

La réforme du système de santé américain

Analyse des causes d'un échec définitif

Un projet trop compliqué impossible à comprendre pour la majorité des Américains, apparaissant comme une série d'exceptions à un principe de base de couverture universelle et de cotisation obligatoire, telle est la principale source de l'échec de la réforme du système de santé américain. Mais à cette cause s'ajoutent les effets des mauvaises relations entre le Congrès et l'exécutif, les changements de l'opinion publique entraînés par une puissante campagne de dénigrement ou de caricature de la part des lobbies professionnels soutenus par l'opposition, la mise en cause judiciaire de plusieurs personnalités démocrates, et un contexte politique et économique de reprise.

I est rare qu'un échec soit aussi spectaculaire et patent : la réforme du système de santé américain, présentée comme la pierre angulaire du quadriennat démocrate, est définitivement abandonnée. On ne cherchera même pas à en sauver quelques morceaux, à la vendre en pièces détachées, comme on le fait habituellement des prototypes : on n'en parle même plus, et plus personne n'imagine qu'un système fédéral puisse encore être proposé aux citoyens américains avant longtemps. Désormais, les changements interviendront dans les États, avec une émulation nouvelle, mais sans doute aussi une persistance des inégalités, sinon leur aggravation.

Comment peut-on expliquer cet échec, et quelles sont les leçons à en tirer ?

Les causes de l'échec

De nombreux articles, dans la grande presse et dans la presse médicale, commentent ce grave événement de la législature Clinton en classant les éléments de réponse en cinq grandes catégories, selon qu'il s'agit du projet lui-même, des relations entre l'Exécutif et le Parlement, des personnalités en cause, de l'opposition, et du contexte politique et économique général. Ces cinq causes seront analysées successivement.

Un projet fragile

L'opinion publique américaine, dans sa grande majorité, était favorable à une

réforme du système de santé. Les deux grands défauts de ce système, son coût prohibitif et ses laissés pour compte, étaient regrettés par tous, et les premières étapes de la réforme ont été saluées partout comme allant dans le bon sens. Des groupes de travail ont été réunis, et de nombreux experts furent invités à y participer, sans trop d'esprit partisan.

Mais assez vite, on s'aperçut que l'ébauche initiale de la réforme était fragile, et que les critiques qui lui étaient faites entraînaient des refontes successives, générées par une « Task Force », ou groupe de travail spécialisé piloté en direct par M^{me} Hillary Rodham Clinton.

Paradoxalement, cette implication directe de la femme du Président a constitué une faiblesse plutôt qu'un atout. En personnalisant trop ce projet qui devait être essentiellement technique, et sa principale responsable étant située au plus près du Président, on donnait forcément à l'opposition un atout potentiel d'attaques meurtrières en cas d'erreurs. Or, c'est exactement ce qui s'est passé : le calendrier de la task force n'ayant pas été correctement géré, le projet s'est enlisé dans des retards de plus en plus longs, jusqu'à ce qu'il ne soit plus synchronisé avec le calendrier propre du Parlement, ce qui laissa à l'opposition tout le temps de s'organiser.

D'autre part, les amendements successifs au projet initial, considéré comme trop « naïf », ont transformé petit à petit un système relativement simple, largement inspiré des systèmes européens, en un empilement de cas particuliers et d'exceptions d'une complexité telle que personne ne pouvait résumer cette réforme en un schéma simple.

Le terme de « cauchemar bureaucratique », de « délire d'ingénieur »* furent alors utilisés pour stigmatiser une réforme qui ne pouvait plus être populaire, faute de pouvoir être comprise par le plus grand nombre.

Des relations difficiles entre le Congrès et l'Exécutif

Cinq commissions étaient directement concernées par la réforme, mais en fait, chacune d'elles a tenté d'élaborer sa propre proposition, souvent en toute indépendance par rapport au projet de la Présidence :

- la Commission de l'énergie et du commerce de la chambre des représentants a purement et simplement déclaré forfait, ne pouvant que constater l'impossibilité à dégager un consensus au sein de sa commission ;
- trois commissions, en revanche, sont parvenues, chacune pour son propre compte, à adopter des projets qui prévoyaient la participation obligatoire des employeurs au financement de l'assurance maladie de leurs salariés (« employer mandate ») et la couverture universelle. Il s'agit, au Sénat, de la Commission sénatoriale du travail et des affaires sociales (présidée par Ted Kennedy), de la Commission de l'éducation et du travail à la chambre des représentants (présidée par William Ford) et de la Commission des voies et moyens (présidée d'abord par Dan Rostenkowski puis par Sam Gibbons).

* L'allusion vise M. Ira Magaziner, ingénieur de formation et principal concepteur de la réforme, conseiller du président à la Maison Blanche, qui a en effet conçu ce projet comme celui d'une usine ou d'un barrage, sans se soucier des questions de stratégies politiques.

