

**Journée d'études du**  
**Groupe de Recherche sur les Parlements et les Parlementaires (GRPP) de l'AFSP**  
**VIOLENCE DES ECHANGES EN MILIEU PARLEMENTAIRE**  
**La pacification contrariée des mœurs politiques à l'épreuve du travail parlementaire**  
**(XIX<sup>e</sup>-XXI<sup>e</sup> siècles)**

Vendredi 16 janvier 2009

*Responsables* : Pierre-Yves Baudot, Eric Kerrouche, Olivier Rozenberg

**« La polarisation des échanges des membres du Congrès Américain en question. Le cas des réformes de Medicare (1965-2003) »**

**Résumé :**

*Cette communication analyse le contenu de quatre débats législatifs menés au Congrès Américain entre 1965 et 2003, à l'occasion du passage de lois réformant le programme d'assurance maladie « Medicare ». Analyse de contenu, s'intéressant aux arguments développés par les membres du Congrès, cette communication s'intéresse aux logiques par lesquelles s'imposent des « récits » ou paradigmes politiques dominants. Son argument principal est la structuration progressive d'un discours conservateur ou républicain, profondément critique du programme Medicare, qui apparaît dominer les débats les plus récents.*

En abordant la double question de l'évolution du programme Medicare et de son traitement lors des débats législatifs, cette communication souhaite lier deux courants de recherches : les études législatives et l'analyse des discours parlementaires d'une part ; l'analyse des politiques américaines d'assurance maladie, dans une approche par les idées et les discours (Schmidt, 1999 ; Radaelli, 2000) d'autre part. Le regard ici porté sur les débats du Congrès s'intéressera aux idées et contenus, aux univers de référence et de justification dans lesquels s'inscrivent les votes parlementaires. Leur comparaison, temporelle, met en lumière les processus au travers desquels un contenu spécifique s'impose comme dominant ou au contraire disparaît. En ce sens, au delà du vote de la loi et de leur fonction proprement « législative », les discours parlementaires apparaissent comme des « forums » (Jobert, 1994, Fouilleux, 2000) mettant en scène différents arguments ou « récits » de politiques publiques. Notre démarche cherchera à comprendre quels « récits de politiques » se côtoient et s'affrontent, lesquels dominent ou au contraire tendent à être dominés. Par récits de politique publique, nous entendons « *la forme que revêtent les éléments cognitifs attachés à une politique publique* » (Radaelli, 2000). Cette forme est le plus souvent causale et composée de séquences temporelles (le récit a un début, un milieu et une fin). « *La fonction d'un récit de politiques publique est de garantir, de certifier et de stabiliser les hypothèses liées à la prise de décision, par rapport à ce qui est en réalité incertain* ». Ces « récits » offrent des prismes au travers desquels appréhender et faire sens de la situation actuelle. Leur structure prend racine dans le passé en proposant un diagnostic de la situation, puis se développe dans le présent en dramatisant (au sens théâtral) la situation actuelle, tout comme l'avenir proche (« *scénario catastrophe* »), et enfin propose une solution pour éviter que ce scénario ne se réalise. L'action à mener, le contenu de la réforme est « *implicitement contenu à l'intérieur de la construction narrative d'une situation* ». Dans ce cadre, un diagnostic spécifique contribue déjà, d'une certaine manière, à restreindre le champ des solutions possibles et des réformes à mener. De notre point de vue, analyser les discours politiques est un point d'entrée privilégié pour comprendre les évolutions des politiques publiques et des cadres cognitifs, paradigmes ou référentiels à l'œuvre. Comme l'avance Claudio Radaelli, (2000) « *la structure cognitive d'une politique publique n'est pas métaphysique, une sorte d'entité flottant librement, mais le produit concret d'un processus politique au sein duquel les acteurs concernés fournissent et diffusent des interprétations, récits et paradigmes* ».

