

La réforme du système de santé américain

The reform of American health care system

Prieur C¹

Résumé

Le système de santé américain est mal connu des Français ; il s'organise autour d'assurances privées liées à l'emploi et d'assurances publiques réservées à des groupes particuliers (retraités, personnes à faible revenu). Baignant dans un climat de grande liberté, faisant appel à la concurrence comme régulateur, ce système a sa propre logique très différente de la protection sociale européenne.

Une analyse globale de ce système révèle ses points forts et ses défauts et explique que sa réforme soit devenue un objectif du nouveau président élu en 2008. La Constitution américaine ne fait pas du président un potentat tout puissant : B. Obama a mis un an pour faire voter une réforme qui n'est pas aussi ambitieuse que celle qu'il avait souhaitée mais qui corrige une partie non négligeable des défauts du système quand elle sera mise en application effective.

L'opposition républicaine a fait de cette réforme, qui divise les Américains, un argument de choc dans la bataille électorale des élections dites de milieu de mandat, qu'elle a gagnées.

Le président Obama doit donc défendre une réforme votée par le Congrès mais dépendant pour son application d'une collaboration entre l'État fédéral et les États fédérés sous la surveillance de la Cour suprême. Cette réforme est un compromis : seule la réélection de B. Obama en 2012 permettra un ancrage définitif du Patient protection and affordable act du 23 mars 2010 dans la réalité du système de santé américain.

Prat Organ Soins. 2011;42(4):265-275

Mots-clés : États-Unis d'Amérique ; organisation et économie des soins de santé ; *Medicare* ; *Medicaid* ; réforme Obama.

Summary

The US health care system is not well known to the French. It is organized around private insurance linked to employment and public insurance reserved for specific groups (retirees, military personnel, low income people). It espouses the benefits of the free market and uses competition as a regulator. These factors create a system with its own logic very different from the European social protection.

A comprehensive analysis of the system reveals its strengths and its shortcomings and explains why reforming it became an objective of the newly elected US President in 2008. The US Constitution does not give the president all powers: B. Obama took a year to pass a bill that is not as ambitious as he had desired but will still address a significant portion of the current system's defects when it is actually implemented.

The Republican opposition made this reform, which divides Americans, a decisive argument in the battle for midterm elections, which they won.

President Obama has to defend a bill that is passed by Congress, but dependent for its implementation on a collaboration between Washington and individual states under the supervision of the Supreme Court. This reform is a compromise: only the reelection of B. Obama in 2012 will anchor definitively the Patient Protection and Affordable Care Act (PPACA) of March 23, 2010 as the new reality for the American healthcare system.

Prat Organ Soins. 2011;42(4):265-275

Keywords: Unites States; health care economics and organizations *Medicare*; *Medicaid*; health care reform.

¹ Ancien directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie.

INTRODUCTION

Élu en novembre 2008, ayant pris ses fonctions en janvier 2009, B. Obama a choisi, au milieu des nombreux dossiers qui lui incombent (crise économique et financière, Irak, Afghanistan, relations avec la Chine et les pays en voie de développement, lutte contre le réchauffement climatique), de s'attaquer aux problèmes de l'organisation du système de santé et de son financement. Le sujet avait été peu présent dans la campagne électorale, même si son challenger dans les élections primaires au sein du parti démocrate avait évoqué ce qui avait été pour elle et son mari, le président Bill Clinton, un échec sévère dans les années 1990.

Pourquoi cette priorité ? Les Américains seraient-ils mal soignés ou peu satisfaits de leur système de santé ? Comment le président Obama, démocrate, a-t-il pu faire adopter par le Congrès une réforme que celui-ci n'avait pas abordé depuis sa propre élection en 2006 du fait de l'opposition résolue du président Bush, républicain ? Quelle réforme du système a été votée en mars 2010 ? Pour répondre à ces questions, il faut examiner avec nos yeux de Français le système de santé américain, sans omettre le regard des principaux intéressés [1, 2]. Ceux-ci, tout en étant critiques, considèrent que le service public anglais, c'est le « communisme en marche » et que le système français est un modèle socialiste trop éloigné de leurs propres valeurs, et sur le point de faire faillite. En outre, les médecins sont convaincus que les soins très techniques sont d'un meilleur niveau qu'en Europe : la princesse Diana serait en vie si son accident était arrivé à New York.

COMMENT LES AMÉRICAINS SONT-ILS SOIGNÉS ?

Les États-Unis disposent d'un système de soins d'un haut niveau scientifique car les chercheurs y affluent, portés par l'effort financier consenti sur fonds publics pour la recherche en général et la recherche médicale en particulier. C'est en effet un domaine où l'intervention de l'État est admise sans obstacle idéologique ; le climat de liberté et de découverte qui anime la société américaine ainsi que les nombreuses fondations, finançant la recherche, y contribuent également : la plupart des prix Nobel de médecine sont américains.

Les innovations se répandent rapidement à travers un réseau hospitalier comportant des établissements à but non lucratif et des cliniques privées, s'appuyant sur une médecine de ville multiforme (cabinets individuels et collectifs). Le système productif de soins – qui est la seconde industrie aux États-Unis après l'énergie et le second gisement d'emploi – est financé par une série de mécanismes individuels ou collectifs qui en constituent le soubassement.

1. Une assurance maladie privée liée à l'emploi

Tous les Américains qui ont un emploi stable dans une grande entreprise peuvent adhérer au « plan d'entreprise » de leur employeur, c'est-à-dire que le salarié se voit proposer un contrat auprès d'une compagnie qui va financer sa consommation de soins de santé. Ce contrat a été négocié par l'employeur quant à son contenu (prestations servies en cas de maladie) et à son coût (montant de la prime). Ce contrat est assorti de quelques options (extension de la couverture à la famille, choix de différents niveaux de franchises).

Parallèlement, les syndicats de salariés et l'employeur ont discuté du montant de la participation de l'entreprise au financement de la prime, le salarié en conservant une autre partie plus ou moins importante à sa charge. La contribution de l'employeur comme la participation du salarié sont déductibles de l'assiette de l'impôt sur les sociétés et de l'assiette de l'impôt sur le revenu du salarié.

Cet avantage fiscal est un puissant moteur du développement de cette assurance maladie privée mais on remarquera qu'il n'y a nulle part la moindre obligation : les entreprises peuvent aussi bien créer elles-mêmes leur propre système de soins (ce qui est une réalité), comme être leur propre assureur, comme elles peuvent ne pas participer au financement de l'assurance maladie de leurs salariés qui doivent, alors, se tourner vers les assurances privées, ce qui est le cas des petites entreprises. De même, le salarié peut en théorie récuser l'assurance collective négociée par son employeur et choisir lui-même son contrat auprès d'un autre assureur que celui de son entreprise et même ne pas s'assurer du tout. Mais il s'agit là de marges de choix théoriques, toute assurance autre que l'assurance collective de l'employeur se révélant plus coûteuse.