Rappel du schéma de base de la réforme

Une couverture universelle d'assurance maladie, avec un contrat « de base », dont il était possible de se démarquer par une assurance volontaire, le plus souvent proposée par les employeurs. Les personnes non assurées par les voies ordinaires du contrat d'entreprise auraient pu (dans les hypothèses de couverture universelle) soit avoir accès à l'assurance des employés fédéraux, soit bénéficier d'une extension de Medicare, le système de protection sociale des personnes âgées, qui était maintenu ;

Des « coopératives santé » étaient proposées comme intermédiaires entre les assurés d'une part, les assureurs et les fournisseurs de soins d'autre part ;

Des subventions aux petites entreprises et aux particuliers, selon des montants et des combinaisons variables, étaient destinées à favoriser l'accès à l'assurance ;

Des ressources supplémentaires auraient été nécessaires, notamment grâce à l'augmentation sensible des taxes sur les cigarettes, et sur les primes d'assurance santé privée ;

Une réforme des règles de fonctionnement des assurances était prévue, qui aurait supprimé notamment la possibilité pour les assureurs de sélectionner leur clientèle en fonction des risques.

- la Commission des finances du Sénat, représentative de l'assemblée dans son entier. Mais son président, Patrick Moynihan, s'est montré incapable de soutenir le projet de manière consistante, et cette commission n'a pas rempli son contrat avec sa propre majorité.

Une opposition forte

L'opposition au projet de réforme du système de santé a mobilisé successivement trois grands groupes, initialement non coordonnés, et qui ont accentué leur pression au fur et à mesure de la probabilité de succès de leur entreprise.

Le premier est l'Association des assurances de santé d'Amérique, qui regroupe les principaux assureurs privés. Leur action s'est notamment matérialisée par une série de spots télévisés intitulés « Harry et Louise », dans lequel un ménage américain jeune et représentant

typiquement la « middle class », s'interrogeait dans diverses circonstances de la vie courante sur l'avenir de leur santé, en cas de succès de la réforme Clinton : moins de liberté de choix de médecin, limitation des prescriptions, bureaucratie caricaturale...

L'opposition des assurances privées à la réforme était parfaitement prévisible, et se comprend bien puisque les deux tiers des dépenses de santé (600 milliards de dollars par an) sont actuellement remboursés dans un cadre d'assurance privée.

Le second est la National federation of independent business. Le plan Clinton prévoyait une contribution relativement importante de la part des employeurs pour le système d'assurance maladie obligatoire qui était le noyau principal du projet. De ce fait, cette Fédération a rapidement choisi l'opposition au projet, lui préférant un système qui donne aux firmes la possibilité de choisir elles-mêmes leur assureur, comme l'avaient

d'ailleurs obtenu les grandes compagnies privées.

Le troisième groupe d'opposition est l'Association américaine des médecins (American medical association), qui a initialement soutenu le projet, pour ensuite s'en détourner et l'attaquer clairement, en lui reprochant de vouloir diminuer les revenus des médecins et de ternir leur réputation en multipliant les contrôles et les justifications vis-à-vis de l'administration.

La mise en cause de personnalités mobilisées

Si la personnalité de M^{me} Clinton a sûrement joué un rôle important dans la mise au point du projet, il ne lui est pas fait de reproche explicite. En revanche, la même remarque ne vaut pas pour de nombreuses personnalités qui auraient pu faciliter le passage du projet dans ses différentes étapes parlementaires. Or, très rapidement, les personnalités clés sont apparues « corrompues, inefficaces ou versatiles, incapables de trouver des réponses satisfaisantes aux grandes questions que suscitait la réforme » (cette phrase est

directement traduite d'un article du *New England journal of medicine*), beaucoup d'Américains ayant été choqués de voir une affaire solennelle et très sérieuse traitée avec désinvolture et maladresse.

Ainsi le représentant Rostenkowski, chairman de l'un des principaux comités spécialisés dans l'étude de la réforme, s'est trouvé compromis dans une affaire de corruption, et a été contraint de démissionner. Le sénateur P. Moynihan a démontré une incapacité à présider son propre comité, tandis que les présidents des autres comités travaillaient chacun pour leur compte.

La reprise économique

Paradoxalement, la reprise économique, vécue chaque jour davantage par les Américains, et sensible au niveau de l'emploi, avec une baisse du chômage à moins de 6 %, n'a pas joué en faveur de la réforme : dès lors que la grande majorité des Américains avaient accès, au travers des entreprises, à des assurances souvent très compétitives, le principe « universaliste » de la réforme est devenu moins attrayant. Certains, notamment de

nombreux républicains, lui ont reproché de n'avoir pour objectif que de donner accès aux soins à une « sous-classe » minoritaire en lui retirant encore un peu plus ses incitations à la recherche d'emploi.

De plus, les résultats comparatifs des diverses catégories d'assurance maladie ont montré qu'en 1993, pour la première fois en trente ans, les dépenses de santé avaient infléchi leur tendance, grâce notamment aux excellents résultats obtenus dans le secteur privé. Certains commentateurs estiment qu'une telle performance, pour pouvoir être confirmée, mériterait d'être analysée sur une plus longue période, mais il reste que l'impression générale qui prévaut est celle d'une large supériorité du privé sur le public, ainsi qu'une méfiance absolument générale contre tout ce qui représente l'État et les fonctionnaires. ■

Pr Jean-François Lacronique

Conseiller pour les Affaires sociales
Ambassade de France aux États-Unis

Actualité et dossier en santé publique

la revue du
Haut Comité de la
santé publique
est envoyée sur
demande écrite au

*HCSP, 2, rue Auguste Comte
92170 Vanves*

À paraître en octobre 1995

Avec l'index des numéros 7 à 12

