



23 mai 2004 - Focus

Réformes

Le modèle bushien d'assurance sociale

Le système de sécurité sociale états-unien classique prévoyait la souscription d'assurances privées par les travailleurs et le recours à l'aide sociale pour les autres. Le système devait être favorable aux consommateurs, mais George W. Bush l'a fait exploser. En trois ans, les primes d'assurance maladie ont augmenté de 48%. Incapables de faire face, 15% des États-Uniens ont renoncé à s'assurer. Déjà 20 millions de salariés à plein temps sont privés de toute couverture sociale. Grassement financée par les grands laboratoires pharmaceutiques, l'équipe Bush œuvre à l'extension de son modèle au reste du monde.



Le système de santé aux États-Unis, qui couvre 127 millions de travailleurs, est un subtil mélange d'intérêt public et d'intérêts privés. Il n'y existe pas d'assurance nationale maladie comme en Europe, et les salariés sont invités à se garantir auprès de compagnies privées ou à quémander une aide sociale. Seules les personnes âgées et invalides peuvent bénéficier du programme fédéral Medicare, conçu en 1965 par l'administration Johnson pour assurer la prise en charge des hospitalisations et des prestations supplémentaires. Les grandes firmes pharmaceutiques, qui financent largement les campagnes politiques des élus, ont demandé - et obtenu grâce à George W. Bush - une refonte du système. Une réforme qui leur a permis, notamment, de démanteler tout le contrôle des prix normalement imposé, dans tout État social, par le pouvoir politique.

Le prix des médicaments : un enjeu stratégique

En Europe, en Australie ou ailleurs, où les dépenses de santé sont prises en charge par l'État, celui-ci contrôle le prix des médicaments et des prestations pour ne pas rembourser de services surfacturés et conserver sa capacité de les payer. À l'inverse, aux États-Unis, la liberté accordée aux grands laboratoires pharmaceutiques de fixer librement le prix public de leurs médicaments rend impossible l'existence d'un système de sécurité sociale. On estime que l'extension de ce modèle au reste du monde provoquerait un doublement ou triplement des prix des médicaments sur le marché mondial.

Le système états-unien repose en effet sur « l'idée [de] faire gérer la Sécurité sociale par des assureurs privés en concurrence » [1]. Ceux-ci déterminent les médicaments qu'ils remboursent après en avoir négocié le prix avec les fabricants. Chaque médicament a donc

plusieurs prix : un très élevé pour le public en général, et des prix plus faibles, variables selon les compagnies d'assurance privées qui les payent. Lorsque l'assuré a besoin d'un médicament qui ne figure pas sur la liste de produits remboursés annexée à son contrat, il peut négocier avec son assurance une « *autorisation provisoire* ».

Dans la même logique, les compagnies d'assurance créent « *des réseaux de médecins et d'hôpitaux que leurs adhérents doivent obligatoirement consulter s'ils veulent être remboursés. Elles dictent aux médecins jusqu'à la durée de la consultation (et ont même obligé l'American Medical Association à changer les règles de l'éthique médicale)* » [2]. La politique de santé est donc peu à peu façonnée par des critères de rentabilité très éloignés des principes de la santé publique.

Des dépenses de santé en hausse constante

Contrairement à ce que prétendent des économistes pseudo-libéraux, le marché du médicament a besoin d'être fortement réglementé pour que la libre concurrence puisse s'y appliquer. Dans bien des cas, la demande est contrainte : il s'agit d'une question de survie. Le malade ne peut pas se permettre de ne pas prendre le médicament dont il a besoin et il n'existe pas de produits concurrents. Le fabricant peut alors lui vendre à n'importe quel prix. De même, dans bien des cas, l'offre n'est pas concurrentielle : s'il existe plusieurs médicaments rivaux, les fabricants sont si peu nombreux qu'ils s'organisent en cartels. Ils peuvent fixer leur prix par agrément entre eux et non pour répondre de manière équilibrée à la demande.

Le « *libéralisme* » du système de santé états-unien n'est qu'un slogan et son efficacité est une pure illusion : aujourd'hui, les dépenses de santé avoisinent les 15 % du PIB national, avec une prévision de 17,7 % en 2012. Par comparaison, la France y consacre un peu plus de 9 % de son PIB. Pourtant, d'après les statistiques de l'OCDE, le service global du domaine de la santé est moins bon aux États-Unis que dans la plupart des pays européens. Ce qui conduit à évaluer « *le surcoût de la prise en charge de l'assurance maladie par des assurances privées* » à un chiffre supérieur à 50 %.