Ce système d'assurance maladie privée, lié à l'emploi, s'est fortement développé pour quatre motifs.

D'une part, le président Roosevelt dans sa politique de *New Deal* pour lutter contre la crise de 1929 n'a pas réussi à faire voter par le Congrès, dans le cadre du *Social Security Act* de 1935, le principe d'une assurance maladie obligatoire et a dû se contenter d'une assurance retraite et d'une assurance chômage : la voie était libre pour l'assurance maladie privée.

En second lieu pendant la guerre, les salaires ayant été bloqués, les entreprises, pour fidéliser leur personnel, ont été incitées par les avantages fiscaux signalés ci-dessus à développer une protection maladie pour leurs salariés.

En troisième lieu, ce système est conforme à la culture politique américaine individualiste et hostile à toute redistribution des « riches » vers les pauvres : les primes d'assurance sont indépendantes du salaire des assurés comme l'est l'aide des entreprises. On est loin des cotisations proportionnelles aux salaires des systèmes français et allemands.

Enfin, les contraintes sur les professionnels de santé, qui avaient fait échouer le projet de Roosevelt, sont minimales puisque les contrats prévoient le remboursement des journées d'hospitalisation sur la base d'un prix calculé à partir des dépenses passées de chaque établissement. D'autre part, les honoraires sont ceux qui sont pratiqués dans chaque zone géographique de façon courante ; la plupart des contrats sont muets sur le remboursement des produits pharmaceutiques dont les prix sont libres.

Néanmoins, ce système très inflationniste a été, au fil du temps, corrigé sur plusieurs points sous la pression des entreprises qui voyaient s'envoler le coût des primes. D'une part, les contrats sont devenus moins généreux : apparition de tickets modérateurs et de franchises de plus en plus élevées, limitation du nombre de journées d'hospitalisation remboursables. D'autre part, les assureurs en concurrence ont développé des formules de *Health maintenance organization* (HMO), c'est-à-dire des systèmes de réseaux de soins avec médecins salariés intéressés à la maîtrise des coûts (parcours de soins impératifs) et établissements payés de façon prospective sur la base de tarifs par groupes homogènes de malades.

L'assurance privée volontaire est la principale forme d'assurance santé pour les trois quarts des Américains de moins de 65 ans, qu'elle soit liée à l'emploi (contrats groupe d'entreprise) ou qu'elle soit individuelle (travailleurs indépendants, chômeurs, salariés précaires). Ce système obéit aux lois du marché, la concurrence s'exerçant au niveau des primes, des prestations couvertes et des différentes options proposées (système avec HMO où la liberté du patient est limitée, ou sans HMO).

À côté de ce dispositif existe une assurance maladie propre aux fonctionnaires (facultative mais ils y adhèrent tous) et un service de santé publique particulièrement dynamique pour les anciens combattants (plusieurs dizaines de millions de bénéficiaires).

2. Une assurance publique pour les retraités et les indigents

Il restait toutefois, en dehors de l'assurance privée, deux catégories de personnes importantes en nombre : les retraités qui ne bénéficient plus de l'assurance collective de leur entreprise et les personnes qui, pour des raisons diverses, n'ont pas les moyens de se payer une prime d'assurance ; au total, près de 40 % de la population américaine.

a) *Medicare*

Pour les retraités, le président Johnson, démocrate et fin manœuvrier parlementaire, réussit en 1965 à faire voter par le Congrès une loi dont le projet avait été

annoncé par son prédécesseur, le président Kennedy, avant son assassinat. Cette loi instaure une assurance maladie collective publique obligatoire financée par une taxation des entreprises assise sur les salaires, payée moitié par les entreprises moitié par les salariés eux-mêmes, complétée par un financement fédéral : c'est le programme *Medicare*.

Autrement dit, pendant leur vie active, les salariés et les entreprises payent un impôt qui alimente un fonds spécial complété par des subventions de l'État fédéral, pour avoir la certitude qu'à 65 ans ils pourront bénéficier, en s'adressant à un assureur privé de leur choix, du panier de soins remboursés par le *Center for Medicare & Medicaid services* (CMS) qui gère le fonds en question : c'est le premier programme public d'assurance maladie. Il couvre également les malades en dialyse rénale de tous âges ainsi que les invalides et handicapés de moins de 65 ans.

Ce système public est très en deçà de ce que nous appelons assurance obligatoire en France. En effet, le Fonds comporte quatre sections :

- La section A, financée intégralement par les cotisations assises sur les salaires (3 % de la masse salariale), couvre l'hospitalisation (60 jours par an maximum) avec une franchise annuelle de 800 dollars ainsi que 100 jours par an d'hospitalisation à domicile et de soins infirmiers.
- La section B est facultative et payante pour l'assuré. Elle couvre environ 40 % des soins en ambulatoire avec franchise et tickets modérateurs (20 %) et sans prise en charge des médicaments. Cette section est financée par les primes des assurés (25 % de la dépense) et une subvention de l'Etat fédéral qui couvre 75 % de la dépense.
- La section C est une reproduction de la partie B (soins de ville) mais proposée par des assurances privées utilisant des techniques de *managed care* (HMO) supposées moins chères que la section B.
- La section D, instituée par les républicains en 2003, est une assurance facultative payante (prime mensuelle) couvrant les achats de médicaments avec franchise annuelle, ticket modérateur de 25 % et plafond de dépenses recouvrables à 2 400 dollars par an ; au-delà, il n'y a plus de prise en charge. C'est le trou noir (*doughnut hole*) ; mais au-delà de 5 400 dollars de médicaments par an, la couverture réapparaît avec un ticket modérateur de 5 %.

Le programme *Medicare* est en déficit sur les sections B, C et D ce qui veut dire qu'il faut périodiquement revoir les différents paramètres : prime des assurés, ticket modérateur et franchises diverses payées par les malades, subventions de l'État fédéral. Il en sera de même bientôt pour la partie A dont le nombre d'assurés augmente rapidement du fait de l'accès des *baby boomers* à l'âge de la retraite.

Le programme *Medicare* que gère le CMS est donc, en fait, une assurance obligatoire pour les cotisants qui donne droit, au moment de la retraite, au remboursement d'un panier de soins axé sur l'hospitalisation, moyennant primes et franchises (section A).

Les ressortissants de *Medicare* peuvent se couvrir contre les risques hors panier de soins de la section A, en souscrivant des polices individuelles : sections B, C, D. Nous sommes loin d'une assurance maladie de type européen.

b) *Medicaid*

Second programme public, *Medicaid* est un programme fédéral mis en place par l'administration Johnson en 1965 dans le cadre de la lutte contre la pauvreté. La loi fédérale définit un panier minimal couvert et une population minimale concernée : ce sont les bénéficiaires des aides sociales des États, c'est-à-dire ceux qui ont un revenu inférieur à un seuil de pauvreté, lequel a une définition fédérale et une définition dans chaque État. Ce programme est financé partie par les États et partie par l'État fédéral qui accorde une subvention à chaque État en fonction de sa richesse propre.

