins et contrepoids » (*checks and balances*) entre pouvoir législatif, exécutif... et judiciaire. C'est ainsi qu'avec le soutien politique du président et l'aide de ses plus proches collaborateurs, mais avant tout grâce à l'effort soutenu des chefs de file de la majorité dans les deux chambres, qu'après de nombreux rebondissements sera voté le *Patient Protection and Affordable Care Act* – mieux connu comme « Obamacare ». Mais de quoi s'agit-il ? Réforme radicale, remaniement superficiel... révolution socialiste annonçant la fin de la civilisation américaine ? Quelque chose entre les deux premiers, sans doute, bien en deçà des espérances des uns et des craintes des autres, mais de première importance malgré tout. Garantie d'accès à l'assurance associée à l'obligation de s'en procurer, subventions le permettant pour les revenus moyens, mise en place de systèmes d'achat en commun avec les assurances individuelles, extension importante de la prise en charge publique pour les revenus les plus faibles : voici les éléments centraux d'une réforme qui doit sa redoutable complexité au refus de toute remise à plat du système préexistant, et doit ainsi s'adapter à son incohérence, mais qui réussit néanmoins à augmenter à 90 % la part des Américains ayant accès à une couverture maladie.

La loi votée, le plus difficile commence, et l'histoire n'a pas dit son dernier mot. Votée par une majorité

parlementaire disciplinée, la loi ne convainc l'opposition, ni au congrès ni dans le pays. Première ligne de contre-attaque : la Cour suprême, dont la majorité est réputée conservatrice, est saisie de l'affaire (ce qui est toujours possible, mais jamais automatique dans le système de séparation des pouvoirs américains). À la surprise générale, celle-ci valide les éléments essentiels de la loi. Mais le véritable combat sera politique. Pour l'Amérique profonde, le message de l'extension dangereuse du pouvoir gouvernemental passe bien ; la majorité démocrate n'y résistera pas. Cette question plus que toute autre plombe les fortunes électorales du parti. Perte de majorité à la Chambre des Représentants en 2010, au Sénat en 2014. La loi sera-t-elle annulée ? Beaucoup y ont cru, surtout après l'élection de Donald Trump à la Maison blanche en 2016. Pour l'instant, elle résiste à tout effort d'annulation pure et simple, mais voit son application ralentie par un pouvoir politique hostile. Et puis, nouveau rebondissement, aux toutes dernières élections législatives, en 2018, la défense de ce qui sont devenus les acquis de l'Obamacare – avant tout l'accès garanti à l'assurance – devient un élément central de la campagne électorale du parti démocrate, et lui permet de retrouver pour la première fois depuis 2010 la majorité à la Chambre des représentants. Affaire à suivre ! Les lecteurs de cet ouvrage seront bien placés pour le faire.