

<https://ugtg.org/spip.php?article1070>



Réforme de l'assurance santé aux Etats Unis : Le mal, en pire.

- Repères - Débattre -



Date de mise en lignemercredi 2 septembre 2009

Copyright © UGTG.org - Tous droits réservés

C'est du vol : les propositions au Congrès concernant le système de santé sont plus près de l'arnaque que de la réforme - Par Chris HEDGERS [1]

Les projets de régime d'assurance-maladie qui traînent autour du Congrès actuellement sont conçus pour forcer les assurés à acheter un produit défectueux, à savoir, une mauvaise assurance maladie.

▶ Taux de croissance depuis 2002 du prix moyen des primes d'assurance versées aux grandes compagnies d'assurance des Etats- Unis : **+87**

%

▶ Taux de croissance des bénéfices des dix plus grandes compagnies d'assurance : **+42,8%**

▶ Chances pour qu'une personne se retrouve ruinée à cause des dépenses de santé : **7 sur 10**

Source : *Indice Harper*, sept 2009

Les capitalistes, comme le dit mon ami, le père Michael Doyle, on ne devrait jamais les laisser s'approcher du système de santé. Ils prennent en otage les enfants malades en poussant les parents à la faillite dans leur course désespérée pour payer les soins médicaux. Les malades n'ont pas le choix. La santé n'est pas une marchandise. On peut choisir d'acheter une voiture d'occasion ou une neuve, de se servir dans une boutique de luxe ou dans un dépôt-vente, mais on n'a pas le choix entre la santé et la maladie. Et tout débat sur l'assurance maladie doit partir du principe que c'est le secteur privé de la santé qui pose problème et qu'il faut l'éliminer.

Voilà un secteur qui emploie des médecins et des analystes pour refuser des soins médicaux à des patients dans le but de générer des profits. C'est un secteur qui est la cause de la moitié de toutes les faillites, et les 20.000 Américains qui sont morts l'an dernier faute de soins appropriés accusent ces sociétés de complicité de meurtre.

Les discussions actuelles sur le régime de santé qui ont lieu au Congrès ne portent pas du tout sur les tribunaux de la mort [2], l'option publique [3] ou la médecine socialisée.

Le vrai débat, le seul qui compte, c'est de savoir combien d'argent les compagnies d'assurance, les laboratoires pharmaceutiques et les services de santé privés, assoiffés de sang, vont bien pouvoir récupérer avec la nouvelle loi sur l'assurance maladie. Les propositions de projets qui sont examinées par le Congrès sont toutes conçues pour entraîner une augmentation des bénéfices de ces sociétés et l'aggravation de la pauvreté pour l'Américain ordinaire.

L'état capitaliste, habilité à la fois par les Démocrates et les Républicains, est une fois encore en train de cannibaliser le ministère des finances. Il pousse une fois de plus les Américains, et, en particulier, les démunis et la classe ouvrière, à des niveaux de désespoir et d'exaspération qui continueront à alimenter les mouvements violents proto-fascistes qui surgissent en marge de la société américaine. Et les garde-fous traditionnels - les élus, la presse et les associations de citoyens - sont aussi inutiles que les dandys parfumés d'une époque ancienne qui occupaient leurs journées à intriguer à la cour de Versailles.

Le Canada [4] n'a jamais paru aussi attrayant.

Les Démocrates planchent actuellement de concert avec les lobbyistes des compagnies d'assurance, de l'industrie pharmaceutique et des fournisseurs d'assurance médicale privée pour élaborer la législation sur une couverture maladie.

"Les acteurs du secteur industriel et commercial sont dans la place, cette fois-ci" a déclaré David Merritt, directeur de projet au Center for Health Transformation de Newt Gingrich (républicain) "alors, il y a un vide à l'extérieur".

Et tous ces lobbyistes ont déjà éliminé une "option publique" viable et se sont assuré que rien dans les projets de loi ne barreront la route à leurs profits en hausse et à leur aptitude à abuser les gens.