Chaque bénéficiaire reconnu s'adresse à un assureur qui doit lui appliquer le contrat *Medicaid* (panier de soins + franchises éventuelles) et se fait rembourser par le CMS, gestionnaire de *Medicare* et *Medicaid*.

En outre, l'administration fédérale de la santé (CMS) gère un réseau important de centres de santé communautaires comprenant médecins, dentistes, pharmaciens, infirmiers, assistantes sociales, spécialement dédiés à des populations marginalisées à des titres divers ; ce réseau dispense des soins à 4 à 6 % de la population dans chaque État. C'est le service public de santé dédié aux très pauvres et autres marginaux.

3. Un système lacunaire

On constate donc l'extrême complexité du système de santé et de son financement. Il pourrait se comparer à un tas de petits cubes d'inégales grosseurs, chaque cube étant caractérisé par les assurés éligibles, le panier de biens et services couverts, les primes versées mais aussi les tickets modérateurs et autres franchises, le mode d'organisation et le degré de liberté accordés aux patients comme aux professionnels de santé.

En définitive, sur 300 millions d'Américains, 200 trouvent leur place dans un « cube » d'assurance privée avec des taux de couverture très variables, 52 millions relèvent d'un programme public avec des taux de couverture également variables et 48 millions ne rentrent dans aucune case, trop riches pour rentrer dans le programme *Medicaid* mais trop pauvres pour se payer une prime d'assurances : il s'agit de chômeurs, de petits salariés, de petits artisans. Certes, cette population fluctue avec le taux de chômage ; quand il baisse, une

partie des non-assurés retrouve une assurance liée à l'emploi mais ce retour à l'assurance n'est pas facile, les assureurs se protègent contre les salariés alternant chômage et emploi par des conditions d'exclusion et des primes élevées. Certes, la population non-assurée ou mal assurée ne meurt pas dans la rue car, en cas d'urgence, les hôpitaux sont obligés d'accueillir ces malades gratuitement et majorent leur prix, c'est-à-dire font payer les clients couverts par une assurance.

4. Bilan global du système de santé américain

L'importance du nombre des non-assurés (15 % de la population) n'est pas la seule tare du système dont on a dit l'excellence sur le plan technique.

En effet, c'est le système le plus cher au monde, que ce soit en pourcentage du produit intérieur brut (PIB) (États-Unis = 16 %, France = 11 %), ou en dollars par habitant (États-Unis = 7 200 dollars, France = 3 600, Grande-Bretagne = 3 000 en 2006). Or, les États-Unis ne peuvent évoquer le phénomène du vieillissement de leur population car, du fait de l'immigration, elle est plus jeune que celle des pays européens.

Pourquoi ces coûts élevés ? Essentiellement en raison des prix et non des volumes : l'Américain moyen ne consomme pas plus de séances de médecins ou de journées d'hôpital que l'Européen moyen.

Par contre, il y a souvent une sur-utilisation de technologies sophistiquées aussi bien à la naissance qu'en fin de vie.

Les prix sont plus élevés qu'en Europe parce que les études médicales sont chères (les médecins doivent rembourser de lourds emprunts), parce que les assurances de responsabilité civile, entraînées par la judiciarisation du système de santé, sont coûteuses. Enfin, les prix sont libres, les assureurs publics et privés n'ayant ni la volonté ni les moyens de réguler le marché de la santé (voir le mécanisme complexe de fixation par les assurances publiques des honoraires des médecins travaillant pour elles), à partir d'une nomenclature (pondération des actes les uns par rapport aux autres) élaborée par l'Association des médecins américains qui en détient la propriété intellectuelle !

De plus, les variations sensibles de pratiques et de dépenses médicales d'un territoire à l'autre dans l'immense continent américain laissent penser que le système de santé est le lieu de gaspillages importants en volume de soins, certains en consommant trop et d'autres pas assez.

Le fait que le système de santé n'utilise pas beaucoup les innovations technologiques majeures qui ont eu lieu dans le domaine de l'informatique médicale et des systèmes d'information corrobore l'impression de gaspillages considérables. L'exemple du système de santé des *veterans* qui, avec l'aide d'un dossier médical individuel informatisé, a réalisé d'importantes économies, incite à moderniser un coûteux système de santé.

Les assureurs sont bien soumis à la concurrence mais ils préfèrent sélectionner les risques au niveau de leurs assurés plutôt que d'intervenir dans le domaine des prix, sans parler de la paperasse considérable due à la multiplicité des « cubes » évoqués plus haut, fait que le coût de gestion du système est cinq fois plus élevé qu'en France. De plus, ils se sont concentrés et dans la plupart des États fédérés il ne reste que trois ou quatre assureurs.

Si le système est coûteux, il l'est pour tous les financeurs ; les entreprises payent 30 % des dépenses de santé, les ménages en supportent 20 % (primes et participations aux dépenses de soins) et l'État finance 50 % à travers les programmes publics. Donc le coût du système de santé pèse sur la compétitivité des entreprises (*General motors* dépense plus pour l'assurance maladie de ses employés que pour la tôle de ses voitures) ; il impacte les finances publiques (*Medicare* et *Medicaid* sont gourmands et néanmoins déficitaires) et accroît la dette fédérale ; il constitue enfin une lourde charge pour les ménages.

Ajoutons que le développement du chômage lié à la crise, le coût croissant des primes pour les entreprises qui réduisent leurs participations, suscitent une inquiétude réelle dans la classe moyenne qui craint que le moindre accident de santé ne tourne au cauchemar : en 2008, c'est plus de 700 000 familles qui ont fait faillite (obligation de vendre la maison) pour des motifs tenant au frais de soins non financés par un tiers.

En outre, les compagnies d'assurance, qui sont les opérateurs en contact avec le public, ont bien compris que la meilleure façon de rentabiliser leur capital et de faire des bénéfices est de sélectionner les risques (refus de signer un contrat avec une personne ayant ou paraissant avoir des antécédents médicaux ou tarification dissuasive) et de contester l'application du contrat en prétextant le non-respect par le malade d'une stipulation rédigée en termes obscurs.

Les comportements de certaines compagnies d'assurance ont suscité de vives réactions comme en témoigne le film *Sicko* du réalisateur Michael Moore, sorti en salles en 2007. De lourdes amendes émanant de l'autorité de régulation de la concurrence ont certes sanctionné ces pratiques ; celles-ci, qui perdurent, entretiennent un certain malaise autour du fonctionnement du système de santé.

Il n'est pas jusqu'au très grand nombre de procès – mais il y a beaucoup plus d'avocats aux États-Unis qu'en France et leurs honoraires sont fonction des résultats financiers qu'ils obtiennent et ils peuvent faire de la publicité – en responsabilité médicale, qui donnent le sentiment d'une disproportion entre certains coûts et la qualité réelle de la médecine pratiquée. Cette judiciarisation de la médecine pousse les médecins à se couvrir en pratiquant une médecine abondante en examens de toutes natures (un scanner pour une migraine).