Les débats parlementaires donnent à voir de façon privilégiée les différents récits de politiques publiques véhiculés par des parlementaires aux sensibilités politiques contrastées. Comparer les différents diagnostics réalisés par les intervenants et chercher lequel d'entre eux domine est un point d'entrée particulièrement original pour approcher d'un peu plus près l'univers des idées et des normes sous tendant les évolutions des politiques publiques. Comme le soulignent J.-N., Ferrié B. Dupret et V. Legrand (2008), la nature très spécifique des débats parlementaires permet un tour d'horizon des différentes positions en présence : les discours parlementaires sont tournés vers l'extérieur et leur nature n'est pas réellement "argumentative" : les parlementaires ne cherchant pas à convaincre leurs semblables en vue du vote, qui obéit à des logiques différentes (état des majorités et des coalitions politiques), mais bien plus à représenter leurs « audiences », à propager la

position et les arguments des clientèles que l'on représente, ou des « réseaux dialogiques »<sup>1</sup>, dans lesquels s'inscrivent les parlementaires : « *Le premier constat (...) est que les propos d'un parlementaire en séance ne sont pas exclusivement centrés sur l'activité communicationnelle interne du parlement, mais sur l'activité communicationnelle d'un réseau, et qu'ils ne peuvent être compris que dans ce contexte* ». Dans ce cadre, et selon un raisonnement proche de celui de l'analyse des « récits de politique publique », les auteurs avancent que la construction des discours parlementaires sera guidée, du point de vue de la technique discursive par la construction d'interprétations contrastées d'une même situation. Dans un discours parlementaire, on n'argumente pas, on présente les choses d'une certaine manière. Ce sont justement ces différentes versions, ces diagnostics spécifiques, ou ces « *versions allomorphes* » qui nous intéressent ici, dans la mesure où elles donnent à voir les normes ou cadres cognitifs dominant une réforme.

Ce type d'analyse qualitative s'intéressant aux contenus est loin de dominer les études sur le Congrès, portant traditionnellement assez peu sur les idées, mais tirant au contraire leur force et leur originalité d'une approche rationnelle des parlementaires et de leurs comportements. Cependant, un volume croissant de recherches américaines redécouvre les idées, en soulignant le renforcement de l'idéologie au sein du Congrès et la transformation des partis politiques (Campbell, Rae, 2004 ; Cox, McCubbin, 1993; Fiorina, 1999 ; Michelot, 2004, Saint-Clair, 2000 ; Thériault, 2006, McCarthy, Pool, Rosenthal, 2005). Ces études montrent que les deux perspectives – idées et intérêts – ne s'excluent pas l'une l'autre : les idées représentent le cadre dans lequel les intérêts se construisent et s'affrontent, elles constituent même un socle permettant d'agrèger ces intérêts. Comme l'avancent P. Muller et Y. Surel (1998) : « *prendre la parole, c'est aussi prendre le pouvoir* ». Aussi, dans le contexte de la science politique américaine, des études récentes s'intéressent aux débats et aux processus de construction de « cadres » de références pour les discours (« framing ») compris comme entreprise de monopolisation de thèmes de référence, qui participeront à construire l'identité du parti politique (« issue ownership », Wilkerson et Feeley, 2000). Ce courant est ainsi représenté par William H. Riker (1996) qui étudie les arguments et les stratégies rhétoriques des différents camps – fédéralistes et anti fédéralistes – lors de la ratification de la constitution américaine. Cette étude identifie un certain nombre de thèmes propres à chaque camp (« frame ») ramenés à des clientèles électorales spécifiques. Sigelman et al. (2001) à propos des deux débats sénatoriaux sur l'impeachment de Clinton et Nixon, Niven (1996) à propos des débats sur la première guerre d'Irak, ont également adopté cette approche. Enfin, DeGregorio (2008) reprend cette analyse des cadres des discours parlementaires et insiste sur la perméabilité des usages sémantiques attachés aux protagonistes d'un débat. Sa recherche met en évidence des stratégies de « transgression » de son registre de discours

---

<sup>1</sup> Dans leur article, « comprendre la délibération parlementaire » (2008), Duprêt, Ferrié et Legrand empruntent la notion de « réseaux dialogique » à B. Latour (2005), J. Nekvapil, et I. Leudar (1993), définie comme « *dispositif conversationnel particulier* » faisant intervenir des échanges médiatisés, dans lesquels toutes les parties de l'échange ne sont pas physiquement présentes, mais représentées par les parlementaires. Ils soulignent la dimension spécifique du débat parlementaires : il n'est pas le lieu du débat (comme les théories de la démocratie représentatives l'avancent fréquemment), mais au contraire le lieu où se clôt la discussion : « *De ce point de vue, le parlement n'est tout simplement pas le lieu par excellence de la délibération, mais, au contraire, le lieu spécifique où la délibération est arrêtée par le comptage des voix ; il est donc une part et une simple part, quelque indispensable qu'elle soit, d'un réseau dialogique* »

(« trespass ») et d'emprunt de thèmes reconnus comme caractéristiques de la partie opposée, à des fins rhétoriques<sup>2</sup>.