"Ce sera, grosso modo, une loi gouvernementale qui vous imposera d'acheter leur produit défectueux" explique le professeur David Himmelstein, qui enseigne à l'école de médecine d'Harvard et qui a créé l'association "Physicians for a National Health Plan" (Médecins pour un régime de santé national).

"Ensuite, le gouvernement imposera une Ford Pinto [5] dans chaque garage, un jouet en plomb pour chaque enfant et des biscuits à la mélamine [6] pour chaque chien."

"L'assurance-maladie n'est pas une course vers le sommet, c'est une course vers le bas", m'a-t-il dit. "Pour gagner de l'argent, il faut duper les gens. Et si un programme de soins de santé public n'est pas destiné à abuser les patients, il va se retrouver avec les patients qui coûtent cher. Les cotisations augmenteront jusqu'à ne plus être concurrentielles. Les conditions qui ont été fixées pour ce projet comprennent une option publique bancaire. Dans le meilleur cas de figure, il y aura des dizaines de millions de personnes qui ne seront en définitive pas assurées et ce nombre grimpera au fur et à mesure que les gens n'auront plus les moyens d'avoir une police d'assurance privée."

La participation de ces sociétés privées à l'élaboration de la législation sur le régime d'assurance maladie n'a pas empêché des personnalités comme Rick Scott, l'ancien président directeur de la compagnie d'assurance maladie privée Columbia/HCA de chercher à faire avorter toute forme de projet. La compagnie de Scott a dû rembourser à l'Etat 1,7 milliards de dollars pour fraude - l'arnaque à l'assurance-maladie la plus importante de tous les temps - pour avoir escroqué le fisc de centaines de millions de dollars en surfacturant les soins médicaux. Scott, qui s'est rempli les poches essentiellement grâce à Medicare (assurance-maladie publique pour les plus de 65 ans, NDT), inonde actuellement les ondes avec sa campagne de pub de 20 millions de dollars pour inspirer la colère et la crainte à des millions d'Américains.

"Ils utilisent notre argent pour faire campagne contre nous" dit le professeur Himmelstein. "L'argent pour ces publicités provient des assurances privées qui prélèvent des frais aux malades.

[...]

Les Etats-Unis dépensent deux fois plus que les autres pays industrialisés pour les soins de santé - 7129 dollars par tête - alors que 45,7 millions d'Américains n'ont toujours pas d'assurance maladie et que des millions d'autres ont une couverture santé insuffisante. Actuellement, il y a 14.000 personnes qui se retrouvent chaque jour sans assurance maladie.

Un article dans le journal "Health Affairs" estime que, si le système reste tel quel, un dollar sur les cinq que dépenseront les Américains en 2017 ira à la couverture santé. L'administration et la paperasserie des assurances privées comptent pour un tiers, 31%, de chaque dollar consacré à l'assurance maladie.

Rationaliser les paiements en regroupant toutes les opérations dans un seul organisme à but non lucratif et géré par l'Etat [7] ferait économiser plus de 400 milliards de dollars par an - assez, souligne l'association "Physicians for a National Health Plan", pour offrir à tous les Américains une couverture des soins complète et de qualité. Mais cette loi (appelée : America's Affordable Health Choices Act of 2009) qui est proposée, au lieu de faire baisser les dépenses, augmentera le déficit budgétaire fédéral de 239 milliards de dollars sur une période de dix ans. Et si cela est très bon pour les intérêts privés, c'est très mauvais pour nous.

Les lobbyistes ont, comme ils l'ont fait pour le sauvetage scandaleux des banques et des sociétés d'investissement, détourné la législation pour escroquer le citoyen. Les cinq plus grandes assurances privées et leur groupe financier, America's Health Insurance Plans, ont dépensé plus de 6 millions de dollars pour faire du lobbying au cours du premier trimestre 2009. Pfizer, le leader mondial de l'industrie pharmaceutique, a dépensé plus de 9 millions de dollars au cours du dernier trimestre de l'année 2008 et des trois premiers mois de cette année.