Enfin, l'efficacité du système de santé en termes de santé de la population n'est pas brillante, que ce soit sur le plan de l'espérance de vie inférieure à celle de la France ou du taux de mortalité à la naissance. Les États-Unis dépensent beaucoup pour leur santé mais les résultats ne sont pas à la hauteur de l'argent dépensé. En 2000, le classement par l'Organisation mondiale de la santé des systèmes de santé, selon une batterie de critères, a placé les États-Unis au 37^e rang, loin derrière les pays européens, la France occupant la pôle position. Système coûteux, fragmenté, inégalitaire, peu efficace, le système de santé américain appelle la réforme ; celle-ci s'est invitée dans la campagne électorale de 2008, signe que le *statu quo* n'est plus tenable, mais il s'agit d'un problème politique certain. Le système de santé américain tel qu'il est financé est une création démocratique à laquelle les républicains se sont constamment opposés, ruinant tout projet d'assurance universelle publique.

LA DIFFICILE ÉLABORATION DE LA RÉFORME OBAMA

En mars 2009, deux mois après son installation à la Maison Blanche, le Président Obama indiquait que la réforme des systèmes de santé ne passerait pas au rang des promesses électorales non satisfaites et qu'il entendait faire voter une réforme par le Congrès, si possible bipartisan. De quelle marge de manœuvre disposait-il sur le plan des institutions comme sur celui de la politique « politicienne » ?

1. Que peut faire le président des États-Unis sur le plan des institutions ?

Le système de santé américain est une construction non stabilisée qui se situe à l'intersection de la compétence des États fédérés et de l'État fédéral, la frontière n'étant pas délimitée de façon précise. L'organisation des soins relève des États fédérés ou du jeu d'un marché libre. Le financement peut faire intervenir les finances fédérales soit par l'octroi d'avantages fiscaux, soit en finançant des organismes privés en charge d'une mission définie : rembourser des dépenses de soins à des individus répondant à certaines caractéristiques (retraités) dans le cadre d'un contrat bien défini (panier de soins).

Pour réformer le système de santé, il faut que le Congrès vote une loi en respectant la Constitution. Les Américains ont un attachement viscéral à leur Constitution peu modifiée depuis 1787 ; elle leur paraît organiser une répartition équilibrée entre les pouvoirs, de nature à préserver la liberté de tous sans entraver l'indispensable action collective : c'est à leurs yeux la meilleure du monde !

Ce système de *checks and balances* est bien différent du présidentialisme « à la française » où le président,

leader de sa majorité, dispose de pouvoirs suffisants sur le parlement pour le contraindre (maniement de l'ordre du jour, procédure de vote bloqué) à voter un projet de loi auquel il tient.

Cette Constitution met en place trois pouvoirs :

- le Congrès composé de deux chambres : le Sénat à raison de deux représentants par État (100 membres élus pour six ans, renouvelés par tiers tous les deux ans), la Chambre des représentants (450 membres élus dans le cadre des États fédérés tous les deux ans) ;
- le président élu au suffrage universel au second degré, tous les quatre ans pour un mandat (renouvelable une fois) ;
- la Cour suprême, dont les neuf membres sont nommés à vie par le président, gardienne vigilante de la Constitution qui peut censurer les lois du Congrès comme les actes du président.

Ces pouvoirs sont indépendants les uns des autres ; le Congrès vote les lois et le président ne peut déposer un projet de loi comme le fait en France le Premier ministre ; il ne peut que faire des suggestions ou opposer son veto à une loi votée.

Le président est assisté d'un gouvernement avec des administrations fédérales (secrétaire à la Santé) qui ne peuvent agir que dans le domaine des compétences fédérales. De plus, il est flanqué d'organes de régulation indépendants, créés par le Congrès, qui agissent dans des domaines qui en France relèvent de l'État : concurrence, circulation aérienne, transports, etc. Autant de domaines où l'autorité du président est limitée. Le président nomme les juges de la Cour suprême qui sont inamovibles mais le Sénat contrôle les nominations du président à tous les postes importants y compris les ministres. C'est ainsi que B. Obama a dû s'y prendre à deux fois pour nommer un secrétaire fédéral à la santé, le premier désigné n'ayant pas pu, en raison de son passé (fiscal !), franchir le cap des auditions des commissions du Sénat.

Ajoutons que la procédure législative est lente et compliquée : propositions de lois émanant de membres de Congrès, déposées dans l'une ou l'autre des chambres, examen par les commissions permanentes compétentes – il y en a cinq concernées pour la santé dans les deux assemblées – avec force auditions publiques des lobbies concernés, chiffrages du coût des projets de lois par le *General accounting office* – sorte de Cour des comptes impartiale dépendant du Congrès – élaboration ou non d'un texte approuvé par chaque commission concernée, transmission de ce texte à la discussion plénière de chaque assemblée, rapprochement des textes différents des commissions.

En outre, ce parcours marathonien est suspendu aux règles de limitation de la durée des débats, différentes dans chaque assemblée. Notamment au Sénat, la discussion en séance publique peut être bloquée par la procédure du *flibustering* (lecture de la Bible pendant des

heures) qui ne peut être levée qu'à la majorité qualifiée des trois cinquièmes des sénateurs ($3/5 = 60$ voix).

Pour « corser » les choses, les démocrates qui disposaient des 60 voix nécessaires au Sénat pour contrer le *flibustering* sont descendus, début 2010, à 59 voix à la suite du décès de Ted Kennedy, sénateur du Massachusetts, fervent défenseur de l'assurance maladie universelle, décédé en cours de mandat et remplacé, à la surprise générale, par un républicain d'extrême-droite alors que son siège était acquis aux démocrates depuis des décennies.

En cas de désaccord entre les deux chambres – ce qui peut d'autant plus se produire qu'il n'y a pas de navette organisée entre les assemblées qui sont autonomes dans leur ordre du jour et dans les textes qu'elles examinent – il faut alors trouver un texte de compromis qui puisse être voté dans les mêmes termes dans chaque chambre. B. Obama s'est beaucoup appuyé sur les présidents des deux assemblées comme sur les leaders démocrates pour faire avancer les choses : il y a eu trois ou quatre textes en circulation comportant chacun plusieurs centaines de pages.

Quand le texte de compromis est adopté par le Congrès, il est transmis au président qui l'approuve ou oppose son veto, explicitement ou implicitement, en ne signant pas, ce qui le rend caduc à la fin de la session du Congrès. Mais le président ne peut approuver un texte partiellement ; son veto n'est pas sélectif.

