

Zeitschrift: Domaine public
Herausgeber: Domaine public
Band: 34 (1997)
Heft: 1283

Rubrik: Santé

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 06.02.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

L'élixir de l'oncle Sam a un goût amer

Après l'échec de l'administration Clinton d'établir un plan de santé national, les États-Unis s'en sont remis aux mécanismes du marché pour contenir les coûts – exorbitants – de leur système de santé. Au cœur du système, les HMO, (Health Maintenance Organisations), devenus des médiateurs tout-puissants entre employeurs, hôpitaux, médecins et usagers.

DE L'AMÉRIQUE et de son système de santé, on retient généralement le scandale des gens sans assurance maladie, 10 à 15% de la population. Mais on oublie que la classe moyenne est généralement vernie en terme de santé; il est courant, lorsque l'on a un bon employeur (l'Etat, une grande compagnie) de payer moins de cent dollars par mois pour toute la famille pour l'assurance maladie. La couverture des frais médicaux (*health benefits*) par l'employeur pouvait atteindre, dans l'industrie automobile, par exemple, la couverture totale, pour les ouvriers, leurs familles et les retraités. D'après Lee Iacocca, dans le coût de production de chaque Chrysler, il y avait 900 dollars de frais de santé – le mettant ainsi en concurrence défavorable par rapport aux Japonais.

De l'idéalisme à la Bourse

Les coûts de la santé commencèrent à dérapier sérieusement à la fin des années 80 (entre 20 et 40% d'augmentation annuelle) et rien dans ce système libéral (choix du médecin, paiement à l'acte) ne permettait d'entrevoir un ralentissement des augmentations. La solution: les HMO. Ces groupements de santé existent depuis longtemps, mais ne couvraient, en 1985, guère plus de 10% des assurés; à la fin du siècle, 90% des Américains feront partie d'une HMO. Les HMO de la première génération, souvent fondées par des idéalistes, d'inspiration carrément socialiste, se vouaient à fournir des soins de santé à des frais réduits pour les indépendants ou petits employeurs.

Les HMO nouveau type sont cotées en bourse, versent des salaires mirobolants à leurs PDG qui se déplacent en jets privés, et par leur puissance peuvent faire marcher au pas aussi bien un hôpital universitaire qu'un pédiatre du désert. Dans un scénario fréquent, l'employeur qui doit maîtriser les coûts de la santé, fait appel à une HMO; celle-ci, à son tour, négocie avec hôpitaux, docteurs, pharmacies, laboratoires et notifie finalement à ses membres des conditions de couverture de frais. Les HMO ont donc des ressources fixes, et leur bénéfice provient des soins qui n'ont pas été prodigués; dans le jargon, c'est le *medical loss ratio*

– ce qui est donné aux soins médicaux est perdu pour nos actionnaires.

Du danger d'être malade

Dans l'ensemble, les Américains semblent satisfaits du système, parce que les coûts de la santé ont été effectivement maîtrisés. Les HMO sont très attentives aux soins de santé préventifs, vaccinations, mammogrammes, diététique, fitness, encouragement à arrêter de fumer, programmes qui coûtent bien moins cher que les traitements. Si vous n'êtes pas gravement malade, c'est un système excellent. Mais lorsqu'une maladie sérieuse se déclare, vous tombez dans les «3% des gens qui occasionnent 40% des frais médicaux» et vous, tout comme votre docteur traitant, êtes alors confrontés à un assureur qui veut minimiser les frais.

Et il sait le faire. Quelques exemples: Dans le cancer du sein (avancé) refuser un traitement coûteux (transplantation de moelle osseuse) à l'issue incertaine; suggérer fortement aux cancérologues ou services de ne pas proposer certains traitements. Pour les urgences, obliger les assurés à passer par une autorisation formelle, imposer l'hôpital où se diriger – même s'il est éloigné. Pour les opérations du cœur, imposer l'endroit où l'opération doit se faire, même si le service a un médiocre taux de survie post-opératoire. Pour tous, réduire la durée du séjour hospitalier à une durée établie statistiquement.

Et le pédiatre idéaliste? Pour garder ses patients, il doit joindre un maximum d'HMO (à travers un intermédiaire). Pour les patients HMO, il sera payé au forfait (dans un exemple concret, pour un enfant de moins de deux ans le pédiatre recevra... 44\$ par an pour toutes les visites!). Ce même pédiatre avait prescrit un antibiotique plus cher à un enfant, mais dont le conditionnement était en pilules plus petites et plus confortables à avaler; cet antibiotique est refusé, car quelques semaines auparavant cet enfant avait reçu une pilule laxative de taille équivalente à l'antibiotique bon marché. *ge*

George Anders, *Health against Wealth: HMOs and the breakdown of medical Trust*, 1996.