

Politiques de santé La lutte aux États-Unis

Elliott A. Krause

Volume 9, Number 1, avril 1977

La gestion de la santé

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001620ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001620ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

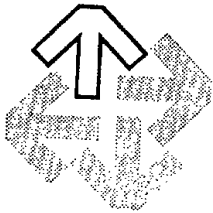
Cite this article

Krause, E. A. (1977). Politiques de santé : la lutte aux États-Unis. *Sociologie et sociétés*, 9(1), 107–126. <https://doi.org/10.7202/001620ar>

Article abstract

The nature of health services, and the level of health itself, are analyzed as a consequence of the political-economic context in which they are set. The American case is presented here, in an analysis of the general struggle over the benefits coming from control and ownership of the means of health care production, within the context of an advanced capitalist society. The American historical background is reviewed. Then three aspects of the struggle are presented: the struggle for control over work, the struggle to shape the service system, and the struggle over state functions in health. Poulantzas concept of the relative autonomy of the state in an advanced capitalist society is used in a theoretical summary, which concludes with an assessment of two future possibilities: a national health insurance system and a national health service.

Politiques de santé: La lutte aux États-Unis*



ELLIOTT A. KRAUSE

Il est impossible de comprendre la nature des services de santé et l'état de santé d'une population sans voir qu'ils s'insèrent dans une économie politique. Nous verrons dans cet article les grandes lignes du cas américain. Nous examinerons la dynamique générale qui résulte, dans une société capitaliste avancée, de la lutte pour les avantages issus du contrôle et de la propriété des moyens de production des services de santé, aussi bien que de la lutte encore plus fondamentale pour le contrôle et la propriété elle-même. On examinera d'abord rapidement le cas américain d'un point de vue historique, vu que les luttes actuelles découlent de résultats de luttes passées. Nous pourrions ensuite considérer trois aspects de la lutte: la lutte pour le contrôle du travail, la lutte pour façonner l'organisation des services, et la lutte à propos du rôle de l'État dans le domaine de la santé. Nous concluerons sur une reformulation de cette dynamique à partir du concept de Poulantzas du rôle de l'État dans une société capitaliste avancée**. Nous discuterons, à la lumière de cette analyse, de deux futures options pour le système américain de santé: un système public d'*assurance* et un système nationalisé *de*

*Traduction: Madeleine Robert

**Définition: La « classe capitaliste » est entendue ici comme un terme général et abstrait, qui recouvre la classe possédant et contrôlant le capital productif américain. On peut distinguer diverses fractions à l'intérieur de cette classe suivant le type de production (v.g. médicaments, acier) ou selon le type de relations à la circulation du capital (v.g. assurances, secteurs du capital financier). Les « secteurs capitalistes » veulent donc dire les fractions de classe qui possèdent chaque secteur. On ne prend pas ici pour acquis que la classe capitaliste agit toujours politiquement comme une unité.

services. On peut trouver une étude plus approfondie sur le sujet dans mon livre intitulé: *Power and Illness: the Political Sociology of Health and Medical Care*¹. Le peu d'espace qui nous est ici dévolu, ne nous permet que de faire ressortir les points saillants de l'analyse. Elle sera donc très simplifiée.

1. LE CAS AMÉRICAIN: ANTÉCÉDENTS HISTORIQUES

Les occupations, l'organisation des services et le rôle de l'État dans le domaine de la santé, ont, dans chaque pays, une histoire singulière. Celle du cas américain l'est d'autant plus que, même aujourd'hui, les domaines qui dans les nations les plus industrialisées ont depuis longtemps été socialisés, font, aux États-Unis, partie du secteur privé. Cette histoire crée des conditions particulières qui agissent à présent comme des forces qui bloquent le changement. Nous ne pourrions esquisser que rapidement et grossièrement l'évolution des occupations, de la structure de l'organisation des services et du rôle de l'État dans le domaine de la santé.

Au début et au milieu du dix-septième siècle, les colons puritains du Massachusetts voulaient fonder, dans le nouveau monde, une société utopique agricole, non commerciale, une « Cité sur la Colline », à la moralité intacte, épargnée par les problèmes inhérents à la montée du capitalisme. Les premiers ministres protestants eurent, à Leyden, une formation médicale aussi bien que théologique, afin d'être prêts à aider la première génération du nouveau monde². Certains documents nous laissent croire que lors de leur venue, les premiers Puritains en ont beaucoup appris auprès des Indiens dans le domaine de la santé, en particulier sur la nutrition. En ayant des ministres au lieu de médecins, ils ont, pendant deux décennies après la colonisation, reproduit le mode d'organisation des services du village anglais élisabéthain. C'est-à-dire qu'il y avait un médecin, un pharmacien ou un droguiste installés à l'occasion et un groupe important de praticiens de médecine populaire traditionnelle. Depuis le moyen âge, ce dernier groupe était, avant tout, composé de femmes qui jouaient, en outre, le rôle de sages-femmes et de « femmes sages » ou de conseillères psychologues et qui étaient les plus vulnérables quand il s'agissait de trouver des « sorcières » pendant les périodes de grande répression³. La période du colonialisme mercantile a immédiatement fait suite à celle des Puritains. Cette période a vu la montée de deux économies indépendantes, unies par le commerce: le capitalisme mercantile au nord et le capitalisme terrien fondé sur l'agriculture au sud, pour lequel les esclaves étaient à la fois composante essentielle du capital fixe et source de toute richesse. Pendant les périodes prérévolutionnaires, révolutionnaires et post-révolutionnaires, la classe dominante était composée, pour les deux types de capitalisme, par des propriétaires, qui créèrent le nouveau gouvernement de façon à minimiser le pouvoir du citoyen moyen⁴. Les temps post-révolutionnaires ont été, dans les états du nord et du sud, à l'origine de cercles de débats scientifiques,

1. Elliott A. Krause, *Power and Illness: The Political Sociology of Health and Medical Care*, New York, Elsevier, 1977.

2. Perry Miller, *The New England Mind: From Colony to Province*, Cambridge, Harvard University Press, 1953.

3. Barbara Ehrenreich et Deirdre English, *Witches, Midwives, and Nurses*, Old Westbury, Feminist Press, 1973.

4. Charles A. Beard, *An Economic Interpretation of the Constitution of the United States*, New York, MacMillan, 1935.

sur le modèle anglais des cercles royaux, et qui se transformèrent rapidement en clubs médicaux. Leurs membres travaillèrent de concert avec leurs amis et parents aux commandes des corps législatifs du nouvel État, pour créer un monopole en faveur des médecins. Cependant il n'était pas possible de faire appliquer les lois, car la majorité des colons ne pouvaient payer les frais demandés et, de toutes façons, ils vivaient dans des régions rurales où ces praticiens raffinés n'existaient pas. Ce monopole sur papier a persisté jusqu'à la période jacksonnienne, de 1820 à 1830, après quoi les lois qui limitaient la pratique médicale aux médecins licenciés furent abrogées par enthousiasme pour le populaire⁵. Bien que le contrôle économique soit solidement resté aux mains du capitalisme mercantile des nordistes et des planteurs sudistes, l'action de cette politique populiste sur les corps législatifs des états eut également pour effet de libérer les avocats de l'obligation d'un permis d'exercice⁶. Une autre transformation, typique de cette époque, a été la chute des églises établies et la montée de la religion sectaire évangélique même dans les états de la Nouvelle-Angleterre, comme le Connecticut⁷. Dans ce contexte et soutenues par cette idéologie, les professions de la santé proliférèrent et rivalisèrent, de façon non hiérarchique et sans intervention de l'État, pour attirer l'attention du client, et ce jusqu'à la révolution industrielle.

Il est indiscutable que la poussée du capitalisme industriel (contre le capitalisme mercantile) a été parallèle à la montée du pouvoir de la profession médicale moderne, sans pour autant qu'on puisse en déduire une causalité directe. En 1868, et par réaction au peu de considération accordée à la profession médicale orthodoxe, les médecins formèrent la « *American Medical Association* »⁸. Ils durent se démener pendant près de trente ans pour remettre en vigueur, état après état, la législation sur le monopole de la pratique. Mais déjà, la révolution scientifique qui stimulait aussi l'industrie, avait placé des instruments technologiques entre les mains des médecins. L'efficacité croissante de ces derniers, en partie à cause de l'utilisation de la nouvelle technologie, améliora leur prestige et donc leur force politique en tant que groupe de pression. De mentalité progressiste et réformiste jusqu'en 1920 environ, dirigée par des académiciens et non par des praticiens, la profession médicale américaine se réorienta dès la fin des années vingt, vers une politique systématique d'auto-protection de la profession. On peut penser que les industriels ont vu dans la médecine moderne et dans l'AMA en particulier, une source de profit grâce à l'amélioration de la santé et ainsi à l'augmentation de la productivité des travailleurs. Il est intéressant de remarquer que, par exemple, le rapport Flexner destiné à améliorer l'enseignement de la médecine aux États-Unis, a été financé par la fondation Carnegie, grâce à des fonds réunis par Andrew Carnegie, un éminent capitaliste américain⁹. De plus, la politique de la profession médicale de refus de l'intervention de l'État, en particulier celle de son aile conservatrice, en a fait une compagne utile de la classe capitaliste, qui partageait ce point de vue.

