



Les sept travaux d'Obama

Note flash 1

21/09/09 • Contributeurs : Romain Huret et Vincent Michelot / Observatoire des politiques Obama

Pour la première fois depuis son élection de novembre 2008, le président Barack Obama est confronté à une forte résistance à l'égard de ses choix de gouvernance. Alors que le plan de relance économique n'avait guère suscité d'opposition, la réforme du système de santé éveille des interrogations au sein de ses propres partisans, réveille l'opposition conservatrice et met en veille la courtoisie des débats adoptée comme ligne de conduite par les dirigeants politiques. Toutefois, réduire l'enjeu de la réforme à une opposition binaire entre les forces progressistes d'un côté et les militants conservateurs serait caricatural. Les difficultés actuelles s'expliquent à la fois par l'ambition de la réforme, le malaise social qu'elle suscite et les réserves budgétaires qu'elle provoque. Pour rendre possible l'adoption de la réforme, les réformes sont au nombre de sept :



White House, par Pete Souza.

▼ Barack Obama lors de son allocution sur la réforme du système de santé au Congrès.

1. Un service public efficace ?

A l'origine de la réforme se trouve un élément central : **la possibilité de mettre en place un service public de couverture santé pour tous les Américains.** L'administration démocrate espère démontrer que la gestion par le privé de l'assurance maladie a conduit à une inflation importante et surtout incontrôlée des coûts de santé. Le double objectif de la réforme est donc à la fois de **faire baisser le nombre d'Américains non assurés et de maîtriser les coûts de santé.** Cela n'est possible que par la création d'une troisième forme d'assurance publique (on rappellera que le Medicare couvre TOUS les Américains âgés de plus de 65 ans et que le Medicaid, lui, assure ceux qui ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté défini par l'Etat fédéral) qui compte suffisamment d'affiliés pour disposer d'un pouvoir de levier et de négociation avec les groupes hospitaliers et pharmaceutiques privés, mais aussi par une régulation du marché qui empêche les assurances privées d'interrompre leur couverture en milieu de traitement ou encore de dénier le droit à l'assurance sur la base d'un risque important dans le dossier médical.

2. Une assurance pour tous ?

L'enjeu est considérable puisqu'il concerne environ 70 millions d'Américains (46 millions n'ont AUCUNE assurance ; 25 millions sont sous-assurés (underinsured)). La situation s'est détériorée à cause de la crise économique dans la mesure où peu d'assurances maladie sont « portables », ce qui signifie le plus souvent que la perte d'emploi s'accompagne de la perte de couverture. Selon des estimations, plus de trois millions de personnes ont perdu la possibilité de payer leurs frais médicaux en raison de licenciements. Le monde ouvrier et les personnes âgées sont les plus touchées. Plus généralement, en raison du coût potentiel de la réforme, tous les Américains sont potentiellement concernés. En effet, les retraités craignent que l'Administration Obama et le Congrès ne fassent des économies sur le Medicare et ceux qui sont assurés dans le privé craignent une augmentation de leurs cotisations qui serait liée à de nouvelles obligations légales pour les compagnies d'assurances. En d'autres termes, il existe cette idée que plus de régulation et plus d'Etat pourraient forcer le privé à « se payer sur la bête », c'est à dire les assurés.

3. Une opinion publique réticente ?

L'histoire a démontré que **les réformes des systèmes de santé sont particulièrement anxiogènes car elles mettent en jeu la vie quotidienne des Américains et le rapport complexe à la retraite et à la mort.** En 2005, George W. Bush avait échoué dans sa croisade destinée à privatiser la sécurité sociale. De plus, chaque réforme demeure fortement technique et bureaucratique, et renforce donc les craintes, plus importantes qu'en France, de l'opinion publique par rapport à l'Etat. Au-delà des mobilisations attendues des militants conservateurs, dont on peut dire qu'elles sont très largement artificielles (à tel point qu'on les qualifie, par opposition au phénomène de mobilisation *grassroot*, de mobilisation *astroturf*, du nom des terrains synthétiques du football américain) il semblerait que les populations les plus fragiles, notamment les personnes âgées, craignent pour la pérennité du système public. Le discours du 9 septembre avait principalement pour objectif de les rassurer, mais aussi de redire aux millions d'Américains qui sont satisfaits de leur couverture que la réforme ne les affectera pas.

4. Des PME dans la bataille ?

Suivant les préceptes de Valérie Jarrett, l'une des conseillères les plus influentes à ses côtés, **Barack Obama cherche à inclure les PME dans le dispositif car elles rencontrent souvent des difficultés à proposer à leurs employés des programmes viables d'assurance santé** puisqu'elles ne disposent pas de la puissance d'achat des très grosses entreprises. Mais pour y parvenir et ne pas renier ses promesses de campagne de ne pas augmenter les impôts, le Président Obama doit passer par le biais d'incitations fiscales plutôt que d'imposer une obligation de couverture qui serait vécue comme « socialisante ».