Présentant les premiers résultats d'une recherche en cours, cette communication souhaite s'inscrire dans une démarche similaire, en analysant de façon qualitative la manière dont évoluent les débats parlementaires portant sur Medicare. Plus précisément, notre démarche vise à comprendre « comment » - du point de vue du contenu-, le mouvement de renforcement des partis politiques dont font écho les récentes études sur le Congrès (polarization studies), s'incarne dans les relations qu'entretiennent les parlementaires de différentes sensibilité politique. En s'attachant à retracer l'évolution des « cadres » cognitifs, des concepts et des idées mobilisées dans les discours parlementaires à propos de Medicare, notre objectif est donc double : mettre en évidence l'évolution des conceptions et des paradigmes (Hall, 1993) guidant les politiques publiques de santé et en montrer les répercussions sur les rapports entre les parlementaires.

Le programme Medicare est ici mobilisé à titre « exemplaire », car il apparaît fortement clivé entre des conceptions radicalement opposées de la solidarité et de l'intervention du gouvernement dans la société. C'est un programme public créé en 1965 par Lyndon Johnson, dans le cadre de son projet libéral<sup>3</sup> de « great society », lors de la réforme du « *Social Security act* » de 1935<sup>4</sup>. Il fournit une assurance maladie pour toutes les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans et était, dès 1965, composé de deux volets : un volet hospitalier obligatoire financé par des cotisations salariales (appelée Medicare part A) et une couverture facultative des frais des médecins libéraux, fondée sur le paiement de « premiums » mensuels (part B). Notons dès à présent que pour faire accepter la réforme aux prestataires de santé (médecins, hôpitaux), d'importantes concessions leur ont été faites à l'origine, au premier rang desquelles figurait la garantie d'une absence de contrôle des actes médicaux eux-mêmes et le remboursement intégral de leur prestations, qualifié par la littérature de « chèque en blanc » (Gordon, 2003) aux professionnels de santé.

En 1997, une réforme importante du programme, menée lors du passage du « *balanced budget act* » a introduit un troisième volet (part C ou « *Medicare + choice* ») permettant aux bénéficiaires de ce programme de choisir les modalités de leur remboursement. Enfin, en 2003, lors

---

<sup>2</sup> En France, cette entrée par les idées, appelée également « analyse argumentative » des discours parlementaires est présente dans plusieurs analyses, à l'image de l'article de R. Michelli (2007), interprétant les échanges entre les législateurs comme démarche de crédibilisation ou de légitimation. Analysant les discours parlementaires en France, lors du débat sur l'abolition de la peine de mort en 1981, il met en évidence deux stratégies discursives distinctes dans les discours des « pro-abolition » et des « anti-abolitions », qu'il interprète comme la mobilisation de deux imaginaires distincts de la fonction parlementaire : l'un fondé sur la représentation de la « France profonde », l'autre s'appuyant sur l'autorité de personnages publics du passé illustres et presque mythiques.

<sup>3</sup> Nous entendons ici le terme « libéral » au sens américain : contrairement à l'usage français du terme, les libéraux américains (le parti démocrate) dans le domaine social défendent une intervention plus forte du gouvernement fédéral, contrairement aux conservateurs (parti républicain).

<sup>4</sup> Le social security act met en place un système de retraite obligatoire et universel, s'adressant à toute personne âgée de plus de 65 ans, et financé par des cotisations sociales et salariales (payroll tax)

du « Medicare modernization act », un quatrième volet a été ajouté (Medicare part D) : le remboursement des médicaments.