Deuxième problème : la cartellisation de l'industrie pharmaceutique atteint les compagnies d'assurance privées. Leurs cotisations sont en hausse, et les entreprises qui y souscrivent pour leurs employés s'en plaignent. Les assureurs affirment qu'ils ne font que répercuter la hausse du prix des médicaments alors même qu'ils négocient les prix directement avec les fabricants. Les employeurs états-uniens, lassés de payer des primes tous les jours plus élevées, évoquent donc désormais un possible « *"détournement" de cet argent au profit unique des compagnies d'assurance* » [3]. En 2003, les primes d'assurance ont augmenté de 13,9 %, « *alors que les frais d'hospitalisation et de consultation n'ont augmenté que de 11% et le prix des biens manufacturés de 2,4% seulement* » [4]. Il s'agit, d'après la Kaiser Family Foundation, de « *la troisième année consécutive d'augmentation à deux chiffres* » [5].

Ce qui pose un problème en cascade au sein des entreprises qui souscrivent de telles assurances pour leurs salariés : la hausse des cotisations les incite à faire prendre en charge une part de plus en plus importante de celles-ci par leurs employés. En trois ans, les plans d'assurance maladie gérés par les employeurs ont subi une hausse de prix de 48 %. Du coup, « *près des deux tiers des grandes entreprises ont augmenté la participation de leurs employés aux coûts des plans de santé en 2003* » [6] : quand, auparavant, ceux-ci payaient un simple forfait mensuel, leur ouvrant accès au remboursement de leurs soins, ils sont aujourd'hui de plus en plus nombreux à s'acquitter d'un pourcentage du prix de leurs médicaments. Ainsi, « *les employeurs disent espérer que des travailleurs mieux informés et contraints à payer leurs médicaments plus cher auront tendance à demander des génériques ou des produits en vente libre à la place des médicaments sur ordonnance* ».

Les employés subissent donc une triple pression : celle de l'industrie pharmaceutique qui fixe des prix de plus en plus élevés, celle des compagnies d'assurance qui les répercutent tout en augmentant leur marge, et celle de leur employeur qui augmente la part salariale des cotisations. Incapables de faire face, certains d'entre eux sont contraints de renoncer aux assurances privées et de solliciter une aide sociale.

La hausse des prix des médicaments est bien réelle et, accompagnée de façon corrélative par la hausse des primes des assurances privées. De 1997 à 2001, le coût moyen du médicament est ainsi passé à 449 dollars par an, soit une augmentation de 50% en cinq ans.

La spirale inflationniste se nourrit elle-même. Pour inciter les assureurs privés à inscrire tel ou tel médicament sur leur liste des produits remboursés, les fabricants doivent les faire connaître et demander par les « *consommateurs* ». De même, pour conserver leurs marges, ils doivent imposer sur le marché de nouveaux médicaments, appelés à remplacer « *ceux qui ne sont plus, ou ne seront bientôt plus, protégés par un brevet* » [7]. L'industrie pharmaceutique a donc obtenu le droit de faire de la publicité dans les journaux et à la télévision. Elle y consacre 2,6 milliards de dollars par an. Un budget qu'il lui faut répercuter sur les prix.

Du coup, le nombre d'États-Uniens non assurés est passé à 43,6 millions en 2003, soit 2,4 millions de plus qu'en 2002 et 15,2 % de la population. On compte, parmi eux, 8,5 millions d'enfants, soit 11,6 % des moins de 18 ans. Plus inquiétant encore, le phénomène concerne également 19,9 millions de travailleurs à temps plein et devrait s'accroître dans les années à venir.

Une couverture sociale en peau de chagrin

Cette hausse des coûts a des conséquences sérieuses sur l'économie de la santé. Pour y faire face, un nombre croissant de d'assurances refuse de rembourser les médicaments les plus chers si le patient n'a pas au préalable tenté de se soigner grâce à un traitement moins coûteux à base de génériques. Exemple de médicament non remboursé : le Zetia, parce qu'il existe d'autres anticholestérols tel que la Lovastatine, version générique du Mecavor. De même, la Claritine, désormais en vente libre, permet à certains organismes de refuser de rembourser d'autres antiallergiques tels que l'Allegra, le Zertex et le Clarinex.