Pendant la Grande Dépression et à la naissance de l'État providence sous Roosevelt, la profession médicale de pair avec la puissante industrie américaine des assurances, s'est

5. Joseph F. Kett, *The Formation of the American Medical Profession: The Role of Institutions, 1780-1860*, New Haven, Yale University Press, 1968, 14-31.

6. Daniel H. Calhoun, *Professional Lives in America: Structure and Aspiration 1750-1850*, Cambridge, Harvard University Press, 1965.

7. George M. Waller, ed., *Puritanism in Early America*, Lexington, Heath, 1973.

8. Kett, *ibid.*, p. 165-180, et voir Calhoun, *Supra*.

9. Howard S. Berliner, « A Larger Perspective on the Flexner Report », *International Journal of Health Services*, 5, n° 4, automne 1975, 573-592.

opposée à toute intervention de l'État en particulier à la création d'un système public d'assurance-maladie financé par l'État¹⁰. Alors que certains secteurs de la classe capitaliste ont changé leur position à l'égard du rôle de l'État, la profession médicale, sauf une minorité, composée de professeurs d'université, n'a fondamentalement pas changé la sienne. Depuis la deuxième guerre mondiale il y eut de nombreuses transformations du contexte de travail, en particulier de larges centres médicaux se sont développés. Mais la formation des médecins reste encore essentiellement sous contrôle de la profession. Dans la plupart des états, les associations médicales privées contrôlent étroitement les bureaux publics chargés d'accorder des permis d'exercice, ce qui représente encore le principal organisme de contrôle sur les médecins.

L'histoire du système des services a été semblable à celle des emplois qu'ils impliquent. Examinons d'abord l'histoire générale. La jeune Amérique était, bien entendu, rurale. Le passage de l'Amérique rurale à l'Amérique urbaine a pris trois siècles. La population a augmenté à cause de l'urbanisation croissante dans le nord (due à la montée de l'industrie) et aussi à cause d'une concentration d'individus dans le sud (due à l'économie esclavagiste). Cette concentration de population a fait naître une demande pour des organisations de traitement de plus grande envergure. Celles-ci se sont inévitablement constituées de plus en plus selon le modèle bureaucratique. Cependant l'agrandissement des organisations n'a pas entraîné le même style de service, la même forme et le même type de système pour tous les pays. Alors qu'en France les hôpitaux parisiens ont très vite centralisé le système de santé, en Amérique celui-ci est resté décentralisé¹¹. Bien entendu, la situation en France est à présent plus compliquée, mais même de nos jours, le contraste entre un État français centralisé et une Amérique décentralisée, reste frappant.

Knowles montre clairement que dès le début, les hôpitaux américains ont été conçus pour les pauvres, tandis que la classe moyenne et les riches se faisaient traiter chez eux. Il était entendu qu'en échange de traitements gratuits, les pauvres donnaient leurs corps pour que les étudiants se fassent la main et que la science médicale avance¹². Les soins différentiels selon deux classes datent donc de longtemps aux États-Unis. Actuellement il y a un certain système d'hôpitaux et de cabinets pour la classe moyenne et un autre pour les pauvres. Les *cliniques médicales des ghettos* constituent la partie inférieure du système (ce sont souvent des installations de cabinets privés qui fonctionnent comme des usines et où les fonds publics, destinés au traitement des pauvres, sont rapidement absorbés dans une pratique qui accorde le minimum de soins à un maximum de patients par jour); plus encore se sont les *hôpitaux généraux publics* des quartiers pauvres de chaque ville américaine importante qui constituent cette partie inférieure du système¹³. La classe moyenne ne se rencontre pratiquement jamais dans ces endroits. Elle est servie d'ordinaire par un système séparé, composé d'hôpitaux privés à but non lucratif et (à but lucratif) ainsi que par des cabinets privés de docteurs situés dans des immeubles de bureaux médicaux en banlieue. Il y eut pendant les années soixante un léger souffle d'innovation pour de nouvelles organisations destinées aux pauvres, con-

10. Daniel S. Hirshfield, *The Lost Reform: The Campaign for Compulsory Health Insurance in the United States from 1932 to 1943*, Cambridge, Harvard University Press, 1970.

11. Erwin H. Ackerknecht, *Medicine at the Paris Hospital 1794-1848*, Baltimore, Hopkins Press, 1967.

12. John H. Knowles, *Hospitals, Doctors, and the Public Interest*, Cambridge, Harvard University Press, 1965.

13. Irving K. Zola et John B. McKinlay, *Organizational Issues in the Delivery of Health Services*, New York, Prodist, 1974.

créés en particulier par les « *Neighborhood Health Centers* » des quartiers pauvres créés sous l'égide du programme de lutte contre la pauvreté de l'« *Office of Economic Opportunity* ». Mais quand à Washington, les administrations de Nixon et de Ford succédèrent à celle de Johnson, les fonds ont été réduits et le développement de telles organisations a ralenti. Les crises financières de nombreuses villes américaines ont été également cause de la réduction des sommes destinées à la création ou à l'amélioration des aménagements destinés à procurer des soins médicaux aux pauvres et aux chômeurs. Ceux-ci dans certains quartiers des villes peuvent représenter jusqu'à 25% de la population¹⁴. Enfin, l'exode de la classe ouvrière vers les banlieues proches des villes en a géographiquement séparé un grand nombre des soins de première qualité. Ceux qui ont un revenu élevé et qui vivent en dehors des limites de la ville sont peu désireux de dépenser l'argent de leurs taxes locales et d'état pour améliorer les soins médicaux des pauvres du centre-ville. De par sa position politique conservatrice, l'administration fédérale s'y oppose elle aussi¹⁵. Ainsi, décennie après décennie, le système différentiel de soins selon deux classes se perpétue tel quel.

C'est le rôle de l'État qui constitue la différence la plus importante entre les États-Unis et la plupart des pays industriels capitalistes de l'ouest. Alors que pour ces derniers l'État joue à présent un rôle fondamental dans le système de services, en Amérique celui-ci a été maintenu périphérique et marginal. Ceci à cause des grandes entreprises privées, solides et bien organisées, et à cause de certains secteurs de la finance, en particulier les entreprises privées d'assurance qui contrôlent des fonds directs de plus de deux milliards de dollars et qui de plus réinvestissent dans le stock d'autres entreprises. Jusqu'à la dernière décennie, leur attitude a été de s'*opposer* constamment à toute implication du gouvernement dans la distribution ou dans le financement des soins. On peut toutefois constater l'apparition de nouvelles tendances, dont nous allons maintenant parler. Elles proviendraient de nouvelles attitudes de certains secteurs de la classe capitaliste quant au rôle de l'État, tendances qui font que l'alliance historique entre des groupes professionnels, telle la profession médicale, et des secteurs de l'entreprise privée, telles les assurances, pourrait se dissoudre.

2. LA LUTTE POUR LE CONTRÔLE DU TRAVAIL

Ces dernières années, l'action politique des professionnels américains de la santé a énormément attiré l'attention. Freidson, dans son ouvrage sur « la dominance professionnelle » a fait une analyse en profondeur de la position de commande du médecin dans la hiérarchie occupationnelle ainsi que de l'envergure de son contrôle sur le travail¹⁶. Il y a cependant des forces en mouvement qui pourraient bien rendre caduque une bonne part de ce phénomène de contrôle par le médecin. On peut en citer trois: l'action politique d'autres groupes de travailleurs de la santé, en particulier celui du « *nursing* », le mouvement de syndicalisation et les tendances à long terme pour aménager rationnellement dans des formes bureaucratiques le cadre des soins. Ces derniers sont moins qu'avant sous le contrôle du médecin, car le gouvernement supervise et contrôle maintenant davantage les agissements des médecins et l'organisation des services.

14. James O'Connor, *The Fiscal Crisis of the State*, New York, St. Martin's Press, 1973.

15. Robert R. Alford, *Health Care Politics: Ideological and Interest Group Barriers to Reform*, Chicago, University of Chicago Press, 1975.

16. Elliot Freidson, *Profession of Medicine*, New York; Dodd, Mead, and Co. 1970. Voir aussi Elliot Freidson, *Doctoring Together*. New York, Elsevier, 1975.