### Les différents volets du programme Medicare :

<p><b>Medicare part A</b>, aussi appelé « <i>assurance hospitalière pour personnes âgés</i> » est un programme universel et obligatoire de nature assurantielle, financé sur la base de cotisations prélevées directement sur le salaire (« <i>Federal Insurance Contributions Act taxes</i> »).</p>
<p><b>Medicare part B</b> couvre les frais des médecins libéraux. Cette assurance est volontaire et est financée en partie par des cotisations prélevées sur salaire, en partie par des « premiums » au coût limité, payés mensuellement par les assurés eux-mêmes. Depuis 2007, le prix de ces premiums est proportionnel aux revenus. Le prix standard du Premium s'élève en 2008 à un peu plus de 96 dollars, mais peut grimper jusqu'à 239 dollars pour les personnes gagnant plus de 205 000 dollars par an (ou 410 000 dollars pour les couples).</p>
<p><b>Medicare part C</b> : appelé aussi « Medicare + choice », correspond au volet créé en 1997 par le « <i>balanced budget act</i> ». Il instaure une privatisation partielle de Medicare (part A et B). Cette disposition prévoit la possibilité pour les bénéficiaires de Medicare de recevoir leurs prestations via une compagnie d'assurance privée, au lieu des plans Medicare A et B classiques (fee for services). Si le volume total des prestations proposées doit être au minimum égal aux prestations offertes par les plans traditionnels, les compagnies d'assurance sont, dans les détails, libres d'offrir la couverture de telle ou telle maladie ou prestation<sup>5</sup>.</p>
<p><b>Medicare part D</b> : Mis en place en 2003 par le « <i>Medicare Prescription Drug, Improvement, and Modernization Act</i> », ce dernier volet crée une nouvelle prestation : les remboursements de médicaments. Les bénéficiaires peuvent choisir de s'assurer sur les prescriptions de médicament selon les modalités classiques de Medicare (mode du « fee for services ») ou opter pour une assurance privée un « Prescription Drug Plan » (PDP) ou un « Medicare Advantage plan with prescription drug coverage » (MA-PD). Ces plans sont coordonnés par Medicare, mais sont administrés par les compagnies d'assurance privées (telles que AETNA, Blue cross/blue Shield). Contrairement à Medicare part A et part B, les bénéfices proposés par ces assurances ne sont pas standardisés, et les compagnies d'assurance peuvent choisir quels médicament elles souhaitent ou non rembourser. Enfin, les plans privés choisis au titre de « medicare part C » peuvent inclure les prestations prévues par ce nouveau volet.</p>

---

<sup>5</sup> Dans les faits, plusieurs commentateurs de la réforme de 1997 montrent que les prestations correspondant aux maladies les plus « chères » et les plus dramatiques, de longue durée, sont souvent absentes de ce nouveau type de plans.

La mise en place de ce programme en 1965 a fait l'objet de débats conflictuels et a été intensément négocié avec les différents comités du Congrès et les intérêts professionnels<sup>6</sup>. Son vote a été rendu possible grâce à une majorité libérale très importante au Congrès, traversant alors les frontières partisans : républicains libéraux votant avec démocrates libéraux, tandis qu'au sein de la « *coalition conservatrice* »<sup>7</sup>, les démocrates conservateurs du sud ont voté avec les républicains conservateurs contre la mise en place de ce programme, qu'ils considéraient comme une menace à la liberté de soin et un premier pas vers une « médecine socialisée » (la menace rouge). Malgré ces difficultés originaires, ce programme n'a plus été remis en question par les législateurs pendant les trente ans suivant. Ses réformes, bien que régulières - presque annuelles-, suscitaient un fort consensus, voire fréquemment l'unanimité. Elles ont consisté, pendant les dix premières années à étendre ses catégories de bénéficiaires et la palette des soins couverts (en particulier, Medicare développement Act 1966). A partir du milieu des années 1970, face à la croissance très importante des dépenses du programme, l'action du Congrès a changé de direction et a cherché à contrôler d'avantage les prestataires de santé (à remettre en question le « chèque en blanc »), en créant tout d'abord des instruments permettant d'instaurer des guides de bonne pratique que devaient respecter les hôpitaux agréés par le programme, puis instaurant une grille harmonisée de paiement des actes hospitaliers (Social security reform, 1983). Le système de paiement à l'acte a été élargi aux médecins en 1989 (mesure introduite dans la loi budgétaire pour 1990 - « réconciliation budget bill »). En 1986, une réforme est menée pour lutter contre la fraude. Malgré quelques oppositions relatives aux manières de freiner les dépenses (pour le dire de façon très générale, les démocrates préféraient des solutions visant à contrôler davantage les tarifs des prestataires, tandis que les républicains soutenaient des réformes qui visaient à faire payer davantage les bénéficiaires), ces réformes ont été votées dans un climat relativement bi-partisan, et n'ont pas données lieu à des contestations à la hauteur des débats de 1965.