Le Washington Post indique que jusqu'à 30 membres du Congrès des deux partis qui font partie de comités charnières détiennent des parts importantes dans des compagnies d'assurances privées pour une somme totale comprise entre 11 et 27 millions de dollars.

Le directeur de la politique de santé d'Obama qui rejette l'idée d'un organisme de santé unique géré par l'état, a été membre des conseils d'administration de plusieurs groupes privés de santé. Obama et les dirigeants du Congrès ont exclu du débat les défenseurs d'un organisme central public. La presse, y compris des journaux comme le New York Times, traitent de marginal le mouvement pour un organisme public unique. Les chaînes de télévision n'en parlent pratiquement jamais. Or, entre 45 et 60 % des médecins y sont favorables. Entre 40 et 62% de la population, parmi lesquels 80% de démocrates encartés, souhaitent aussi un organisme central public unique pour tous.

La capacité des sociétés privées de discréditer et de faire taire les voix qui représentent au moins la moitié de la population est une preuve supplémentaire désespérante de la puissance des intérêts privés.

[...]

Source & traduction françaises : [Des bassines & du zèle](#)

L'article en anglais : [It's Robbery : Health Care Proposals in Congress Look More Like a Rip-Off Than Reform](#) - By Chris Hedges, Truthdig. Posted August 24, 2009.

[1] **Chris Hedges** a été co-lauréat du "Pulitzer prize" pour une série d'articles publiés par le New York Times sur le terrorisme mondial. Il a écrit : Collateral Damage : America's War Against Iraqi Civilians ("dommages collatéraux : la guerre des Etats-Unis contre la population civile en Irak"). Il publie régulièrement des articles sur le site TruthDig et fait partie du "Nation Institute".

[2] **Tribunaux de la mort** : Sarah Palin, éphémère co-listière du candidat républicain à la présidence, bête, méchante et nuisible, a déclaré à propos de la réforme de santé que le système défendu par l'administration Obama impliquera un rationnement des soins dont les principales victimes seront *"les malades, les vieux et les handicapés"*.
"Mes parents ou mon bébé trisomique devront comparaître devant le 'tribunal de la mort' d'Obama".

[3] **L'option publique** : Obama avait promis pendant la campagne d'instaurer une option publique de l'assurance maladie qui aurait été accessible à tous les citoyens parallèlement au système du privé. Une sorte de compromis entre le régime de soins de santé universel et le système actuel donnant l'exclusivité aux intérêts privés, sauf pour Medicare et Medicaid (soins gratuits pour les plus démunis). Apparemment, c'est passé à la trappe. Rien d'étonnant à cela : les lobbys ne veulent pas entendre parler de système de santé payé par la solidarité nationale, ou, comme ils disent, de *"médecine socialisée"*. Et les lobbys ont été fort généreux avec Obama pour sa campagne. On ne va pas se fâcher pour des brouilles, hein ?
A noter : la réforme du système de santé avait également été entreprise par le duo Clinton en 1993. Mais une féroce campagne de dénigrement a fait capoter le projet qui a été rejeté par un Congrès pourtant à majorité démocrate. Pour cette nouvelle tentative, on ne peut donc pas sombrer dans l'optimisme béat.

[4] **Au Canada**, l'état garantit à tous les Canadiens et Canadiennes un accès ouvert et égal aux services médicaux.

[5] **Ford Pinto** : Pour combattre la compétition faite à Ford par Volkswagen et les compagnies japonaises, la compagnie décida de construire, à la fin des années 60, la Ford Pinto. Devant la force de la compétition, Lee Iacocca, président de Ford, exigea de ses ingénieurs de concevoir la Pinto en deux fois moins de temps que l'exige normalement la conception d'une voiture.