Du coup, les dépenses de santé, qui subissent depuis plusieurs années une croissance à deux chiffres, sont en train de ralentir : le nombre des ordonnances a augmenté de seulement 3 % en 2003, contre 5% au seul premier trimestre de 2002. Ceci s'explique, d'une part, par le refus d'un certain nombre de patients de soigner ce qu'il y a de moins urgent (de nombreuses opérations du genou ont ainsi été décommandées, de même que des traitements anti-grippe). D'autre part, ce léger reflux serait lié au déclassement de la Claritine, qui a réduit les demandes de remboursement des autres antiallergiques. Le même phénomène pourrait bientôt toucher les médicaments liés aux ulcères et aux douleurs d'estomac, puisque le Prilosec, médicament d'usage courant, devrait bientôt lui aussi être mis en vente libre. Mais, d'après Milt Freudenheim, « *ce genre de baisse est illusoire* » [8] : en effet, « *quand les médicaments déclassés ne sont plus couverts par les assurances, ce sont les consommateurs qui paient. Ce sont donc eux qui font les frais des économies réalisées par les assurances* ».

« Balkaniser » Medicare

Pour compenser la violence du système, il existe cependant deux programmes fédéraux visant à donner une couverture sociale partielle aux plus faibles : Medicare pour les personnes âgées et les invalides, et Medicaid pour les démunis. L'existence de ce filet de sécurité gêne la politique commerciale des grands groupes pharmaceutiques. Aussi se sont-ils appliqués, sous la mandature de George W. Bush, à les réduire en miettes.

Pour empêcher l'organisme fédéral de venir perturber leur jeu, les laboratoires ont fait modifier la loi : il est interdit à Medicare de négocier les prix des médicaments et d'établir des règles limitatives d'usage. L'administration doit toujours payer le prix fort, tandis que les assureurs privés ont le monopole du marchandage. En outre, les laboratoires, qui disposent de nombreux relais au Congrès, ont obtenu le plafonnement du budget de Medicare à 400 milliards de dollars sur dix ans, de 2006 à 2016.

Enfin, le système fédéral est balkanisé et le service public est sous-traité par des compagnies privées. Faire des économies devient donc une nécessité : Robin Toner cite ainsi le cas de Secure Horizons, « *une grosse société Medicare de Californie [qui] ne couvre plus que les génériques dans la plupart de ses plans* ». L'accès aux soins se retrouve ainsi sacrifié par le service public au nom de l'équilibre budgétaire au moment où les usagers sont de plus en plus nombreux.

Le programme d'aide sociale aux plus démunis, Medicaid, est débordé par l'afflux de non-assurés. En 2002, 10,5 millions des pauvres administrativement enregistrés (qui représentent à peine 30 % de ceux qui vivent sous le seuil de pauvreté) ne disposaient d'aucune assurance maladie.

Ce problème suscite l'inquiétude d'une partie de la population, qui se sent menacée par les

réformes successives, qui rognent un peu plus à chaque fois les restes de l'État providence rooseveltien. Un sondage CNN-USA Today indiquait en 2003 que 43% des citoyens états-uniens considèrent comme « *décisive* » la position des candidats à l'élection présidentielle sur les systèmes sociaux. Une question moins importante que le terrorisme et la situation économique, à leurs yeux, mais plus que l'environnement ou l'impôt [9]. L'administration républicaine commence donc déjà à formuler des solutions : le clan Bush propose d'accorder des réductions d'impôts aux non-assurés, afin qu'ils puissent s'offrir une assurance. Une manne fournie par l'État et qui tomberait directement dans l'escarcelle des grandes compagnies d'assurance.

Loin d'agir en fonction des intérêts de sa population et de constater l'échec de ce système, le gouvernement des États-Unis tente de l'imposer au monde entier, en même temps que l'idéologie qui le sous-tend. À chaque fois qu'il négocie des accords commerciaux dans le domaine scientifique et médical, Washington promeut les intérêts de ses grands laboratoires et tente d'imposer la libre fixation des prix des médicaments sur le marché national. Ce qui a une conséquence inévitable : comme l'écrit Philippe Pignarre, dans sa présentation d'*A la santé des Américains*, « *pour libérer les prix des médicaments, il faut amener les États à démanteler leur système de couverture sociale nationale. Ou, inversement, en démantelant la Sécurité sociale, on rend possible une future libération des prix des médicaments* ».