Une rupture intervient dans le traitement législatif de ce programme à partir du milieu des années 1990. Comme le montre J. Oberlander (2003), dans son analyse des « politics of Medicare » : le relatif consensus politique entourant ce programme depuis 1965 a cessé : « *Medicare moved in 1995 from a politics of program management (low visibility, low conflict, low-ideology politics that focuses on program administration and efficiency with limited public involvement) to a politics of program transformation (high visibility, high conflict, ideological politics that centers around efforts to change – or enact – a program's basic structure and philosophy with a greater role for the public)* » (p6). A partir de 1995, des changements importants dans les politiques américaines ont modifié la manière qu'ont eu les parlementaires d'aborder les réformes de ce programme : les reculs électoraux des démocrates, perdant la Présidence en 1981, 1989 et en 2000, puis perdant le Congrès aux élections de 1994 ont permis le passage

---

<sup>6</sup> En particulier les associations de médecins (American Medical Association) et d'hôpitaux (American Hospital association), des associations de retraités (American Association of retired persons) et les syndicats (AFL-CIO)

<sup>7</sup> Le terme de « coalition conservatrice désigne une alliance de votes membres du Congrès républicains et démocrates conservatistes, élus dans des circonscriptions du Sud, pratiquant l'apartheid. Cette alliance, très forte dans les années 1950, a bloqué les tentatives de réformes instaurant des politiques sociales. Toutefois, les articles de presse (CQ Weekly) datant du milieu des années 1960 souligne un affaiblissement, qui aurait permis de faire passer la réforme instaurant Medicare et Medicaid.

de la « *Great Society* » de Lyndon Johnson à la « *Révolution Conservatrice* » de R. Reagan, prolongée par le « *Contract with America* » de N. Gingrich (1994), Speaker de la Chambre des Représentants de 1994, remettant en question les bases du contrat social et de l'Etat providence américain. Medicare apparaît au cœur du clivage aujourd'hui très fort entre Républicains et Démocrates autour de la place de l'Etat et de son rôle vis-à-vis de la société, car soulève des questions ayant trait aux exigences de solidarité nationale et aux problématiques de gestion des dépenses publiques, qui sont toutes deux au cœur de l'agenda politique américain. Les débats menés à partir de 1995 apparaissent plus idéologiques, les votes suivent davantage les lignes de partage entre les deux partis.

### **. Méthodologie et terrain empirique**

Gardant à l'esprit l'évolution du programme et ses différentes « phases », cette communication va chercher à caractériser l'évolution des débats parlementaires menés lors de ces réformes. Elle soulignera leur progressive re-structuration partisane, en portant une attention toute particulière à la construction et la l'affirmation progressive du message du parti républicain en matière de santé.

Nous avons choisi de limiter notre recherche empirique à un nombre limité de débats sur Medicare, illustrant les trois phases dégagées de traitement législatif du programme : la phase de « *création* » du programme, la phase de « *gestion du programme* » et la phase de « *remise en cause* » de ses fondements. Quatre débats ont été retenus : le débat ayant trait à la mise en place de Medicare en 1965 pour la phase de « *création du programme* », le débats sur la mise en place du paiement à l'acte des Hôpitaux en 1983 pour la phase de « *gestion du programme* » ; les débats a propos du « *balanced budget act* » de 1997 et à propos de la mise en place du remboursement des médicaments en 2003 (« *Medicare modernization act* »), pour la troisième phase. Les données relatives à ces débats proviennent des archives du Congrès (Congressional records), disponibles sur Internet sur la base documentaire « Lexus Nexus Congressional ».

La démarche d'analyse retenue s'intéresse aux contenus des échanges entre les parlementaires. Elle cherche à mettre en évidence les points saillants des discours des parlementaires, de façon à les comparer les uns aux autres. Notre méthodologie est donc principalement qualitative. Si des outils d'analyse quantitative de données ont été utilisés, principalement des outils informatisés d'analyse lexicale (le logiciel de lexicométrie Atlas), nous les avons mobilisé à des fins de vérification des régularités dégagées lors de la lecture des sources. Pour chacun de ces débats, les interventions des législateurs démocrates et républicains ont été traitées de façon séparée, donnant lieu à une lecture et à un relevé des occurrences apparaissant significatives pour chaque parti. Nous avons choisi une méthode exploratoire, ne visant pas à « trouver » dans les débats des termes appartenant à des catégories déterminées à l'avance, mais cherchant à mettre en évidence des usages répétés d'expressions et d'arguments. Ce relevé de termes a donné lieu, dans un second temps seulement, à la construction de catégories d'analyse, empruntées à l'approche par les « *récits de politique publique* » telle qu'exposée par C. Radaelli (2000) : cette analyse procède à un découpage séquentiel des récit de