La première tendance majeure c'est l'action contre la hiérarchie actuelle du pouvoir et du statut, et donc contre la division du travail dans le domaine de la santé. Les infirmières ont essayé six stratégies: remplacer la formation hospitalière par une formation universitaire, prendre en charge la besogne dédaignée par le médecin, élaborer une idéologie de gérance, créer une stratégie de prise en main de la technologie, se syndicaliser par l'intermédiaire de l'organisation professionnelle et tâcher de s'installer dans la communauté en pratique indépendante. Les médecins et les intérêts hospitaliers se sont opposés avec plus ou moins de succès à chacune de ces stratégies. Les hôpitaux, par exemple, se sont élevés contre la formation universitaire des infirmières, parce qu'ils y auraient perdu une main-d'œuvre à bon marché. Bien que les hôpitaux et les médecins ne se soient que rarement opposés à la prise en charge des procédures routinières d'examen généralement dédaignées, celles-ci contribuent cependant à perpétuer et à légitimer la hiérarchisation à laquelle elles sont liées. Les administrateurs d'hôpitaux et les médecins qui restent la plupart du temps légalement responsables des erreurs commises dans les salles, se sont farouchement dressés contre « l'idéologie de gérance » par laquelle les infirmières sont perçues comme les véritables administratrices des salles. En devenant des spécialistes d'un certain type de technologie, les infirmières font souvent avancer individuellement leur carrière, mais comme la technologie sophistiquée demeure propriété de l'hôpital, ceux qui l'utilisent demeurent sous le contrôle de ce dernier. Le mouvement syndical a souvent visé deux cibles jumelles, à savoir un salaire plus élevé et un plus grand contrôle sur le travail, mais la plupart des conflits se sont terminés par un progrès dans le premier cas plutôt que dans le deuxième, au moins en partie à cause des attitudes des infirmières elles-mêmes. Le mouvement vers la pratique dans la communauté s'est vu ralenti à courte échéance par les lois gouvernementales sur les permis d'exercice, qui ici protègent les médecins; par contre l'action politique des infirmières sur les corps législatifs des états commence à éliminer cet obstacle.

En fait la hiérarchie professionnelle et la domination des médecins se voient saper de façon plus profonde. On peut faire un bref historique de la division du travail dans le domaine de la santé aux États-Unis. L'autorité du médecin a d'abord été mise en cause par des pratiques indépendantes qui ignoraient complètement les médecins. C'est ce qu'ont fait les chiropraticiens et les ostéopathes. Ils persuadèrent la communauté et les corps législatifs des états d'appuyer la création de leurs propres bureaux de délivrance des permis d'exercice. Les médecins employèrent alors les hôpitaux qui se développaient comme cadre du contrôle hiérarchique des occupations. La hiérarchie bureaucratique s'est confondue avec la hiérarchie médicale où le médecin occupait la première place.

Mais ainsi que Marx l'a observé pour une autre époque, une fois la révolution technologique enclenchée, elle a eu des effets politiques sur les propriétaires de la vieille technologie — y compris sur l'organisation du travail — et d'autres effets sur les propriétaires de la nouvelle technologie dans la nouvelle organisation. Les médecins ne pouvaient plus surveiller ou dominer les emplois que la révolution technologique commençait à créer de plus en plus rapidement et la bureaucratie elle-même a consciemment entrepris d'organiser les nouveaux emplois et la nouvelle technologie, en gérançant les hôpitaux à la place des médecins. La plupart des études en sociologie de la médecine moderne ont tendance à négliger cette dernière phase. Même Freidson la mentionne à peine. Cependant la montée d'une gérance d'hôpital non médicale et le

rôle de plus en plus important du gouvernement dans la réglementation de la durée du séjour hospitalier (par une législation fédérale récente), amoindrit rapidement le pouvoir de contrôle des médecins sur ce qui, traditionnellement, était leur boutique à eux. De plus et c'est un exemple actuel de l'importance de la *propriété* des moyens techniques de production comme le souligne Marx, c'est l'hôpital, et non les professions sanitaires, surtout pas les médecins, qui possède en grande partie la nouvelle technologie avancée, tenue comme essentielle pour la pratique médicale dans les hôpitaux américains modernes. Les nouvelles professions ont tendance à se former autour d'un bloc d'équipement, techniciens d'appareils de dialyse rénale, techniciens d'appareils thérapeutiques respiratoires, etc. L'hôpital qui possède l'équipement, contrôle les techniciens et n'accorde aux médecins qu'un rôle de conseillers pour son utilisation. Cette bataille même en Amérique, n'en est qu'à ses débuts, mais de la même façon qu'au début du capitalisme, les artisans des villages se sont fait remplacer par des filatures de tissage, de même la médecine artisanale avec son pouvoir et son contrôle par ses groupes professionnels traditionnels, est en train de perdre du terrain en faveur des nouveaux modes de propriété, de contrôle et d'organisation des moyens de production des services de santé.

La syndicalisation dans le domaine de la santé reproduit en miniature le genre de problèmes rencontré par le mouvement ouvrier américain à ses débuts. De 1947 à 1974, le mouvement de syndicalisation a d'abord été illégal dans les hôpitaux de par les clauses de la loi Taft-Hartley, mais après 1970 il a quand même commencé dans certains états sous des législations spéciales. Une percée majeure a eu lieu en 1962, quand le président Kennedy a signé un ordre exécutif autorisant la syndicalisation des employés fédéraux, et à peu près en même temps les hôpitaux privés commencèrent à s'organiser. Davis et Foner rapportent que la percée majeure date de 1958 avec la première grève reconnue des employés d'hôpitaux à New York¹⁷.

En 1970, 50% des hôpitaux fédéraux, 12.4% des hôpitaux à but non lucratif et 8% des hôpitaux à but lucratif, avaient des contrats par négociations collectives. Plus l'hôpital est grand, plus la proportion de syndiqués est élevée, car plus grandes sont les chances d'existence de bas salaires et de pressions pour une forte production. Par exemple, en 1970, 2.2% de tous les hôpitaux qui avaient de 6 à 24 lits étaient syndiqués contre 38.6% de tous les hôpitaux de plus de 500 lits. La syndicalisation est actuellement un phénomène que l'on retrouve en particulier dans les états de l'est et de l'ouest. Cependant les hôpitaux vont s'agrandir à mesure que la population se déplace vers le sud avec la poussée de la croissance économique, et la syndicalisation s'ensuivra très probablement. Au total 14.7% seulement de tous les hôpitaux américains avaient en 1970 des accords avec les syndicats par négociation collective¹⁸. Mais cette tendance s'accroît, et si on tenait compte des contrats avec les associations d'infirmiers et d'infirmières de chaque état, le chiffre serait beaucoup plus élevé, puisque ces contrats résultent actuellement, dans beaucoup d'états, de négociations collectives.

Mais il est important de se demander, une fois de plus, ce que ça veut dire dans le contexte d'une société capitaliste avancée. Tout d'abord, une rationalisation plus pous-

17. Leon Davis et Moe Foner, « Organization and Unionization of Health Workers in the United States: The Trade Union Perspective », *International Journal of Health Services*, 5, n° 1, Hiver 1975, 19-26.

18. Robert K. Match, Arnold H. Goldstein et Harold L. Light, « Unionization, Strikes, Threatened Strikes and Hospitals: The View from Hospital Management », *International Journal of Health Services*, 5, n° 1, Hiver 1975, 27-36.

sée peut reléguer au statut d'employé des sections de plus en plus importantes de la main-d'œuvre de la santé, y compris en particulier les médecins qui pratiquent actuellement de façon indépendante. Par ailleurs, les organisations elles-mêmes peuvent se voir forcées, à cause de tensions financières, d'économiser et de contrôler la conduite des professionnels ou bien d'augmenter leur productivité et de diminuer la durée des traitements. Ceci peut conduire internationalement à une multiplication des grèves de médecins et à la montée d'un mouvement syndical de docteurs¹⁹. Mais même si tous les médecins syndiqués et tous les employés du domaine de la santé se regroupaient dans un syndicat géant, ce serait encore pour signer un contrat avec la gérance. Si dans le contexte américain un conflit surgit sur ces questions, un organisme fédéral, le « *National Labor Relations Board* » serait appelé à arbitrer le conflit. Autrement dit, une syndicalisation plus poussée peut certainement améliorer la position de pouvoir des faibles et affermir les pertes que les médecins sont en train de subir, mais la hiérarchie de gérance se maintiendra. La loi américaine sur le travail, qui définit, dans la plupart des cas, la fonction de gérance comme une prérogative de gérance, limite étroitement les possibilités des syndicats de transformer le système de services ou de contrôler le travail. Cette prérogative autorise le contrôle sur la structure de l'organisation, sur son fonctionnement par rapport aux patients et sur la définition des rôles des travailleurs. Il est peu probable que le « *National Labor Relations Board* », élément de l'appareil d'État, permette à la classe ouvrière de s'emparer d'un tel pouvoir et d'un tel contrôle. De fait, cette fonction « d'arbitrage » des organismes d'État est typique d'une société capitaliste qui a un appareil bureaucratique développé. L'appareil d'État, en jouant le rôle d'arbitre dans la lutte entre les secteurs capitalistes de l'industrie et des fractions de la classe ouvrière, apaise le conflit, préserve le statu quo et maintient ainsi la lutte des classes. Ce faisant, l'État par son rôle de médiateur, freine l'action des travailleurs qui pourrait transformer le système et donc les services et le niveau général de santé²⁰.

