

# Quelle réforme du système de santé aux États-Unis ?\*

François Briatte\*\*

*La réforme du système de santé américain fait partie des promesses électorales de Barack Obama ; aucun des candidats à l'élection présidentielle de novembre 2008 ne prévoyait de laisser le système de santé du pays en l'état. Ce semblant de « consensus réformateur » s'explique par les résultats catastrophiques du système de santé américain sur le plan économique. Il ne masque pas, toutefois, les profonds clivages idéologiques révélés par la compétition électorale lors des élections primaires républicaines et démocrates, puis au cours de la campagne opposant John McCain à Barack Obama. De plus, l'histoire du système de santé américain et les cent premiers jours de l'administration Obama montrent que l'obstacle principal à une réforme d'envergure de ce système réside au cœur du régime politique américain, dans la séparation des pouvoirs entre la Maison Blanche et le Congrès.*

La couverture santé aux États-Unis repose primordialement sur une base assurantielle privée, financée et contrôlée par les employeurs. Ces assurances sont complétées, au niveau des États fédérés, par plusieurs dispositifs publics de financement des soins pour les foyers les plus pauvres et pour les enfants (*Medicaid*), et au niveau fédéral, par un pilier assurantiel public pour les personnes âgées ou handicapées (*Medicare*). Ce système de couverture ne garantit pas un accès universel à la protection maladie : en 2007, plus de 45 millions de personnes (environ 18% de la population en dessous de 65 ans) n'avaient accès à aucune couverture santé aux États-Unis<sup>1</sup>.

En plus d'être très inégalitaire et d'aboutir à des résultats sanitaires médiocres pour une large fraction de la population, ce système présente la particularité de coûter extrêmement cher aux pouvoirs publics, dont la part de financement représente entre 45% et 60% des dépenses annuelles de santé selon les estimations<sup>2</sup>. En conséquence, le système de santé

---

\* Point de vue sollicité par *Le Mensuel de l'Université*, avril 2009.

\*\* Doctorant à l'Institut d'Études Politiques de Grenoble ; a notamment publié « L'élection du 4 novembre 2008 et la marge de manœuvre du nouveau président américain », *Pouvoirs*, n°128, janvier 2009.

<sup>1</sup> U.S. Census Bureau, 2008. Pour un aperçu statistique exhaustif, cf. Sylvie Cohu, Diane Lequet-Slama, « Le système d'assurance santé aux États-Unis », *Études et Résultats*, n°600, 2007 ; Jonathan Gruber, « Covering the Uninsured », *Journal of Economic Literature*, vol. 46, n°3, 2008, p. 571-606.

<sup>2</sup> Congressional Budget Office, 2007 ; Steffie Woolhandler, David U. Himmelstein, « Paying for National Health Insurance—And Not Getting It », *Health Affairs*, vol. 21, n°4, 2002, p. 88-98.

américain est à la fois un marché concurrentiel privé et un poste de dépense colossal pour la collectivité.

Dans ce contexte, la santé s'est rapidement hissée au deuxième rang des principaux enjeux de l'élection présidentielle américaine, derrière l'état de l'économie et à égalité avec la lutte contre le terrorisme<sup>3</sup>. Un clivage partisan apparaît dès les élections primaires, qui furent particulièrement compétitives dans la mesure où, contrairement aux élections présidentielle précédentes, celle de novembre 2008 ne contenait aucun candidat sortant. Alors que le camp républicain mettait en avant la réduction des dépenses de santé, électeurs et candidats démocrates (dont Hillary Clinton, à laquelle on attribue souvent l'échec de la précédente tentative majeure de réforme du système de santé, survenu sous le mandat présidentiel de son mari en 1994) émettaient une préférence plus marquée pour l'universalisation de la couverture santé<sup>4</sup>. Ce clivage a persisté dans la campagne opposant John McCain à Barack Obama<sup>5</sup>, dont l'élection à la présidence des États-Unis se traduit par un espoir de changement structurel dans l'organisation du système de santé.

### *Le poids des contraintes institutionnelles*

Au-delà des clivages partisans, la contrainte institutionnelle propre au système politique américain rend cependant toute réforme du système de santé des États-Unis particulièrement difficile. Le projet de réforme avancé par le président démocrate s'insère dans la trajectoire historique du système de santé américain, qui montre que ce système résulte d'accords politiques réalisés dans des conjonctures politiques très clivées, au lieu de bénéficier d'une période de consensus national comme celle du *New Deal* ou de l'immédiat après-guerre. Sa réforme, aussi bien au niveau de la couverture santé que de la régulation médico-économique des soins, s'est constamment heurtée à des intérêts privés tout à fait capables de dresser une partie du Congrès contre un projet présidentiel, comme ce fut le cas en 1994<sup>6</sup>. La stricte séparation des pouvoirs aux États-Unis requiert, dans ce cas de figure, un fort *leadership* de l'exécutif auprès des chambres parlementaires, ce que la nomination de l'ancien sénateur Tom Daschle au titre de secrétaire d'État à la santé (*Health and Human Services Secretary*) devait fournir à l'administration présidentielle<sup>7</sup>.