politique publique dégageant une mise en scène historique ou un diagnostic du problème, une dramatisation de la situation actuelle et de ses conséquences pour le futur, puis un exposé des solutions souhaitables et des réformes à entreprendre pour éviter que ne se réalise ce « scénario apocalyptique » (Radaelli, 2000). Plusieurs autres catégories nous ont semblé importantes à dégager pour situer les discours : les indices de bipolarisation des échanges (regroupant les invectives au camp adverse, les commentaires sur la réforme débattue), les clientèles ou audiences auxquelles se réfèrent les membres de chaque partis, mais aussi occurrences employées pour caractériser la proposition de loi examinée, pour formuler le diagnostic sur les problèmes du programme, pour formuler les solutions et mesures à prendre. Les manières dont chacun des deux partis fait référence à l'autre, l'inclus ou l'exclus de son discours, ont également été référencées. Enfin, une catégorie « concepts clés du discours » a été ajoutée, rendant compte des termes au cœur d'une argumentation, des images ou métaphores utilisées pour justifier et incarner le discours.

#### Catégories d'analyse employées :

Catégories employées	Types d'occurrences relevées dans les discours
Diagnostic du problème	Arguments, expressions exposant les motifs de la réforme de Medicare : ex. problèmes macroéconomiques, problèmes financiers, problèmes institutionnels ou liés à la régulation du programme...
Dramatisation de la situation actuelle	Termes ou expressions décrivant le programme Medicare, la situation économique des bénéficiaires ou des contributeurs du programme. Termes évoquant l'avenir de Medicare, des politiques sociales, de la société
Solutions de réformes	Discussion et jugement de la proposition de loi, propositions alternatives ou amendements
Indices de polarisation des discours	Termes utilisés pour désigner le camp adverse, pour signifier un accord ou un consensus entre les différents partis, ou au contraire pour signifier un désaccord ou une opposition aux arguments de l'autre camp
Auditeurs ou destinataire du discours	Indications sur les bénéficiaires du programme, sur ses clientèles, sur les segments spécifiques de la population (segment social, économique ou géographique) touchés par la mesure ou qui devraient l'être
Mots clés	Symboles, images, expressions récurrentes permettant de qualifier et d'incarner le discours (ex. « Medicare bankrupt »)

Les résultats de cette catégorisation qualitative et subjective ont été vérifiés par une analyse lexicométrique simple des fréquences de termes renvoyant à chacune des catégories du discours que nous venons de dégager, grâce au logiciel Atlas. Il s'est agit de vérifier la pertinence des régularités de discours dégagées, tout comme l'interprétation de leur évolution en regardant l'évolution du nombre d'occurrences liées à un argument dans les différents débats analysés (mots et groupes de mots de même signification). Enfin, des éléments informatifs empruntés à la presse spécialisée sur le Congrès (Congressional Quarterly, CQ weekly) ont permis de re-contextualiser les débats analysés.

Les résultats de cette démarche seront présentés dans la suite de ce papier, comparant chronologiquement les différents débats et mettant en lumière leurs éléments de continuité et de rupture. Nous aborderons d'abord le débat autour de la création de ce programme (1965), puis le débat mené à l'occasion de la réforme du mode de paiement des hôpitaux (1983). Nous terminerons par l'analyse des débats de 1997 et 2003, faisant entrer les plans d'assurance privés dans le programme et créant le remboursement des médicaments.