3. LA LUTTE POUR FAÇONNER LE SYSTÈME DE SERVICES

On ne peut saisir la complexité du système de services américain si ce n'est dans le cadre plus large de l'économie politique. Tout d'abord, entrent en jeu les éléments suivants: l'enseignement médical, la pratique médicale locale, les planificateurs du gouvernement fédéral, les officiers locaux et ceux de l'état, le système hospitalier fédéral, les hôpitaux publics locaux et d'état, tous les hôpitaux à but lucratif ou non et les secteurs de la classe capitaliste qui de temps en temps travaillent en collaboration ou qui sont parfois en conflit, tels que: l'industrie des assurances, l'industrie des médicaments, l'industrie des fournitures et de la technologie médicales et les chaînes privées de laboratoires et de maisons pour personnes âgées. Le consommateur constitue de plus en plus un élément supplémentaire par le biais d'organisations proconsommateur composées de professionnels, comme le « *Health Policy Advisory Center* » (à New York) et le « *Health Research Group* » (affilié à Ralph Nader à Washington, D.C.).

19. Robin F. Badgley, « Health Worker Strikes: Social and Economic Bases of Conflict », *International Journal of Health Services*, 5, n° 1, Hiver 1975, 9-18.

20. Nicos Poulantzas, *Les Classes sociales dans le capitalisme aujourd'hui*, Paris, Seuil, 1974.

Chaque groupe est animé par une idéologie qui interprète ce qui est souhaitable et les buts à poursuivre dans l'action politique. L'idéologie technocratique de planification est dominante chez les médecins enseignants et les bureaucrates fédéraux, par contre la tendance idéologique pro-entrepreneur s'affirme encore à l'échelle locale et au niveau de l'état, bien que, depuis le milieu des années soixante-dix, les gouvernements de nombreux états s'orientent vers une idéologie technocratique pro-planificatrice. Les organisations de consommateurs ont ce que l'on pourrait appeler une idéologie radicale-populiste ou de « contrôle communautaire ». Enfin, les hôpitaux, dépendants des clients et des médecins, ont tendance à développer une sorte d'idéologie pragmatique, pro-statu quo. Chacun des différents secteurs capitalistes fonctionnent, bien entendu, sur le modèle de l'idéologie de l'entrepreneurship capitaliste classique; cependant certains secteurs commencent à s'en distinguer, tels les secteurs de la finance plus ouverts à la collaboration avec l'État que les secteurs de production directe, qui se sentent menacés par chaque nouvelle mesure gouvernementale.

On peut considérer que le système des deux classes est un élément permanent de la situation américaine, à cause du rôle essentiel qu'il joue dans l'histoire spécifique du capitalisme américain. Par exemple, certains technocrates gouvernementaux et certains réformistes professionnels qui travaillaient avec des professeurs d'université pour convaincre la classe ouvrière et les pauvres que quelque chose se faisait pour les aider, se sont impliqués dans des activités idéologiques, telles que les programmes-modèles du « *Office of Economic Opportunity* », et en particulier dans la création, le financement et ensuite le non-financement des « *Neighborhood Health Centers* ». En fait, si l'on en croit les évaluations de ces programmes, aucun changement n'a eu lieu dans le système²¹. C'est le même procédé, peu d'efforts à grand coup de publicité, qui a été utilisé dans le cas des importantes subventions accordées aux « programmes-modèles de sensibilisation pour améliorer les soins familiaux », tels que ceux du Dr Silver de l'université de New York, du groupe de Cornell et du groupe du « *Harvard Children's Hospital* »²². Les praticiens, considérant ces programmes comme des menaces pour la pratique privée, se sont opposés à leur développement. L'administration Nixon-Ford a réduit l'importance de tous ces programmes. Les raisons données étaient financières. La crise politique était passée, c'est à dire que les tensions sociales provenant des menaces de violence des pauvres et de la classe ouvrière étaient tombées et, ainsi que Piven et Cloward l'ont relevé pour d'autres époques de l'histoire américaine, une fois que les menaces de violence disparaissent, les programmes de sécurité sociale ont tendance à être supprimés²³.

Le programme *Medicaid* illustre également la manière dont ces programmes sont façonnés par l'action des groupes d'intérêt. Stevens et Stevens montrent comment les planificateurs fédéraux, qui travaillaient sur l'idée académique d'un système de reçus (voucher system), ont obtenu finalement l'approbation du corps médical en rattachant leur programme à la législation « *Medicare*²⁴ ». La lutte pour légaliser ce système n'a

21. Sar A. Levitan, *The Great Society's Poor Law*, Baltimore, Hopkins Press, 1969.

22. George A. Silver, *Family Medical Care: A Report on the Family Health Maintenance Demonstration*, Cambridge, Harvard University Press, 1963; Charles H. Goodrich, Margaret Olendski et George G. Reader, *Welfare Medical Care: An Experiment*, Cambridge, Harvard University Press, 1970; Leon S. Robertson, et. al., *Changing the Medical Care System: A Controlled Experiment in Comprehensive Care*, New York, Praeger, 1974.

23. Frances Fox Piven et Richard A. Cloward, *Regulating the Poor: The Functions of Public Welfare*, New York, Pantheon, 1971.

24. Robert B. Stevens et Rosemary Stevens, *Welfare Medicine in America; A Case Study of Medicaid*, New York, Free Press, 1974.

abouti que lorsque l'opposition politique du corps médical a diminué, parce que la profession médicale a été mise au premier rang des profiteurs de ce programme. Mais une fois ce programme adopté, son coût qui montait en flèche, a occasionné un conflit entre la classe capitaliste dans son ensemble, qui payait une partie des taxes, et les médecins qui expédiaient les traitements dans les usines médicales des ghettos urbains, où des centaines de patients sont vus par jour, chacun pendant une minute environ. Des enquêtes récentes faites par le Congrès prouvent que bien souvent les praticiens de l'endroit donnent des soins médicaux inutiles et extrêmement coûteux par appât du gain. Mais l'histoire continue: les grands monopoles ont dû, par des taxes au gouvernement fédéral, payer pour ces frais et ont fait pression sur le Congrès afin qu'on enquête sur ces agissements²⁵. Dans ce cas, de nombreux secteurs de production non médicaux se sont alliés à l'État et l'ont influencé sans, bien entendu, le contrôler totalement. Le Secrétariat américain aux affaires sociales, « *Health, Education and Welfare* », s'est vu menacé directement par la mise à jour de dépenses outrancières et dut adopter une politique rigide au sujet du gaspillage monétaire des programmes de traitement. Le résultat probable de cette affaire pourrait être, bien classiquement, la disparition, une fois de plus, d'un autre secteur de « petits boutiquiers » de la médecine, à savoir, ici, les cliniques privées des ghettos, remplacées par des organisations distribuant des services directement financés par l'État. À cause des enquêtes du Congrès, le public regarde la médecine d'un œil nouveau. Les raisons plus générales de ce phénomène seront interprétées dans la conclusion.

L'histoire politique des « contrats d'affiliation » — des accords entre les centres hospitaliers universitaires et d'autres hôpitaux de banlieue ou de ghetto — montrerait encore la distinction entre les activités à court terme des groupes d'intérêt et les tendances à long terme, distinction qui peut se comprendre par une approche théorique différente. De façon concrète pour le court terme, les facultés de médecine et les centres médicaux ont envahi les secteurs des services directs pendant les années cinquante et soixante en Amérique. À New-York, les « empires », que le groupe *Health PAC* a fort bien étudiés, étaient regroupés autour des plus importantes facultés de médecine, avec chaque hôpital de la ville rattaché à un centre médical central²⁶. La crise financière de la ville de New York pendant les années soixante-dix, due elle-même à des tensions qui pourraient bien entraîner, à longue échéance, une crise politique dans les pays capitalistes avancés tels que les États-Unis, a désorganisé cet arrangement²⁷.

Pour résumer, les expériences tentées par des acteurs tels que les planificateurs bureaucratiques fédéraux et les « *designers* » académiques libéraux pour remodeler le système de distribution des services de santé, ne sont permises que dans la mesure où elles ne dépassent pas un certain rapport coût/bénéfice acceptable pour la classe capitaliste elle-même. Ce qui veut dire que le système des services pour la classe inférieure est avant tout un dépôt pour les gens inutiles, l'armée de réserve industrielle et les gens dépendants, pour lesquels les dépenses dans le domaine de la santé ne sauraient entraîner de profits par une productivité améliorée. Étant donné le système, il ne peut se dépasser davantage dans ce domaine que la pacification politique ne le réclame.