L'articulation entre le président et le Congrès se trouve au niveau des partis : il n'y en a que deux aux États-Unis : démocrates et républicains et la majorité du Congrès peut ne pas correspondre au parti du président d'autant plus que la Chambre des représentants est élue tous les deux ans. La Chambre élue en novembre 2008 était démocrate mais elle était renouvelable en 2010 ce qui a rendu les représentants sensibles aux pressions des lobbies comme aux réactions de l'opinion publique. La majorité au Sénat est également démocrate mais elle est plus courte. Bien que démocrate, le Congrès ne s'était pas penché sur le système de santé en 2008 alors même que ses problèmes de financement devenaient préoccupants (déficit de *Medicare*).

2. Quelle marge de manœuvre pour Obama sur le plan politique en matière de santé ?

Le système de santé tel qu'il est organisé et financé constitue un point d'équilibre politique entre les mesures voulues, depuis Roosevelt, par des présidents démocrates soucieux de permettre au plus grand nombre d'Américains d'accéder aux soins sans barrière financière et celles de présidents républicains qui s'opposaient au mouvement en invoquant les grands principes (liberté et responsabilité, droit des États fédérés, équilibre des finances publiques) sans avoir pu remettre en question fondamentalement l'œuvre des démocrates telle qu'elle résulte des textes de 1965.

Les deux grands partis qui détiennent de fait, aux États-Unis, le monopole de la représentation du peuple sont d'abord des machines à conquérir le pouvoir et à l'exercer, en commençant au niveau des États fédérés qui sont tous dotés d'un exécutif (gouverneur), d'une assemblée, d'une cour de justice et de deux sénateurs. La politique se fait donc au niveau local.

De plus, l'idéologie n'a pas beaucoup de place dans la doctrine de chaque parti parce que les États-Unis sont trop divers, trop étendus – un continent – l'électorat de chaque parti trop hétérogène pour que les élections puissent servir de faire valoir d'une idéologie. Pensons aux différences entre les différents partis conservateurs, libéraux, socialistes de l'Europe. C'est ainsi que le maire de New York a été élu comme démocrate, réélu comme républicain : devenu indépendant, son immense fortune lui permet de se passer de l'aide de la machine électorale d'un parti.

L'absence de doctrine forte au niveau des partis fait que le président doit trouver sur chaque projet une majorité qui peut comprendre certains membres du parti d'opposition : chacun des partis a son aile extrémiste et son centre. Les projets du président qui passent l'obstacle du Congrès sont souvent ceux qui réunissent les centres des deux partis. Mais en matière de santé, le conflit entre les partis a déjà eu l'occasion de s'exercer et les arguments de chaque côté vont pouvoir resservir d'autant plus que la santé est matière à dérive sur des croisades morales : avortement, euthanasie, recherche sur les cellules souches, interdiction de fumer, consommation alcoolique, soins aux immigrés et autres « sans papier ». Chaque parti a ses préférences au niveau des solutions à apporter à un problème donné. Les républicains font confiance au marché et croient dans les vertus de la concurrence individuelle mais se méfient de l'État. Le parti républicain a évolué : d'un républicanisme modéré incarné par le président Eisenhower qui acceptait l'héritage du *New deal*, on est passé à un républicanisme agressif – le Bien contre le Mal – soutenu par une religiosité fondamentaliste ; le débat au sein du parti républicain entre son aile centriste et son aile droite porte sur des problèmes culturels au premier rang desquels figure le « droit à la vie » (lutte contre l'avortement), la prière à l'école et le droit de porter des armes à feu.

Les démocrates sont plus sensibles aux problèmes des inégalités et considèrent que l'État est là pour corriger les dérives du marché ; c'est bien pourquoi les avancées en matière d'assurance maladie sont le fait de présidents démocrates mais qui n'ont pu aller jusqu'au bout de leurs intentions, freinés qu'ils ont été par des élus dont tous n'appartenaient pas à l'opposition républicaine.

Car démocrates et républicains ont une vision identique de leur Constitution – la meilleure du monde – de leur propre rôle – machines électorales – et de la société dont ils sont l'expression et le soutien. Pour les deux partis, les États-Unis sont devenus la première puissance économique mondiale parce que leurs habitants

respectent quelques grands principes de philosophie politique pratique :

- Premier principe : la liberté. C'est la liberté d'entreprendre, la concurrence qui ont fait la force et la richesse des États-Unis et de ses habitants.
- Second principe : le travail. C'est la création, l'initiative, la volonté d'améliorer son sort. Toute personne quel que soit son groupe d'appartenance ou sa classe sociale qui travaille dur, peut réussir, accéder à la classe moyenne, voire devenir très riche : c'est le rêve américain.
- Troisième principe : la responsabilité. Au royaume de la liberté, il est de la responsabilité de chacun de trouver un emploi, d'épargner pour ses vieux jours et de s'assurer pour faire face aux conséquences de la maladie.
- Quatrième principe : la charité. « Si mon revenu est élevé parce que je travaille beaucoup, j'ai le devoir de donner une partie de mon argent et de mon temps » pour aider les pauvres à travers des œuvres charitables, de préférence de proximité, souvent créées par des Églises. Ce principe paraît singulier pour un Français ; mais les Américains sont un peuple foncièrement religieux qui finance de nombreuses écoles, universités, fondations et autres œuvres sociales, chrétiennes ou juives. Plus de 90 % de la population croit en Dieu et il n'existe aucune honte outre-Atlantique à afficher publiquement sa spiritualité. En France, on imagine mal le président de la République prêter serment sur la Bible et terminer ses discours par la référence à Dieu : *God bless America*. Les Américains sont foncièrement imprégnés de valeurs judéo-chrétiennes.

Ces principes qui servent de toile de fond à la lutte électorale des deux grands partis sont défavorables à toute action de l'État car celle-ci est nécessairement attentatoire à la liberté (obligation d'assurance) ; elle ampute les revenus du travail au profit de pauvres qui doivent cet état à leur absence de volonté de travailler. L'impôt ne peut servir qu'à aider temporairement des pauvres méritants.

Le système de santé, tel qu'il existe en 2009, est un compromis qui respecte les grands principes :

- pas d'obligation d'assurance, liberté dans le choix du degré de couverture ;
- intervention de l'État limitée aux retraités sans règles uniformes et aux pauvres dont les États locaux examinent les mérites ;
- minimum de contraintes en matière de prix pour les professionnels de santé qui doivent néanmoins accepter les conséquences de la concurrence entre assureurs sous la forme des HMO (réseaux de soins avec médecins salariés et parcours de soins balisés) comme des vérifications qualitatives du bien-fondé des actes (protocoles normatifs).

Néanmoins, ce compromis présente des défauts importants : coût considérable et croissant, efficacité discutée et inégalités majeures sans parler du comportement des assureurs privés augmentant leurs primes – et leurs bénéficiaires – et rechignant à rembourser les dépenses de soins sous des prétextes divers.