Au cours des derniers mois, un événement contingent majeur est venu perturber le cours de la réforme : fragilisé dans l'opinion publique par un scandale fiscal, Tom Daschle a dû renoncer à son poste de secrétaire d'État. Le scandale s'est moins nourri de sa défaillance

---

<sup>3</sup> CNN/Opinion Research Corporation, 2008.

<sup>4</sup> Robert J. Blendon *et al.*, « Health Care in the 2008 Presidential Primaries », *New England Journal of Medicine*, vol. 358, n°4, p. 414-422.

<sup>5</sup> Jonathan Oberlander, « The Partisan Divide—The McCain and Obama Plans for U.S. Health Care Reform », *New England Journal of Medicine*, vol. 359, n°8, p. 781-784.

<sup>6</sup> Jill Quadagno, *One Nation Uninsured : Why the U.S. Has No National Health Insurance*, Oxford, Oxford University Press, 2005. Sur l'échec de la réforme Clinton, cf. Theda Skocpol, *Boomerang : Health Care Reform and the Turn against Government*, New York, W. W. Norton, 1997.

<sup>7</sup> C'était, en substance, le propos d'un éditorial de Lexington, « Leading the lawmakers », *The Economist*, 8 janvier 2009.

face à l'extraordinaire complexité des règlements appliqués par l'*Internal Revenue Service* que de sa carrière parallèle de lobbyiste, qui n'a pourtant rien d'exceptionnelle dans le système politique américain<sup>8</sup>. Suite à ce scandale, Barack Obama a reconnu avoir « foiré » (*I screwed up*)<sup>9</sup> et a réparti le *leadership* de sa réforme du système de santé entre deux personnes, Kathleen Sebelius, ancienne gouverneure démocrate de l'État du Kansas et nouvelle secrétaire d'État à la santé, et Nancy-Ann DeParle, qui dirigera le *White House Office for Health Reform* et qui devra soigner les relations de l'exécutif avec le Congrès.

La comparaison des enjeux politiques liés à la santé en Europe et aux États-Unis révèle un fossé d'incompréhension, auquel contribuait, paradoxalement, le film de Michael Moore, *Sicko*, sorti en 2007. Un aperçu plus nuancé des facteurs institutionnels et politiques dans lesquels s'encastrent les projets de réforme du système de santé américain fait apparaître les lignes de clivages et les contraintes qui continuent de s'exercer sur l'administration de Barack Obama, même dans une situation de crise économique propice aux réformes structurelles. En conséquence, la réduction des dépenses de santé et l'extension de la couverture maladie aux États-Unis continue de reposer sur la maîtrise du *leadership* politique dans les différentes branches du système politique, ce que les échecs du passé et les tensions du présent illustrent clairement<sup>10</sup>.

---

<sup>8</sup> David Kirkpatrick, « In Daschle's Tax Woes, a Peek Into Washington », *New York Times*, 1<sup>er</sup> février 2009.

<sup>9</sup> Entretien avec la journaliste Katie Couric, CBS Evening News, 3 février 2009.

<sup>10</sup> Jacob S. Hacker, « Yes We Can ? The New Push for American Health Security », *Politics & Society*, vol. 37, n°1, p. 3-32.

*Liens vers les références citées*

Note 1.

U.S. Census Bureau :

<http://www.census.gov/hhes/www/hlthins/hlthin07.html>

Cohu et Lequet-Slama :

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er600/er600.pdf>

Gruber :

<http://www.aeaweb.org/articles.php?doi=10.1257/jel.46.3.571>

Note 2.

Congressional Budget Office :

<http://www.cbo.gov/doc.cfm?index=8758>

Woolhandler et Himmelstein :

<http://content.healthaffairs.org/cgi/content/abstract/21/4/88>

Note 3.

CNN/Opinion Research Corporation :

<http://pollingreport.com/prioriti.htm>

Note 4.

Blendon et al. :

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/358/4/414>

Note 5.

Oberlander :

<http://content.nejm.org/cgi/content/full/359/8/781>

Note 7.

The Economist :

[http://www.economist.com/world/unitedstates/displaystory.cfm?story\\_id=12896801](http://www.economist.com/world/unitedstates/displaystory.cfm?story_id=12896801)

Note 8.

New York Times :

<http://www.nytimes.com/2009/02/02/us/politics/02daschle.html>

Note 9.

CBS Evening News :

<http://www.cbsnews.com/stories/2009/02/03/eveningnews/main4773752.shtml>

Note 10.

Hacker :

<http://pas.sagepub.com/cgi/content/abstract/37/1/3>