25. Les rapports d'enquête du Congrès sur le programme Medicaid peuvent être obtenus du sous-comité sur la santé.

26. Barbara Ehrenreich et John Ehrenreich, *The American Health Empire: Power, Profits and Politics*, New York, Random House, 1970.

27. O'Connor, *ibid.*, chap. 5.

4. LA LUTTE À PROPOS DU RÔLE DE L'ÉTAT

Dans toute société capitaliste avancée, l'État remplit différentes fonctions essentielles. Poulantzas souligne que l'État doit être relativement et non totalement, autonome par rapport aux différents secteurs de la classe capitaliste. Il a besoin de cette « autonomie relative » de façon à pouvoir jouer l'arbitre entre les différents secteurs du capital, maintenant ainsi la dominance générale de cette classe dans la société²⁸. Par exemple des conflits peuvent surgir entre l'industrie de l'assurance-maladie et l'industrie des médicaments à propos des bénéfices à tirer d'un plan d'assurance national qui les impliquerait toutes les deux; conflits où le premier secteur perd ce que le deuxième gagne. Ces conflits doivent être arbitrés par l'État. En outre l'État joue le rôle idéologique « d'unificateur », en paraissant être au-dessus des luttes alors qu'il prend constamment le parti des intérêts capitalistes contre celui de la « classe des employés » (la classe ouvrière traditionnelle dans le travail productif et les cols blancs pour les secteurs secondaires et tertiaires de l'économie).

L'État est médiateur dans la tendance générale qui fait que les revenus passent de la classe des employés à la classe capitaliste. Gough remarque, à partir des données de l'OCDE, que depuis une dizaine d'années dans les pays de l'Europe de l'Ouest et en Angleterre, les employés financent de plus en plus leurs propres programmes d'assurances et de bien-être qui sont ainsi de moins en moins financés par le capital monopoliste²⁹. Cette même tendance s'est accentuée aux États-Unis durant les huit dernières années, sous l'administration Nixon-Ford. Ces dernières années, les tensions du capitalisme avancé ont installé l'État encore plus dans son rôle officiel de voleur de taxes. Le processus consiste toujours, à faire passer des lois, par les corps législatifs contrôlés par les monopoles et par les organes administratifs du gouvernement, eux-mêmes souvent encore plus sous l'influence de la classe capitaliste. Les programmes des services de santé et autres ont une importance particulière surtout en période de crises fiscales. Les réactions typiques de l'État comprennent: une réduction de l'aide monétaire sociale, des revendications pour centraliser le contrôle de l'économie et la planification, et des pressions pour augmenter la productivité par l'unité de salaire payé par heure (« taux d'exploitation »). Navarro note la façon dont ceci se produit dans le domaine des services de santé:

On retrouve également dans le secteur médical des sociétés capitalistes, ces trois types de réaction de l'État à sa crise fiscale. Ce fait est illustré d'abord par la réduction des dépenses dans le domaine de la santé, due à la volonté de la classe capitaliste de « sauver l'économie », quel qu'en soit le coût, et de donner la priorité avant tout au besoin d'accumulation privée du capital. Il en résulte une bataille politique sur le but de l'État qui est de réduire l'aide monétaire sociale, en particulier dans des domaines tels que ceux des soins médicaux, des soins aux personnes âgées et des services de bien-être, considérés par le capital comme les domaines les moins productifs du système. Dans toutes ces sociétés, l'argument avancé pour soutenir la réduction de l'aide sociale, c'est le besoin de faire passer le capital des secteurs non productifs aux secteurs productifs, afin d'augmenter l'accumulation privée du capital³⁰.

28. Nicos Poulantzas, *Pouvoir politique et classes sociales*, Paris, Maspéro, 1971.

29. Ian Gough, « State Expenditure in Advanced Capitalism », *New Left Review*, 92, février-mars 1975, 53-92.

30. Vicente Navarro, « Social Class, Political Power, and the State and Their Implications in Medicine », Communication au Colloque international de sociologie médicale, Paris, juillet 1976, p. 65-66.

C'est dans cette optique et à partir de trois cas particuliers d'intervention de l'État aux États-Unis vers le milieu des années soixante-dix, que je voudrais examiner les mouvements de l'appareil d'État, de la classe capitaliste, des praticiens et des enseignants médicaux, et l'action des groupes de consommateurs. Ces trois cas sont: les programmes de planification du système des services, les programmes de rationalisation des frais occasionnés par les pauvres et les dépendants, et les programmes dans le domaine de la sécurité et de la santé au travail. Nous désirons discuter spécialement du « *National Health Planning and Resources Development Act* » de 1974, du programme « *Professional Standards Review Organization* » (PSRO), et du « *Occupational Health and Safety Act* » de 1970. Ce sont des lois fédérales qu'une bureaucratie fédérale est chargée de mettre en application.

L'histoire du « *National Health Planning and Resources Development Act* » date de la fin de la deuxième guerre mondiale. Dans un article paru précédemment, j'ai décrit l'histoire politique et législative de cinq programmes américains de planification dans le secteur de la santé: le « *Hill Burton* », le « *Community Mental Health Centers Planning* », le « *OEO Neighborhood Health Centers* », le « *Regional Medical Program* » et le « *Comprehensive Health Planning* »³¹. Ils découlaient tous d'une loi fédérale et au fur et à mesure qu'ils étaient créés, chacun marquait davantage l'intention de rationaliser le système de distribution des services. Le « *Hill Burton* » par exemple a d'abord amené la construction d'hôpitaux dans les régions rurales, puis dans les derniers temps de l'existence du programme, l'accent a été mis sur la rénovation des salles d'urgence des hôpitaux des ghettos. La planification financière dans le domaine de la santé mentale a servi à concevoir un réseau de cliniques communautaires psychiatriques à travers les états. Le « *OEO's Neighborhood Health Centers* » voulaient impliquer les pauvres dans une auto-gestion communautaire. Le « *Regional Medical Program* » devait théoriquement permettre le développement de programmes de services innovateurs, regroupés autour des écoles de médecine. Et le « *Comprehensive Health Planning* » avait été conçu afin d'intéresser tous les groupes d'intérêt, si on veut utiliser ce concept pluraliste, sauf les écoles médicales.

Les programmes s'épanouissaient dans une rhétorique idéologique de gérance alors que les buts fixés n'étaient même pas atteints. En ce qui concerne les deux derniers programmes, la profession médicale a inséré des clauses dans la loi elle-même. Ces clauses empêchaient ces programmes d'intervenir ou de créer tout nouvel aménagement de services, qui aurait transformé le mode de financement des soins ou le mode de contrôle des services locaux qui sont aux mains de la profession médicale. Les programmes prirent fin et furent remplacés par une nouvelle tentative, le « *National Health Planning and Resource Development Act* » de 1974, qui devait les regrouper sous une supervision fédérale plus étroite. Même si les projets étaient conçus localement, les planificateurs fédéraux voulaient supprimer la forme de contrôle local de l'administration du programme ou du moins renforcer et rationaliser le processus de commandement par un pouvoir de veto en haut de l'échelle administrative. La bureaucratie du programme a son quartier général fédéral au *H.E.W. (Health, Education and Welfare)*; il a des organismes de planification couvrant les états avec des corps consultatifs nommés par le gouverneur de chaque état, des agences locales de planification régionale (appelées « *Health Systems Agencies* ») chacun ayant un bureau formé conjointement

31. Elliott A. Krause, « Health Planning as a Managerial Ideology », *International Journal of Health Services*, 3, n° 3, été 1973, 445-463.

de fournisseurs et de consommateurs chargé d'approuver le budget, et enfin d'un Conseil national consultatif dont les membres ont une idéologie anti-gouvernementale, de libre échange dans le domaine de la santé.

Le conflit à propos de cette loi, s'est aggravé après qu'elle ait été passée, sans publicité d'ailleurs, et signée en décembre 1974. Ce sont les sociétés médicales locales et quelques hôpitaux locaux qui ont fomenté le conflit, car ils ont vu dans cette loi, et avec raison, une réapparition de l'action de l'État pour rationaliser la pratique privée. Cette évolution représente un autre aspect du conflit plus général qui surgit entre l'État et la profession médicale privée et qui est aux États-Unis un des thèmes de la période actuelle. Les sociétés médicales des états ont intenté des poursuites judiciaires contre ce programme, en prétextant que le pouvoir étatique envahit de façon illégitime les affaires privées. Même avant que la loi passe, la profession médicale avait été capable d'obtenir l'assurance que l'administration ne serait pas aussi centralisée qu'elle aurait pu l'être. Par exemple, dans les clauses secondaires des règlements, les officiers locaux, élus ou nommés, pouvaient être considérés comme des membres représentant les consommateurs.