Autrement dit, la réforme souhaitée par un grand nombre d'Américains doit poursuivre deux objectifs contradictoires :

- réduire les coûts du système existant qui demande chaque année toujours plus à ses financeurs : l'État pour 50 % des dépenses de santé, les entreprises pour 30 % et les ménages pour 20 % ;
- élargir le système pour donner une couverture aux 50 millions d'Américains qui n'en ont pas et améliorer la couverture de 100 millions d'Américains qui sont mal couverts. Quelle que soit la formule retenue, cet élargissement aura un coût.

Atteindre le second objectif dépendra donc des résultats obtenus sur le premier, lequel demandera beaucoup plus de temps et permettra aux républicains d'imputer le coût croissant de la santé à la poursuite du second objectif « social ».

3. La démarche suivie par le président

B. Obama a d'abord tiré les leçons de l'échec du projet Clinton de 1993 : il n'a pas proposé un texte en essayant de négocier avec les innombrables lobbies attachés au *statu quo*. Il s'est contenté d'obtenir un acquiescement du bout des lèvres de la toute puissante Association des médecins (AMA) et de l'industrie pharmaceutique sur la nécessité d'une réforme, le *statu quo* n'étant plus supportable par les financeurs.

Il a obtenu le soutien du milieu des entreprises mais le lobby des assureurs privés a dépensé des millions de dollars auprès des représentants en instance de réélection pour éviter le pire à leurs yeux : l'institution d'une assurance publique qui viendrait les concurrencer. Contrairement à la France, les subventions aux partis politiques sont autorisées aux États-Unis. La Cour suprême vient même d'annuler, au nom de la liberté, un texte visant à les plafonner ; mais elles sont publiques c'est-à-dire qu'après chaque scrutin sur la réforme de la santé on pouvait trouver dans la presse ce que chaque représentant avait reçu aussi bien que le pourcentage de non-assurés dans sa circonscription.

Pour s'opposer à ce lobby actif, le président Obama a mis en lumière le comportement de certains assureurs : utilisation d'un logiciel informatique permettant à partir de la consommation d'une personne, de détecter ses prédispositions à être atteinte d'une maladie donnée provoquant son exclusion du contrat pour dissimulation ; en dénonçant la cupidité des assureurs, Obama a ainsi pu s'appuyer sur l'opinion publique. De leur côté, les républicains ont déclenché une violente campagne

montrant que la réforme allait coûter très cher aux 66 % d'Américains disposant d'une assurance individuelle ou collective, au profit de catégories marginales (étrangers) et de gens qui avaient fait le choix de ne pas s'assurer. De plus, le poids de l'État fédéral s'en trouverait accru au mépris des grands principes politiques cités ci-dessus.

Pendant un an (mars 2009/avril 2010), alternant déclarations publiques, message solennel au Congrès, confrontation télévisée avec les opposants républicains, B. Obama a fait pression sur le Congrès et ses élus, notamment démocrates, pour qu'ils adoptent un compromis entre les souhaits de la gauche démocrate (créer une assurance universelle, obligatoire publique) et les désirs des démocrates modérés et de certains républicains (réparer ce qui ne marche pas dans le système sans en modifier l'architecture générale).

C'est ainsi que le président a signé deux textes de réforme, adoptés par le Sénat puis par la Chambre, au terme d'une procédure peu usitée de « réconciliation » entre textes différents votés par les deux assemblées : c'est le *Patient protection and affordable care act* (ACA), signé le 23 mars 2010, complété par le *Health care and Education reconciliation act of 2010*, signé le 30 mars 2010 [3].

La procédure de « réconciliation » utilisée a pour but de contraindre le Congrès à voter des crédits budgétaires jugés indispensables à une action donnée, pour être sûr qu'ils figureront dans le budget fédéral voté en fin d'année : dans ce but, le nombre d'amendements possible est limité ainsi que la durée des débats : le vote se fait à la majorité simple au Sénat (pas de *filibustering* possible) [3].

Au terme de ces douze mois de débats, le président a renoncé à l'idée d'une assurance publique susceptible de peser sur les prix des biens et services médicaux ; il s'est rallié à une solution progressive, imitée de la réforme en cours de mise en place dans l'État de Massachusetts ; cette réforme fait évoluer un grand nombre des dispositions qui forment le cadre du fonctionnement du système actuel (voir la première partie du présent article).

Mais en définitive, en raison de cette procédure de « réconciliation », le président Obama n'a pu rallier à sa réforme un minimum de républicains du centre – aucune voix républicaine n'a approuvé le texte – ce qui explique pourquoi le parti républicain, excité par son aile droite, fait de la réforme de la santé un terrain de guerre sans merci contre l'administration démocrate.

On remarquera que le président Obama a utilisé la même tactique pour faire voter par le Congrès la loi relative à la réforme de la régulation financière, second grand dossier de la première partie de sa présidence : mobilisation des leaders démocrates élus, appel à l'opinion publique, stigmatisation des comportements bancaires dont les excès ont provoqué une crise grave

obligeant le contribuable à sauver certaines banques, même solution de compromis entre les désirs de la gauche du parti démocrate et ceux des modérés républicains, compromis consigné dans un texte de 2300 pages, voté en termes identiques par les deux Chambres du Congrès en juillet 2010.

LA RÉFORME OBAMA

La réforme se présente sous forme de deux textes se complétant – c'est-à-dire que l'un rectifie l'autre – couvrant des centaines de pages et des milliers d'articles, parce que touchant de près ou de loin des domaines juridiques très différents : droit des assurances, réglementation des assurances publiques *Medicare* et *Medicaid*, droit de la concurrence, législation sur les petites et moyennes entreprises, législation fiscale générale, réglementation sur la responsabilité médicale [3, 4, 5]...

Autant dire que sa mise en application, étalée dans le temps jusqu'à 2014 et même 2020, sera progressive et semée d'embûches d'autant plus que les républicains ont annoncé leur intention de s'opposer à la mise en place de cette loi « scélérate » : un recours devant la Cour suprême émanant d'une douzaine de gouverneurs républicains est déjà en cours. De plus, en matière de santé, les compétences sont partagées entre l'État fédéral et les États fédérés dont certains dirigés par des républicains vont résister à l'application d'une loi complexe.

Pour essayer de dégager ce qui va changer dans les années à venir, nous avons classé les principales mesures de ces textes touffus, en fonction des objectifs à atteindre, ce qui ne veut pas dire que les moyens utilisés soient à la hauteur de chaque enjeu.

1. Diminution du nombre de non-assurés

La réforme doit faire bénéficier d'une assurance maladie 32 millions d'Américains qui n'en avaient pas ; ce n'est pas la couverture universelle espérée mais il ne devrait plus rester qu'une quinzaine de millions de personnes en dehors de toute assurance, et tous les enfants seront couverts d'une façon ou d'une autre.

Pour ce faire, on va élargir le champ des systèmes existants : assurances publiques comme *Medicare*, *Medicaid* et le programme *Childrens health insurance* (on modifiera les seuils d'éligibilité) et assurances privées financées par les employeurs ou directement par les assurés.