Un lobbying payant auprès de l'administration Bush

On comprend mieux la prévenance de l'administration Bush à l'égard de l'industrie pharmaceutique lorsqu'on observe l'importance de celle-ci dans le financement de la campagne des Républicains en 2000 et 2002. Les cinq plus gros contributeurs au financement politique issus de l'industrie pharmaceutique - Pharmaceutocal Research & Manufacturers of America (PhRMA), Bristol-Myers Squibb, Pfizer, Pharmacia Corporation (absorbée, depuis, par Pfizer) et Eli Lilly - ont consacré 87 % de leurs dons, soit 11,2 millions de dollars, aux comités nationaux républicains, contre 1,7 millions de dollars aux Démocrates [10]. Individuellement, Pfizer représente le quatrième donateur du Parti républicain, PhRMA le quatorzième et Bristol-Myers Squibb le seizième.

Dans une déposition sous serment effectuée en 2002, la représentante légale de PhRMA, Judith Bello, a explicité les raisons de ce soutien à un seul des deux partis : selon elle, les Républicains seraient tout simplement « *souvent plus favorables à des approches en termes de marché* », et non de santé publique. Le *Washington Post* a révélé comment, au cours des dix dernières années, la société avait dépensé plus d'un milliard de dollars pour « *influencer le processus décisionnel à Washington* », en louant les services de plus de 600 lobbyistes, dont de nombreux anciens parlementaires. Mi 2003, le *New York Times* a également révélé, sur la base de documents confidentiels internes à PhRMA, que l'organisation de lobbying projetait de dépenser, cette année-là, 150 millions de dollars au niveau étatique, fédéral et international, soit une augmentation de 23 % par rapport à 2002. Le but étant, selon un mémo interne, de lutter contre la « *diabolisation de*



l'industrie » qui menacerait « *d'accroître sa vulnérabilité* ». Comme le note Charles Lewis, du Center for Public Integrity, « *quelques semaines à peine après que ces documents ont remonté à la surface, le Congrès a fait passer* » une législation en tout point semblable à celle décrite dans le memo, avec le soutien de la Maison Blanche. Une décision saluée comme il se doit par Alan Holmer, le président de PhRMA (photo) : « *Nous applaudissons le Sénat et la Chambre pour leur action* », déclara-t-il à cette occasion [11].

Cette proximité entre laboratoires pharmaceutiques et administration républicaine est attestée par la composition actuelle de l'équipe Bush. Le secrétaire à la Défense, Donald Rumsfeld, a dirigé Searle (devenu Pharmacia), de 1977 à 1985, puis Amylin Pharmaceuticals et Gilead Science. De son côté, Mitch Daniels, directeur de l'Office of Management and Budget (équivalent états-unien du ministre du Budget), a siégé au comité directeur de la société Eli Lilly.

À l'heure où les responsables politiques français de l'UMP prévoient une importante réforme de la Sécurité sociale, il semble pertinent de rappeler que l'exemple des États-Unis version Bush, si souvent cité avec complaisance par les théoriciens pseudo-libéraux de l'Hexagone, n'est pas nécessairement un modèle à suivre [12].

Paul Labarique

[1] Préface de *A la santé des Américains ! Les risques de la privatisation*, rédigée par Philippe Pignarre, Les empêcheurs de penser en rond, 2004.

[2] *Ibid.*

[3] *Ibid.*

[4] « Employees Paying Ever-Bigger Share for Health Care », par Milt Freudenheim, *New York Times*, 10 septembre 2003.

[5] « Boiling Brew : Politics and Health Insurance Gap », par Robin Toner, *New York Times*, 30 septembre 2003.

[6] « Employees Paying Ever-Bigger Share for Health Care », op.cit.

[7] « Workers Paying a Larger Share for Drug Plans », par Milt Freudenheim, *New York Times*, 12 juin 2003.

[8] *Ibid.*

[9] « Boiling Brew : Politics and Health Insurance Gap », *New York Times*, 30 septembre 2003.

[10] *The Buying of the President 2004 - Who's Really Bankrolling Bush and His Democratic Challengers - and What They Expect in Return*, par Charles Lewis, Center for Public Integrity, 2004.

[11] *The Buying of the President 2004*, op.cit.

[12] Sur les projets de réforme de la sécurité sociale française, le lecteur se reportera à deux numéros de la revue *Combat* : « **Vive la sécu !** » (septembre 2003) et « **Santé : Qui décide ?** » (mars 2004).

Page d'origine : www.reseauvoltaire.net/article13965.html