Le plan de développement dans le secteur de la santé constitue le document central devant être élaboré au niveau local pour ensuite être approuvé au niveau de l'état et au niveau fédéral. À l'aide d'organisations privées, créées avec l'argent du fédéral (c'est l'idée de l'ancien « *OEO Community Action Program* » mais avec une surveillance plus étroite du fédéral), chaque région se doit de préparer des « systèmes de planification de la santé », en engageant pour cela des planificateurs professionnels. Les bureaucrates fédéraux considèrent que ce programme est leur dernière chance de pouvoir rationaliser le système de distribution, tout en conservant la participation des médecins et des hôpitaux. Mais la question est de savoir dans quelle mesure à ce moment là le programme réussira³². Ce qui est plus évident c'est son but: le désir toujours grandissant de centraliser la planification et le contrôle, ce qui fait partie de la tendance plus générale à vouloir rentabiliser le système de services, même aux dépens des intérêts de la « petite bourgeoisie », par la coopération de l'État et de la classe capitaliste.

La politique à coup d'ordonnances est typique de la scène politique américaine depuis que des organisations de contrôle ont été mises en place au début du siècle. Elles se sont formées en partie du moins, sur l'insistance de la classe capitaliste, comme un moyen idéologique servant à convaincre la classe des employés qu'elle était protégée alors qu'en fait la classe capitaliste pouvait facilement récupérer l'appareil d'État et l'utiliser à l'avancement de ses intérêts. Dans un article récent, j'ai décrit l'histoire de cette politique d'ordonnances. Ma description porte sur quatre domaines: les règlements sur les individus (les permis professionnels) la réglementation des lieux (comme l'accréditation des hôpitaux et de la sécurité des lieux de travail) et la réglementation de choses (comme le sang, les aliments et les médicaments) et le contrôle des coûts à travers des programmes tels les « *Certificate of Need* » (procédures par lesquelles les hôpitaux doivent justifier leur développement en fournissant la preuve de leurs besoins³³). Pour employer la terminologie du consommateur moderne, la question est de savoir si l'organisme étatique de contrôle va agir en faveur des intérêts des consommateurs ou s'il

32. Elliott A. Krause, « Recent Trends in Planning as Ideology: A Critique of Anderson and Robins », *International Journal of Health Services*, 6, n° 4, Automne 1976, 671-677.

33. Elliott A. Krause, « Political Context of Health Service Regulation », *International Journal of Health Services*, 5, n° 4, automne 1975, 593-608.

va continuer à agir en faveur des monopoles et des fournisseurs. Ce qui s'est toujours fait c'est de produire un « cas exemplaire », comme le médecin à qui on enlève son permis d'exercice, ou un médicament qu'une organisation fédérale (la *Food and Drug Administration*) retire du marché. Les media l'accompagnent d'une grande publicité. Ce qui permet alors au public de penser qu'il se fait réellement quelque chose pour résoudre le problème, alors que le gros des activités quotidiennes protègent et légitiment en fait les agissements des industries dans ces secteurs de la production capitaliste.

Mais la tendance à rationaliser et le désir de limiter les frais des soins médicaux destinés à la partie non productive de la population, entraînent également de nouveaux développements, comme le programme *PSRO*, qui sert à contrôler les coûts. Tous les patients qui bénéficient de fonds *publics*, c'est-à-dire ceux qui sont trop pauvres pour se payer une assurance-maladie privée, doivent avoir leur diagnostic d'entrée à l'hôpital et la durée de leur séjour approuvés par des conseils de docteurs qui couvrent la région, et qui fonctionnent conformément à des règlements fédéraux. Le but en est de transférer les membres non-productifs de la société — ceux, qui même s'ils étaient en santé, ne travailleraient pas pour les industries — des services hospitaliers de luxe vers des services qui sont meilleur marché afin d'économiser l'argent des taxes. Les médecins et les infirmières se partagent entre ceux qui veulent boycotter le programme mais n'y arrivent pas et ceux qui y participent activement en tant que membres-examineurs des équipes du *PSRO*. Peut-être pensent-ils avoir ainsi quelque contrôle sur le programme. Mais Navarro fait remarquer que ceci pourrait tout simplement montrer comment l'État réussit à enrôler la profession médicale dans des activités qui justifient le rôle de l'État, dont le bénéficiaire principal reste la classe capitaliste³⁴. Cette fonction de légitimation n'est pas la moindre; en participant au programme, le médecin use de sa réputation dans la communauté pour faire accepter un programme qui pourrait être vraiment dangereux pour les pauvres. Comme Gramsci l'a fait remarquer il y a déjà plusieurs années, les « intellectuels traditionnels » sont souvent ceux qui par leurs vies jouent un rôle essentiel de légitimation du rôle de l'État³⁵.

Le message idéologique du programme *PSRO* est un mélange des anciennes valeurs de la médecine traditionnelle (où seuls des docteurs peuvent juger des actes d'autres docteurs) et les nouvelles valeurs de comptabilité moderne, ce à quoi s'ajoutent des palabres sur la « qualité des soins ». Mais ce à quoi le gouvernement s'intéresse c'est aux chiffres fournis par les unités *PSRO*. Il veut simplement des renseignements comptables; quant au *PSRO* en tant que tel, il peut garder le reste. Enfin, le *National Center for Health Services Research* de *HEW* a déclaré qu'il souhaitait que le *National Health Planning Act* et le programme *PSRO* deviennent des mécanismes servant à tous les citoyens et s'appliquent à tous les soins médicaux le jour où un programme national d'assurance-maladie serait passé. Mais ce programme, s'il se concrétise, impliquerait l'industrie des assurances privées, qui pourrait alors utiliser les mécanismes de l'État pour s'assurer une marge bénéficiaire au delà de ce qu'elle pourrait obtenir de toutes façons pour ses frais d'administration. La classe capitaliste en obtiendrait probablement une sorte de contrôle sur la durée et l'envergure des services, c'est-à-dire que ce serait un « rêve réalisé »: contrôle conjoint sur la distribution des services et sur les dépenses de l'assureur.

34. Navarro, *ibid.*, p. 44, La médecine n'est utile en fait que dans la mesure où la plupart des gens croit que les problèmes issus de la situation politique peuvent être résolus par l'intervention médicale individuelle.

35. J.-M. Piotte, *La Pensée politique de Gramsci*, Editions Anthropos, 1974.

Après quarante ans de tentatives, le *Occupational Health and Safety Act* de 1970 a finalement créé un programme national fédéral pour surveiller et renforcer les normes de sécurité au travail. Le retard pris depuis les premières tentatives, pour créer ce programme, témoigne du pouvoir politique organisé des secteurs de la classe capitaliste et de l'absence historique d'un important parti national de gauche ou d'une force militante dans les syndicats qui se préoccuperait des questions de santé et de sécurité. Et pourtant la situation était bien connue depuis longtemps. Par exemple dans le rapport de *H.E.W., Work in America*, il est démontré qu'au moins 100,000 morts et entre 350,000 et 400,000 maladies sérieuses *par an* sont dues au travail³⁶. Les maladies sont caractéristiques de chaque type d'industrie capitaliste: pneumoconiose dans les mines, amiantose, cancers dûs aux nombreux dérivés du pétrole, maladies provenant des radiations atomiques; les renseignements là-dessus abondaient bien des années avant que ne passe le programme fédéral. De plus, bien que la recherche de *HEW* ne l'étudie pas à fond, les travailleurs cols blancs et cols bleus sont soumis à de grandes pressions de production. Eyer avance que ces pressions sont le lot normal d'un rythme de production orienté vers le profit, et qu'une très haute prévalence de maladies peut être due au stress de la vie moderne dans la société industrielle capitaliste³⁷.

Quel est le rôle de l'État dans cette affaire? Considérons tout d'abord les nombreuses couches de la structure générale de l'appareil gouvernemental des États-Unis: l'exécutif fédéral, les organisations d'administration et de contrôle spécialisées, les avants-postes fédéraux dans les régions, le gouvernement des états, les gouvernements locaux des villes et des agglomérations, et dans certains états, le gouvernement du comté à mi-chemin entre celui de l'état et le gouvernement local. C'est sur ce terrain que se joue la lutte en faveur ou contre les intérêts de la classe des employés. Cette structure administrative dissiminée contraste avec celle d'autres sociétés capitalistes avancées, comme la France par exemple. En France comme aux États-Unis, l'État joue un rôle important, mais la façon dont l'État est récupéré pour servir les intérêts de la classe capitaliste peut varier à cause de la différence du degré de centralisation des mécanismes administratifs³⁸. Jusqu'à ce déclin récent de son influence, le système français de planification a été le mécanisme principal de « domination dans la participation » de la classe capitaliste sur les fins et les buts de l'État. Mais bien entendu, l'État s'est souvent opposé à tel ou tel secteur du capital afin de protéger les intérêts généraux de « l'économie » et garantir la sécurité de la classe capitaliste dans son ensemble dont c'est en fait « l'économie³⁹ ».