Les assureurs privés seront tenus de conserver sur l'assurance des parents les enfants jusqu'à 26 ans alors qu'une partie des non-assurés était justement des jeunes à la recherche d'un emploi stable. Les chômeurs seront aidés pour obtenir une assurance tout comme les familles modestes ne pouvant accéder à *Medicaid*.

De même, toute personne sera tenue d'être assurée soit par son employeur soit directement ; à défaut, elle devra payer une amende annuelle qui augmentera progressivement pour atteindre 2,5 % de ses revenus en 2016. Les « pauvres » sont dispensés de cette obligation puisqu'ils ont droit à *Medicaid*.

Les entreprises de plus de 50 salariés qui ne fourniront pas de couverture à leurs employés seront également pénalisées à raison de 2 000 dollars par salarié non couvert. En revanche, les petites entreprises bénéficieront d'un crédit d'impôt.

Chaque État fédéré devra s'associer avec un autre pour organiser un marché régional d'assurance où au moins deux offres seront émises au prix le plus bas. Les compagnies d'assurances qui voudront participer à ces marchés organisés devront proposer quatre types de contrats offrant un panier de prestations standard et des taux de prise en charge allant de 60 à 90 % de leur coût selon les cas.

Les États qui ne souhaiteraient pas recourir aux marchés organisés devront mettre au point une assurance maladie minimale qu'ils devront totalement administrer. De plus, la réforme impose aux compagnies d'assurance de publier des indicateurs de qualité et notamment les coûts administratifs et les profits afin que les assurés sachent quelle part de leurs primes couvre leurs dépenses de santé et quelle part enrichit les assureurs.

2. Les améliorations de la couverture

Les assurances privées se verront interdire de faire de la sélection des risques avant souscription d'un contrat comme après : nombre d'Américains ont eu la surprise de se voir refuser des remboursements pour maladie grave au motif de non-déclaration d'antécédents médicaux ! Cela ne sera plus possible.

De même, les contrats d'assurances privées devront comporter un panier de biens et services de base couvrant 60 % des soins et devront limiter les restes à charge possibles ; les actes de prévention tels que la mammographie, seront pris en charge.

En outre, il sera interdit de fixer dans les contrats un plafond du montant des remboursements que l'assurance est susceptible de verser au cours de la vie d'un assuré. Les variations de primes demandées aux assurés et à leurs employeurs en fonction de différents critères tels que l'âge, la taille de la famille, le lieu de résidence, la présence de facteur de risque, seront soumis à un contrôle dans chaque État [6].

Toutes ces dispositions durcissent la réglementation du marché de l'assurance santé ; elles n'ont été acceptées par les assureurs que parce que la réforme a abandonné l'idée d'une assurance publique qui n'aurait, par définition, pas utilisé les « astuces » des contrats privés et aurait pu leur enlever une part importante du marché. Mais cette nouvelle réglementation sera-t-elle appliquée ? Les occasions de contentieux ne manqueront pas.

Pour les personnes de plus de 65 ans, bénéficiant de *Medicare*, les failles actuelles dans le remboursement des médicaments seront réduites (*doughnut hole* de la section D). L'État fédéral investira dix milliards de dollars dans les dispensaires de quartiers pour améliorer la médecine de proximité et éviter les hospitalisations inutiles des plus pauvres (centres de santé communautaires). Toutefois, les interruptions volontaires de grossesses ne pourront pas être financées sur fonds publics, disposition sur laquelle B. Obama a dû s'engager pour rallier à sa cause les élus démocrates anti-avortement.

On attend de ces différentes mesures une plus grande sécurité pour les personnes qui disposent déjà d'une assurance. De plus, comme on l'a dit plus haut, dans chaque État, les assureurs devront communiquer le modèle de contrat et le montant des primes à une sorte de « bourse » permettant ainsi une meilleure concurrence et renforçant le poids des usagers face aux assureurs. Des *risk pools* (fonds collectifs financés par l'impôt pour la prise en charge des risques lourds) devront être mis en place dans chaque État avec le soutien financier partiel de l'État fédéral : beau terrain de querelles pour l'application !

Enfin, *Medicare* mettra en place une sorte d'assurance dépendance permettant aux personnes dépendantes de rester chez elle avec une allocution journalière pour payer des services à la personne à domicile.

3. Rationalisation du système sanitaire

Le système américain fonctionne avec beaucoup de gaspillages qu'une enquête récente chiffrait à plus de 700 milliards de dollars sur 2 500 milliards de dollars de dépenses de santé. Ce laxisme généralisé provient du mode de fonctionnement du système : les professionnels de santé créent la dépense qui est supportée par les assurances lesquelles ont peu de moyens et de volonté de discuter les tarifs et le bien-fondé desdites dépenses et les répercutent dans les primes. D'où le montant considérable des dépenses de santé.

C'est pourquoi la réforme Obama comporte plusieurs centaines de pages permettant la création ou l'expérimentation de tous les dispositifs que les Européens utilisent pour réguler leur système de santé : développement de la prévention, éducation thérapeutique des malades chroniques, analyse comparée de l'efficacité des traitements et élaborations de protocoles thérapeutiques standard rédigés par l'équivalent de notre Haute Autorité de santé, créée à cet effet. La lutte contre les fraudes générées par le fait que les programmes publics sont mis en œuvre par des assureurs privés, intermédiaires entre malades et soignants, peu regardants sur la dépense présentée au remboursement, sera intensifiée.

À titre anecdotique, on peut citer une mesure tendant à rendre obligatoire l'affichage de la teneur en calories dans les menus des *fast food*. Une nouvelle agence, le *Center for Medicare and Medicaid innovation*, disposera

d'un budget important pour engager des expérimentations : informatisation des dossiers médicaux, maisons médicales pluridisciplinaires.

On attend de ces mesures des économies dans le fonctionnement du système de santé mais celles-ci n'ont rien d'évident car on ne touche pratiquement pas aux moyens d'action des programmes publics sur les tarifs des prestataires de soins comme sur le prix des médicaments.

4. Accroissement des ressources

En dehors des pénalités pour non-assurance frappant employeurs et salariés, énumérées plus haut, la réforme prévoit de taxer les titulaires de contrats haut de gamme, payés par les entreprises, ainsi que les laboratoires pharmaceutiques et fabricants de dispositifs médicaux. Les cotisations affectées à *Medicare* seront augmentées, passant de 1,45 à 2,35 % pour les très hauts salaires ; une taxe de 3,8 % est introduite sur les revenus du capital des titulaires de revenus élevés.

La réforme devrait coûter 900 milliards de dollars sur dix ans ; elle ne devrait pas peser sur le déficit budgétaire de l'État fédéral à condition que les économies entraînées par la rationalisation du système de santé soient au rendez-vous.