5. Où trouver l'argent ?

La simple mise en œuvre du programme en l'état devrait coûter entre 1,3 et 1,8 milliards de dollars selon les estimations de Kenneth Thorpe, spécialiste des questions sociales, ancien conseiller de Bill Clinton. Dans son discours du 9 septembre le Président Obama parle d'un coût de fonctionnement d'environ 900 milliards de dollars sur 10 ans. Comment trouver le financement ? Dans la mesure où Obama a promis de ne pas dégrader les finances publiques, plusieurs pistes se proposent à lui : **réduire les coûts de fonctionnement des programmes Medicare et Medicaid ; limiter les niches fiscales favorables aux employeurs imposer une nouvelle taxe sur les compagnies d'assurance, en particulier sur les polices les plus onéreuses ; créer un nouvel impôt** : taxe sur les sodas ? Sur le long terme, en combinant une meilleure prévention, l'abaissement des coûts de gestion par la création d'un dossier médical électronique unique, un moindre recours à la « médecine défensive » - ce qui passerait par un plafonnement des dommages et intérêts pour les procès pour faute médicale (*malpractice*), une vieille demande des élus républicains - et une plus grande concurrence offerte par l'option publique, le Président Obama espère contenir les coûts.

6. Convaincre les compagnies d'assurance et les lobbys médicaux ?

En coulisse, les négociations ont lieu depuis de nombreux mois entre le lobby de la santé et l'administration Obama. Si l'option publique voit le jour, elle doit être négociée au mieux avec les assureurs privés. Il s'agit là pour Obama d'éviter une répétition de l'échec de 1993 de l'Administration Clinton mais aussi clairement de fissurer le bloc d'opposition à la réforme en garantissant par exemple aux groupes pharmaceutiques un plafonnement des taxes ou des coûts supplémentaires, ou encore en jouant sur l'augmentation potentielle de leur nombre de clients lorsque plus d'Américains seront couverts. En fin de compte, **si l'opposition est aussi forte c'est tout simplement que l'on assiste à un changement de paradigme sur le rôle de l'Etat**. Aujourd'hui la régulation par la puissance publique a pour principal effet de garantir et de protéger les revenus des acteurs privés de la santé ; demain Barak Obama voudrait que la régulation assure l'égalité des individus devant la maladie. Comme lors du New Deal, on inverse donc la priorité entre droits économiques et droits individuels.

7. Convaincre les élus du peuple ?

En confiant le projet de loi au Congrès, Obama a voulu éviter les erreurs d'Hilary Clinton en 1993 qui avait présenté aux élus un plan clé en mains. Il a néanmoins mis les pieds dans une machine complexe qui a toujours su émettre les grands projets. Cette technique du salami, comme l'appelait Wilbur Cohen, l'un des pères fondateurs de la sécurité sociale américaine, a toujours accouché de programmes catégoriels, ciblés autour de populations spécifiques. Examiné par cinq commissions, voté par des élus, plus ou moins réticents, le projet risque de passer au hachoir du Congrès. Pour autant, la difficulté réside dans l'hésitation entre la mise en place d'une nouvelle forme de collaboration entre Congrès et Présidence après des années de déclin parlementaire et la volonté de protéger à la fois les élus démocrates modérés lors des législatives de 2010 et les Républicains modérés dont le Président a besoin, notamment sur les questions de défense, en Irak et surtout en Afghanistan. Par ailleurs, avec ce projet d'une complexité extraordinaire on touche les limites de la démocratie participative. En effet, autant il est facile de contre-mobiliser en caricaturant, autant il est presque impossible d'utiliser les nouveaux réseaux du politique pour soutenir le projet.

En raison de son ampleur et des difficultés qui l'accompagnent, la réforme du système de santé constitue une épreuve de force sans précédent pour l'administration Obama. **En cas de succès, c'est un nouveau contrat social qui sera proposé à des millions d'Américains.** En cas d'échec, le statu quo prolongera cet étonnant paradoxe de la première puissance du monde incapable d'offrir des soins médicaux et dentaires à ses citoyens les plus pauvres. Mais il marquera aussi les limites politiques à la fois du président et du parti démocrate qui n'auront pas su traduire leur victoire électorale en capacité à gouverner.

70 millions
d'américains
concernés

À lire aussi...

Historien des Etats-Unis, Romain Huret vient de publier

◆ **La fin de la pauvreté ? Les experts sociaux en guerre contre la pauvreté (1945-1974)**
aux éditions de l'EHESS.

Vincent Michelot est professeur à l'IEP de Lyon.
Dernier ouvrage paru :

◆ **Le Président des Etats-Unis : Un pouvoir impérial ?**
Découvertes Gallimard, 2008