Aux États-Unis, le programme du *Occupational Health and Safety Act*, illustre une stratégie qui fait contraste. Dans ce cas-là, la pression exercée par la classe capitaliste avant que la loi passe, portait surtout sur le choix du lieu où les organisations de contrôle devaient s'installer. Le pouvoir du gouvernement des états sur les grandes entreprises nationales est moins fort que celui des organisations fédérales et souvent ce gouvernement subit davantage que le gouvernement fédéral la domination des suc-

36. Secretary's Committee on Work in America, *Work in America*, Cambridge, M.I.T. Press, 1973.

37. Joseph Eyer, « Hypertension as a Disease of Modern Society », *International Journal of Health Services*, 5, n° 4, automne 1975, 539-572.

38. Elliott A. Krause, « Le contexte politique de la santé: vers une étude comparée du système Français et Américain », Communication au Colloque International de sociologie médicale, Centre National de la Recherche Scientifique, Paris, juillet 1976.

39. Charles-Albert Michalet, « France », in Raymond Vernon, ed., *Big Business and the State! Changing Relations in Western Europe*, Cambridge, Harvard University Press, 1974, p. 105-125.

curiales locales de ces entreprises. Ainsi après le passage de cette loi, il y eut des pressions qui ont entraîné une relocalisation des organismes de contrôle des industries du niveau de l'état (avant la loi) au niveau fédéral (au moment où la loi est passée) pour les ramener de nouveau au niveau de l'état. De plus, comme Page et O'Brien le font soigneusement remarquer, le personnel de la nouvelle organisation fédérale fut réduit par ordre de l'administration Nixon⁴⁰. Une des raisons, semble-t-il, selon la commission Watergate, a été que Nixon avait reçu des fonds pour sa campagne électorale en échange d'une telle réduction après les élections.

Mais ce serait une erreur de retenir une cause qui ne releverait que d'une personne ou d'un individu. L'argumentation de base doit être structurale et s'appuyer sur le fonctionnement du système même du capitalisme industriel. Ford, qui a succédé à Nixon, était encore plus déterminé à réduire les exigences des règlements sur la sécurité et la santé au travail, vu que c'est le capital productif qui finance. Carter connaîtra les mêmes tensions⁴¹. Le processus de déplacement des coûts est le même, que ce soit des secteurs industriels sur les employés (par augmentation de leur taxes ou par la baisse de leur niveau de santé), ou que ce soit en négligeant les maladies dues à l'environnement hors du travail. De temps en temps, on donne des cas en spectacle, largement couverts par les média, comme celui du chlorure de polyvinyl, afin de convaincre le public que l'on fait des progrès importants; pendant ce temps, le système continue de fonctionner tranquillement et régulièrement dans une autre direction, certains cancérigènes industriels restant encore autorisés et utilisés régulièrement dans les industries américaines. Notons, pour donner une idée du sérieux de ce biais pro-industrie, que le « *Bureau of Labor Statistics* » envoie des questionnaires sur les maladies du travail que l'administration doit remplir: « Monsieur le propriétaire d'entreprise, est-ce que vos employés ont été malades cette semaine à cause des conditions de travail?⁴² » C'est à partir de ces questionnaires que les statistiques nationales sur les maladies du travail sont faites. Ainsi les chiffres disponibles, bien que déjà effrayants, sont indiscutablement en dessous de la vérité. Un autre indice sur le rôle véritable de l'État se retrouve dans le « degré de tolérance à l'empoisonnement industriel ». Ce qui veut dire le degré d'empoisonnement acceptable, au delà duquel les ouvriers seraient malades. Et pourtant ce degré d'empoisonnement n'est pas déterminé par un médecin neutre, mais par consultation avec des organisations qui travaillent sous contrat avec le gouvernement et qui en même temps font ce travail pour des entreprises privées, qu'elles ne désirent pas importuner en rapportant au gouvernement des choses indésirables sur leurs clients à propos des produits utilisés au travail⁴³.

5. CONCLUSION

C'est dans les derniers écrits de Poulantzas, en particulier *les Classes sociales dans le capitalisme aujourd'hui*⁴⁴ que l'on trouve la perspective théorique globale la plus apte à synthétiser la situation aux États-Unis. Nous retiendrons surtout ce qu'il dit des rapports entre le capital américain et le monde capitaliste en général, et des rap-

40. Joseph A. Page and Mary-Win O'Brien, *Bitter Wages: Ralph Nader's Study Group Report on Disease and Injury on the Job*, New York, Grossman, 1973.

41. « Ford Termed Cool to Three Key Agencies », *New York Times*, 16 janvier, 1976, p. 1.

42. U.S. Department of Labor, *Major Programs, 1976, Bureau of Labor Statistics*, Washington, Bureau of Labor Statistics, 1976, Report n° 459, p. 36.

43. Page and O'Brien, *ibid.*, p. 197-199.

44. Poulantzas, *Les Classes Sociales dans le capitalisme aujourd'hui*, chap 2.

ports, dans le contexte des États-Unis, entre les secteurs des monopoles et ce qu'il appelle les secteurs de la petite et moyenne bourgeoisie. Il ne considère pas que l'État est neutre mais qu'il a un rôle d'organisateur du pouvoir du secteur des monopoles (aux États-Unis, par exemple, le pétrole, l'automobile, la haute technologie et la production militaire) sur le petit capital et la classe ouvrière. Le rôle de l'État est ici clairement défini:

...l'État n'est pas le simple outil ou instrument, manipulable à volonté, des classes dominantes, toute étape d'internationalisation du capital provoquant automatiquement une « supra-nationalisation » des États. L'État, qui maintient l'unité et la cohésion d'une formation sociale divisée en classes, concentre et résume les contradictions de classe de l'ensemble de la formation sociale, en consacrant et en légitimant les intérêts des classes et fractions dominantes face aux autres classes de cette formation, tout en assumant des contradictions de classes mondiales⁴⁵.

C'est dans ce cadre théorique plus large, que l'on peut comprendre ce que nous avons dit sur les tendances de l'action des travailleurs dans le domaine de la santé, le rôle des organisations où les soins sont donnés, et le jeu de planification et de contrôle de l'État. Selon une évolution classique, le capitalisme à ses débuts maintenait l'État dans un rôle marginal. Les professions pouvaient se développer de façon indépendante ou du moins avec un minimum d'aide de la part des secteurs du capital. Mais peu à peu avec le temps, de nouveaux rapports se sont créés entre l'État et les secteurs capitalistes et entre l'État et la classe ouvrière. Examinons tout d'abord ces derniers: l'État a été amené à concevoir des mécanismes sociaux de bien-être, y compris ceux d'une assurance-maladie ou encore à nationaliser les services comme en Grande-Bretagne, ceci à cause des luttes engagées par la classe ouvrière pour obtenir plus d'avantages sociaux et améliorer la vie qu'imposait la dure loi du capitalisme à ses débuts. Puis et surtout depuis la deuxième guerre mondiale, l'État s'est vu engagé dans une œuvre de planification économique et dans des actes de type idéologique. Les crises fiscales qui menacent actuellement les secteurs capitalistes, en particulier ceux qui dépendent de l'énergie et des matières premières du Tiers-Monde ou de sa main-d'œuvre à bon marché, forcent l'État à diminuer et à rationaliser les dépenses, là où il peut le faire. C'est-à-dire que l'État, aidé par des planificateurs universitaires, réalise que les services médicaux doivent être réorganisés et contrôlés plus étroitement et plus attentivement que ne pouvaient traditionnellement le faire la profession médicale, les hôpitaux et les secteurs mêmes de la production capitaliste tels que l'industrie des médicaments et celle de la production de la technologie médicale, qui tirent grand profit de la flexibilité actuelle de l'organisation mais qui font monter les frais que la plupart des autres secteurs de la classe capitaliste doivent alors payer par des taxes. Comme la classe ouvrière continue à réclamer des services et qu'il faut diminuer les frais, l'ensemble de la classe capitaliste (y compris les secteurs de l'assurance qui ont également intérêt à faire baisser les coûts) et les bureaux de planification de l'État transforment par une action conjointe la manière de payer et d'organiser les services. Non seulement la profession médicale retrouve en l'État un ennemi traditionnel, mais elle rencontre aussi une opposition de la part de nombreux secteurs du capital qui ne sont plus, à présent, de leur côté mais de celui de bureaucrates efficaces, préoccupés par le coût des frais. Le système futur prendra cependant, des formes historiques différentes selon les pays. La Grande-Bretagne, par exemple a nationalisé ses services ainsi que ses modes de financement, mais le secteur des assurances aux États-Unis est trop fort pour que cela soit réalisable. En conclusion nous

45. Poulantzas, *ibid.* p. 85.

discuterons de deux solutions possibles aux États-Unis: un *projet d'assurance-maladie* obligatoire et universelle et un éventuel système nationalisé de *services* de santé.