CONCLUSION

B. Obama a remporté une victoire en faisant voter une réforme de l'assurance maladie américaine, alors que ses prédécesseurs avaient échoué. Certes, celle-ci est incomplète dans la mesure où elle ne modifie pas l'architecture générale du système, ni sa faible régulation. Autant dire que le problème du financement referra surface assez rapidement.

Mais, malgré son caractère de compromis, cette réforme divise les Américains. Les républicains ont fait de cette réforme un argument central pour gagner les élections à la Chambre des représentants en novembre 2010.

C'est ainsi qu'on a pu voir se développer dans l'Amérique profonde un courant populiste baptisé *Tea party* en référence à la révolte des colons anglais du Nouveau monde contre la couronne britannique qui avait institué des taxes sur les importations de marchandises dans les colonies : en 1773, trois cargaisons de thé avaient été jetées à la mer dans le port de Boston, marquant le début de la nation américaine.

Ce mouvement des *Tea party* s'insurge contre la réforme du système de santé d'Obama qui, à ses yeux, accroît les pouvoirs de l'État – « c'est du socialisme » – et les dépenses publiques. Ce mouvement sera-t-il une vague éphémère ou débordera-t-il le parti républicain sur sa droite, l'obligeant à adopter une attitude plus rigoureuse et revenir à un libéralisme plus strict comme avant la crise ?

La réforme d'Obama est-elle la goutte d'eau qui a fait franchir la frontière invisible qui borne outre-Atlantique la sociale démocratie acceptable ?

En effet, le président Obama a perdu les élections de *mid term* (mi-mandat) : la Chambre des représentants est devenue largement républicaine ; le Sénat conserve une courte majorité démocrate.

Pourquoi ce revers pour un président qui incarnait en 2008 le renouveau ? Essentiellement à cause de la crise qui se traduit par un chômage élevé (près de 10 % de la population active : du jamais vu outre-Atlantique) et un déficit budgétaire considérable (9 % du PIB en 2010). Pour lutter contre la crise, le président a dû lancer un plan de relance et réguler les activités financières, ce qui a accru le rôle de l'État fédéral dans l'économie et ce qui déplaît à un grand nombre d'électeurs : d'où le mouvement des *Tea party*.

Mais la réforme de la santé a également joué son rôle sur ce plan. On a beaucoup entendu les défenseurs du *statu quo* et peu les bénéficiaires, d'autant plus que la réforme est étalée dans le temps. Leurs demandes des mesures d'application sont contestées par les républicains.

Ceci dit, la cohabitation d'un président démocrate avec un Congrès en partie républicain n'est pas une situation inédite : ce fut le cas en 1994 pour B. Clinton mais aussi en 1966 pour L. Johnson et 1946 pour H. Truman, et cela ne préjuge en rien la réélection de B. Obama en 2012. On voit, en effet, se déployer une version démocrate du mouvement des *Tea party* sous forme de manifestation de jeunes, dans toutes les grandes villes qui protestent contre l'inaction du gouvernement fédéral à l'égard de Wall Street et des lobbies qui dictent leur vote aux membres du Congrès. Ces jeunes « indignés », qui se sont donné un slogan, *Occupy Wall Street*, protestent contre les banques qui sont à l'origine de la crise financière (les *subprimes*), contre la croissance du chômage et des inégalités. Si ce mouvement, qui a débuté à New York et à Washington en octobre, prend de la consistance, nul doute que le président ne prenne appui sur lui pour sa campagne électorale de 2012.

Celui-ci devra donc, pendant les deux ans qui lui restent, manœuvrer habilement ; un droit de veto protège la loi ACA que les républicains voudraient abroger mais la Cour constitutionnelle pourrait sanctionner le principe de l'assurance rendue *de facto* obligatoire du fait de la cotisation en pourcentage du revenu comme pénalité pour les récalcitrants. En outre, la procédure de « réconciliation » suppose que, chaque année, les dépenses fédérales provoquées par la réforme fassent l'objet d'un vote, ce qui fait planer une grande menace sur celle-ci. C'est ainsi que le financement de *Medicare* [7] se retrouve au centre du débat entre les républicains et le président Obama quand celui-ci veut obtenir en juillet 2011 le relèvement du plafond de la dette publique. Les premiers exigent une réduction des dépenses publiques et refusent toute hausse des impôts ; le président veut sauvegarder sa réforme de la santé et souhaite

augmenter les impôts des plus riches. Pour obtenir *in extremis* un accord avant la date limite pour le relèvement du plafond de la dette publique (2 août 2011) et donner aux marchés un signe montrant que les États-Unis veulent revenir à l'équilibre budgétaire, il a fallu que le président accepte une réduction des dépenses fédérales non sanitaires et renonce à toute hausse de fiscalité.

En outre, B. Obama a renvoyé à une commission bipartite le soin de proposer des mesures pour la réduction des déficits publics en 2012 et au-delà : la réforme de la santé ne sera plus intouchable.

Pour en finir avec les tentatives de bloquer sa mise en œuvre, la Maison Blanche a demandé, en octobre, à la Cour suprême de trancher. Lancée dès le lendemain de son adoption, la vague des recours juridiques s'est peu à peu focalisée sur un enjeu : l'obligation faite par la loi, à tout Américain, de disposer, à terme, d'une assurance maladie sous peine de sanctions financières.

Dans sa requête, B. Obama fait référence aux grands antécédents (loi sur la couverture retraite et l'assurance chômage, les droits civiques et le vote des Noirs) qui tous ont été contestés par les républicains pour inconséquentialité. Le président affiche sa certitude que la Cour donnera de nouveau raison au progrès.

La Cour est aujourd'hui très divisée avec une majorité conservatrice de cinq contre quatre ; elle pourrait rendre son verdict d'ici à juin 2012, soit six mois avant l'élection présidentielle. Sa décision confortera la réforme ou lui portera un coup décisif.

La victoire qu'a remportée B. Obama en faisant voter sa réforme du système de santé ne serait-elle pas une victoire à la Pyrrhus ?

RÉFÉRENCES

1. Tabuteau D, Rodwin V. *À la santé de l'Oncle Sam : regards croisés sur les systèmes de santé français et américains*. Paris : Jacob-Duvernet ; 2010.
2. Prieur Ch. *Le système américain. Financer nos dépenses de santé : que faire ? 1^{re} éd.* Paris : L'Harmattan ; 2011. p. 209-34.
3. Sauviat C. *Une réforme de la santé en demi-teinte – La chronique internationale de l'IRES (Institut de recherches économiques et sociales)*. 2010;(124):9-12.
4. Kaiser family foundation. *Focus on health reform* [www.kff.org/healthreform].
5. Rodwin V. *L'assurance santé aux États-Unis : la réforme Obama*. *Les Tribunes de la santé*. Seve. 2010;(28):73-82.
6. Drucker J. *La réforme de la santé aux États-Unis*. *Actualité et Dossiers en Santé Publique*. 2010;(71):9-12.
7. Baicker K, Chernew ME. *The economics of financing Medicare*. *N Engl J Med*. 2011;365(4):e7.