À la lumière de tests effectués avant l'entrée en production du modèle, les ingénieurs découvrirent que la voiture était très sensible aux collisions arrières : le positionnement et la mauvaise qualité du réservoir d'essence causaient presque à coup sûr l'incendie du véhicule. Ce qui signifie que les occupants d'une Pinto, ayant survécu au choc d'une collision, périssaient prisonniers du véhicule en flammes. Face à ce problème, les concepteurs trouvèrent plusieurs solutions pour éliminer tout risque d'incendie causé par un impact arrière mineur (gaine de caoutchouc autour du

réservoir, plaque protectrice entre le réservoir et le différentiel arrière, etc.). Le hic, c'est que dans la hâte de commercialiser le véhicule, la chaîne de montage avait été équipée en même temps que la conception du véhicule rendant ainsi tous changements de dernière minute extrêmement dispendieux à effectuer. Conscients des problèmes de la voiture, les dirigeants de la compagnie décidèrent quand même de mettre le modèle en vente.

Une fois sur le marché, les accidents et les incendies de Pinto se multiplièrent. Et au lieu de rappeler les véhicules pour que des modifications correctrices mineures soient apportées (l'installation d'une plaque protectrice de plastique entre le réservoir et le différentiel exigeait une dépense de 11\$ pour la compagnie), les dirigeants préférèrent nier le tout en bloc. En brandissant le risque de perte d'emplois, ils réussirent même à retarder pendant huit ans la mise en application de la loi américaine (Motor Vehicle Safety Standard 301) qui aurait rendu la Ford Pinto illégale. La compagnie alla même jusqu'à utiliser des Pinto vendues au Canada qui devaient répondre à des législations plus sévères, pour fausser les résultats des tests exigés par le gouvernement américain. Dans les calculs qu'elle avait effectués (voir analyse coûts-bénéfices), un rappel aurait été plus coûteux que les dédommagements qu'elle aurait eu à verser aux victimes et à leurs familles. En estimant qu'elle lui en coûterait 200,000\$US par victime, Ford s'était trompé monumentalement dans ses estimations et aurait eu tout avantage à rappeler ses véhicules. En 1978, un jury californien accorda la somme de 128 millions \$US à la famille d'une victime : ce montant représentait plus de deux fois la somme que Ford avait prévue pour toutes les poursuites et règlements hors courts. Et finalement, après plus de 500 morts, Ford décida en 1979 de lancer une campagne de rappel.

[6] **Des dizaines de milliers de bébés chinois** sont tombés malades et plusieurs dizaines sont morts d'avoir bu du "lait frelaté" du fait de la "mélanime" (et non "mélanine", comme souvent lu dans les journaux français), ajoutée au lait pour "booster" sa teneur en protéine.

[7] **Un seul organisme à but non lucratif et géré par l'Etat** : en anglais : "single-payer". Trop succinct pour être facile à traduire. Ce que demandent les militants pour un système de santé universel, c'est qu'il y ait une caisse publique chargée de centraliser tout ce qui concerne les soins de santé et non pas de multiples sociétés privées indépendantes - ce qui permettrait d'économiser suffisamment d'argent pour que chaque citoyen aux Etats-Unis puisse bénéficier de soins médicaux. Comme indiqué dans le texte, non seulement ce n'est pas à l'ordre du jour, mais cette revendication est passée sous silence. Evidemment, car pour le coup, les groupes privés prendraient sans doute carrément les armes pour défendre leur bifteck.

Précision : non seulement il y a ceux qui ne sont pas assurés, mais il y a aussi des millions d'autres qui ont une assurance de base qui ne couvre pas tous les cas de figures. Ainsi, par exemple, naguère, c'étaient les employeurs qui payaient l'assurance-maladie de leurs salariés, mais aujourd'hui, il y a de plus en plus d'employeurs qui s'en dispensent. Wal-Mart, le plus grand exploitateur aux US, outre le fait qu'il paie le salaire minimum pour des emplois souvent à temps partiel, n'offre pas l'assurance-maladie. Il a sa propre assurance privée qu'il vend à ses employés, mais comme elle est trop chère, ceux-ci sont contraints d'aller s'assurer ailleurs. S'ils le peuvent. C'est le choix qui s'offre à eux : mal assurés ou pas assurés du tout.