## **I - La création de Medicare : deux discours libéral et conservateur distincts, partageant un même diagnostique**

### **. Le contexte du débat :**

La mise en place du programme Medicare, assurance maladie pour les personnes de plus de soixante-cinq ans s'inscrit dans la réforme du « Social Security Act » de 1965. Cette réforme est présentée par la littérature (Hacker, 2002) et par les débats du Congrès de l'époque comme l'aboutissement d'une longue controverse dans l'Amérique du premier tiers du XXe siècle à propos de la mise en place d'une assurance maladie pour les personnes âgées. Avant cette proposition de réforme, plusieurs autres propositions avaient été examinées par le Congrès, mais n'ont jamais suscité de soutien suffisant pour être votées, ou même discutées en séance. Déjà pendant la période de l'entre-deux-guerres, l'administration Roosevelt avait élaboré un plan de couverture pour les personnes âgées, mais ne l'avait pas proposé aux scènes législatives. Le Président Truman, en 1945 a repris et soutenu cette mesure, mais a été contraint de l'abandonner face à une campagne publique très agressive menée par les associations de médecins, et en particulier par *l'American Medical Association*, insistant sur le thème de la « menace rouge » (« red menace », Gordon, 2003, Quadagno, 2005). La mise en place d'un tel programme revient sur le devant de la scène politique dans les années 1960, soutenue par l'administration Kennedy, et à l'intérieur de la Chambre par le représentant Forand (democrate, Rhode Island), qui introduit la proposition de loi au sein du Comité Ways and Means (Forand Bill). Toutefois, ne trouvant pas de majorité au sein du Comité (qui a rejeté en 1960 le plan à 17 votes contre 8) cette proposition est laissée de côté. Medicare n'a pu passer qu'à la faveur d'un retournement du Ways and Means, dont la majorité est favorable, à partir de cette période, au passage de la mesure. Les tentatives précédentes s'étant toutes heurtées au refus de la majorité des membres de ce comité de laisser le texte être discuté en séance. La mise en place de ce programme en 1965 est profondément tributaire du résultat des élections législatives de 1964, qui ont apporté plus de quarante nouveaux sièges aux démocrates libéraux du nord à la Chambre des Représentants, et un Sénat largement démocrate également. L'arrivée massive de démocrates libéraux au sein du Comité Ways and Means a permis, pour la première fois depuis l'introduction du système de pension public (Social security act de 1935), que la chambre dans son ensemble débâte et vote le texte.

Le projet de réforme de l'administration Johnson de 1965 est introduit par le représentant Cecil King (D-Californie), son principal objectif est de fournir une couverture des frais hospitaliers pour les bénéficiaires des prestations retraites (Social security). Il est toutefois profondément modifié par le comité Ways and Means, par son Président W. Mills (D-Arkansas) qui accepta de soutenir la réforme à condition de lui ajouter deux volets : un programme de couverture maladie ciblé sur les plus pauvres (programme assistantiel) qui devint Medicaid et un programme de nature volontaire, visant à proposer aux retraités une couverture maladie des frais des médecins.

### **. Le débat législatif créant Medicare : « War against poverty »**

La proposition de réforme fut introduite d'abord à la Chambre des représentants, par Mills et le débat fut mené suivant une procédure qui interdisait le passage de tout amendement (closed rule). Elle fut votée de façon rapide et transférée au Sénat qui y apporta quelques amendements sans transformer la structure même du texte. La version finale de la loi, votée en juillet 1965 est restée très proche de la version élaborée par la Chambre des Représentants. Bien que ce débat ait été très fortement encadré, plusieurs éléments ressortent assez clairement des comptes rendus. Tout d'abord, le thème dominant les échanges est fondé sur l'idée d'un « *mandat populaire* » dont serait investi le Congrès de 1965, prolongement du projet de Lyndon Johnson de « *Great Society* ». Plusieurs occurrences dans les interventions des membres du Congrès font intervenir les termes clés du projet présidentiel : « *war on poverty* », « *great Society* », « *Great historic day* ». Le plan de réforme est présenté comme un engagement moral, lié à un consensus national, s'étant exprimé lors des élections de 1964 et devant traverser les barrières partisanes.

Rep. Bolan, D-Massachussetts : « *It is, indeed a great bill and a historic bill, it meets the challenges of our president as to our obligation for advancing the nation's health, in a way which, I believe, calls for bipartisan support* »