Commençons par le premier. Dans une économie capitaliste avancée, comme le fait remarquer Renaud, l'intervention de l'État est soumise à des contraintes structurales. En bref, ce qui peut être rendu public aux États-Unis, se sont les origines et les réserves de financement mais la tendance profonde du capitalisme est de privatiser les services (y compris les assurances) de telle façon que les secteurs capitalistes puissent les vendre à la population et en tirer du profit⁴⁶. Ce qui diminue l'attention accordée à la prévention des maladies, car à partir d'un certain point non seulement cette prévention est coûteuse pour les secteurs qui doivent payer les équipements de sécurité et les installations contre la pollution, mais de plus cette prévention fait baisser le taux des maladies, donc rétrécit le marché des services médicaux, considérés comme des marchandises. Mais par ailleurs, ce qui découle de notre analyse et qui n'est pas signalé par Renaud, c'est que d'autres secteurs du capital voudraient tout simplement diminuer les coûts même si le profit des industries des médicaments et de la technologie médicale devait en souffrir. C'est là que le concept de l'autonomie relative de l'État, bien souvent utilisé par Poulantzas, devient important. En affaiblissant les industries comme celles que nous avons citées, qui dans le domaine de la santé retirent des profits directs, l'État allège par ses nouvelles formes de rationalisation, le poids des taxes supportées par le reste de la classe capitaliste et a donc besoin de son indépendance pour pouvoir s'opposer à certains secteurs du capital, tels que ceux des médicaments qui comme les docteurs et les hôpitaux représentent un luxe beaucoup trop cher dans l'état actuel de tension du capitalisme international. Cependant l'industrie des assurances aux États-Unis est du côté de ceux qui veulent réduire les frais et favoriserait donc un projet de nationalisation à condition d'y jouer un rôle essentiel.

Il n'y a réellement aucune chance pour qu'un projet d'assurance-maladie passe au Congrès si le secteur actuel des assurances privées n'en fait pas partie. La force de ce secteur ne provient pas seulement de son propre capital mais aussi du fait qu'il l'a investi dans les banques et dans les fonds de tous les autres grands monopoles, sur lesquels il peut ainsi compter si jamais il semblait y avoir la moindre chance pour qu'une loi passe sans qu'il soit tenu compte de lui. De plus, comme Navarro et d'autres l'ont fait remarquer, ce secteur contrôle déjà et de plus en plus étroitement, la majorité des contrats d'assurance-maladie. Pour l'instant il assure 60% des gens qui sont assurés⁴⁷. Sa tactique actuelle pour augmenter cette proportion relève du capitalisme monopoliste classique. Il va, par exemple, très souvent offrir une assurance-maladie à bas prix qui fait partie d'un contrat d'assurances personnelles d'un autre type (sur l'habitat, sur la vie, sur la voiture) afin d'éliminer ses concurrents tel que la « *Blue Cross* ». Une fois le monopole conquis (avec ou sans législation fédérale), il peut alors faire monter les prix de nouveau. Il cherche à créer un ensemble d'assurances à la fois privées et d'État. Ce dernier financerait l'actuel système de services inférieurs, destiné aux non productifs, ceux dont nous avons parlé, dont il est impossible de tirer un profit. Ces non productifs selon le secteur privé des assurances pourraient être entretenus par la taxation générale sur les revenus, qui, aux États-Unis, porte de plus en plus sur la classe

46. Marc Renaud, « On the Structural Constraints to State Intervention in Health », *International Journal of Health Services*, 5, n° 4, automne 1975, p. 559-572.

47. Vicente Navarro, « The Political Economy of Medical Care: An Explanation of the Composition, Nature, and Functions of the Present Health Sector of the United States », *International Journal of Health Services*, 5, n° 1, hiver 1975, p. 65-94.

des employés. Cependant, les chances d'inflation dues à un tel procédé semblent de plus en plus évidentes aux économistes libéraux et marxistes qui ont eu l'exemple d'un tel procédé aux États-Unis avec le complexe militaro-industriel. De plus, on ne sait pas encore combien coûterait la mise en place de mécanismes de contrôle nécessaires pour garder aux industries des assurances une marge de profit confortable. Enfin l'ensemble de ce projet subit encore dans presque toutes ses formes, les attaques de la *American Medical Association*, qui dépense davantage d'argent dans une politique de couloirs à Washington D.C. qu'elle ne l'a fait tout autre lobby durant l'année fiscale 1976.

L'autre solution serait celle d'un *service de santé nationalisé*, bien qu'elle soit beaucoup moins probable et n'ait pas été jusqu'à présent un sujet d'actualité dans les mass média. En fait, jusqu'à présent, le public n'a été exposé qu'à une explication idéologique de droite du système anglais, qui laisse penser que les problèmes économiques de l'Angleterre sont dues à la nationalisation des services de santé. Une véritable nationalisation des services pourrait cependant être avantageuse même pour le capital, car elle éliminerait les frais occasionnés par le secteur des assurances. Le côté ironique et dangereux de l'affaire ne surgit au contraire que lorsque la nationalisation des services de santé dépend de la classe capitaliste et des experts qu'elle engage, dans le contexte d'une nation qui n'a pas de parti d'opposition de gauche d'envergure. On pourrait comparer cette situation avec un programme qui résulterait de la lutte d'un parti de gauche organisé, qui viserait certains buts plus progressistes, reconnaissons-le, que ceux que les partis européens actuels poursuivent. La sécurité sociale fonctionne mieux en Europe à cause de la présence historique d'un parti socialiste. Aux États-Unis, on ne peut arriver qu'à une nationalisation des services à la mode capitaliste qui ne serait bientôt qu'une rationalisation des tendances actuelles, contrôle local en moins. Inversement, les organismes de recherche de gauche, tel que le *Institute for Policy Studies* ont préparé un projet de nationalisation des services sous contrôle local qui empêcherait l'État d'être l'homme de main des monopoles dans le processus de rationalisation des services⁴⁸. Mais puisque les masses n'agissent pas il est probable que les tendances actuelles telles que décrites brièvement ici, continueront à s'affirmer. Il n'y a pas de loi qui postule que les services de santé doivent, aux États-Unis, évoluer de cette manière. Cependant toutes les actions qui font front à ces tendances et donc au pouvoir de l'ensemble de la classe capitaliste, en sont encore à leurs premiers pas.

RÉSUMÉ

Cet article analyse la nature des services de santé ainsi que l'état de santé de la population en fonction de l'économie politique où ils s'insèrent. L'auteur étudie, ici, le cas américain, le replaçant dans une analyse de la lutte plus générale pour les bénéfices issus du contrôle et de la propriété des moyens de production des soins, dans le contexte d'une société capitaliste avancée. Il passe d'abord en revue les antécédents historiques des États-Unis. Ensuite il considère la lutte sous trois aspects: la lutte pour le contrôle du travail, la lutte pour façonner l'organisation des services, et la lutte à propos du rôle de l'État dans le domaine de la santé. Utilisant le concept de l'autonomie relative de l'État dans les sociétés capitalistes avancées (Poulantzas), il conclut par un résumé théorique, qui jauge deux possibilités futures: un système public d'assurance-maladie et un système nationalisé de services de santé.

48. Une première version de ce projet de loi peut être obtenue du bureau du représentant au Congrès Dellums, d'Oakland en Californie, ou de l'*Institute for Policy Studies* à Washington, D.C.

SUMMARY

The nature of health services, and the level of health itself, are analyzed as a consequence of the political-economic context in which they are set. The American case is presented here, in an analysis of the general struggle over the benefits coming from control and ownership of the means of health care production, within the context of an advanced capitalist society. The American historical background is reviewed. Then three aspects of the struggle are presented: the struggle for control over work, the struggle to shape the service system, and the struggle over state functions in health. Poulantzas' concept of the relative autonomy of the state in an advanced capitalist society is used in a theoretical summary, which concludes with an assessment of two future possibilities: a national health insurance system and a national health service.

RESUMEN

Este artículo analiza la naturaleza de los servicios de salubridad y también el estado de salud de la población en función de la economía política donde se insertan. El autor estudia el caso americano, poniéndolo dentro de un análisis de la lucha más general por los beneficios que resultan del control y de la propiedad de los medios de producción de la salud, dentro del contexto de una sociedad capitalista avanzada. El autor muestra primero los antecedentes históricos de los Estados Unidos y seguidamente, considera la lucha bajo tres aspectos: la lucha por el control del trabajo, la lucha para dar forma a la organización de los servicios y la lucha con respecto al rol del estado en el dominio de la salud. Utiliza el concepto de la autonomía relativa del estado en las sociedades capitalistas avanzadas (Poulantzas) y concluye con un resumen teórico, que mide dos posibilidades futuras: un sistema público de seguro-enfermedad y un sistema nacionalizado de los servicios de salud.