Ce mandat, dont se réclament les démocrates au Sénat et à la Chambre des représentants, trouve appui sur des références répétées aux fortes attentes des retraités. Les parlementaires démocrates se présentent comme les représentants privilégiés de ce segment de la société. Leurs discours sont fréquemment ponctués par la lecture de lettres et de témoignages de séniors. A l'instar du témoignage que le représentant Zablocki, D- Wisconsin lit pour clôturer son intervention en faveur du programme : (*from an Elderly man of Palmyra, Wisconsin*) « *My wife and I have to live on \$ 109,50 a month with no other income. If you think it is easy to get along on that, just try it for about two months (...) Total hospital and doctors bills amounted to \$1,600.48 for two years. I had to sell my home in order to pay for it* ». Se réclamant représentants des retraités, les démocrates soutenant le programme insistent sur la nécessité de les protéger contre les coûts, insoutenables pour la plupart d'entre eux, d'une maladie. Ils parlent à plusieurs reprises de sortir les retraités de la misère et de procurer de la sécurité aux séniors. Ils justifient leur programme à dimension contributive et universelle, fondée sur les cotisations salariales (payroll tax), par la volonté de supprimer la

dimension « assistantielle » et stigmatisante de l'aide publique qui existait jusque là. Les termes employés pour exprimer cette idée sont nombreux : « *remove the stigma of Charity* », « *provide dignity for these people* », « *no humiliating means testing* », « *eliminate the necessity of Charity* »... Ils insistent sur la nécessité de permettre aux retraités de conserver leur indépendance financière, en particulier vis à vis de leur famille.

#### **. L'alternative proposée par les conservateurs : un plan d'assistance ciblé sur les plus pauvres retraités.**

L'insistance des démocrates libéraux sur l'idée de mettre en place un système qui ne reposerait pas sur la « charité » mais sur une prestation offerte à l'ensemble des retraités et financées par des cotisations payées durant la vie active fait directement écho à l'argument principal du camp conservateur, soulignant l'inadéquation du plan avec les besoins réels de la population. Si aucune de leur intervention ne conteste le diagnostic du problème opéré par les libéraux, ni l'urgence d'une réforme visant à permettre à tous les seniors de pouvoir bénéficier de soins médicaux abordables, la plupart d'entre elles en conteste la portée : tous les retraités n'ont pas besoin d'une couverture maladie publique, car la plupart d'entre eux ont déjà une assurance privée. Ils contestent sur cette base le plan présenté par le comité Ways and Means. Le contenu de la réforme est ainsi présenté comme inapproprié au problème, impliquant un coût excessif de ce programme, qui, couvrant toute la population, y compris les seniors bénéficiant déjà d'une assurance privée, limite de fait la générosité des prestations pour ceux qui en ont le plus besoin. Ce plan est également présenté comme potentiellement dangereux, car à même de mettre en péril le programme de retraites auquel il est lié administrativement : les termes employés sont extrêmes et font émerger le thème de la « *social security bankrupt* », qui sera repris dans les débats sur les réformes de medicare, dans les années 1990, comme justification principale aux coupes budgétaires qui seront proposées.

Rep. Fuqua, D-Florida : « *This bill would cover only a segment of our population, not our entire elderly population and without regard to their needs. Benefits would accrue to all those so covered, regardless of wheter they have need for such benefits or not. The cost would be tremendous. I am informed that this bill would impose on the workers today a staggering sum of \$35 billions for hospitalization benefits for those already over age 65.* »

Une proportion très importante des interventions des conservateurs met ainsi l'accent sur le poids trop important de ce programme en matière de taxes. Cette insistance sur le poids des taxes révèle un discours tourné vers des auditeurs ou des clientèles électorales distinctes. Leurs interventions font intervenir de façon régulière les travailleurs actuels, les jeunes, qui devront payer pour les retraités tout au long de leur carrière professionnelle. Les contribuables apparaissent au centre du discours républicain, ils s'adressent à eux à travers les termes de « *Tax payers* », « *wage earners* », « *Young wage earners* », « *workers* ». Cette catégorie est au contraire absente des discours démocrates. Les payrolls taxes apparaissent une solution inappropriée, comme l'avance le rep.

Edwards, R-Alabama : « *I oppose to the compulsory payroll tax not because I am against senior Citizen but precisely because I want to see the government do the most effective job for them. The compulsory payroll tax will not do the job. It will bind us all more closely to the rigid structure of government without providing the most effective help possible. We need a voluntary program with financing assistance from général revenue.* »

De même, contrairement aux libéraux, dont les discours font intervenir des qualificatifs s'adressant à l'ensemble de la population, les interventions républicaines introduisent de la distinction entre les retraités dans le besoin et les retraités aisés. Leur discours ne considère pas les retraités comme un tout uni, ayant les mêmes besoins, comme le font les démocrates, affirmant s'adresser aux « *Old people* », « *one tenth of our people* », « *18 billions of people* », « *senior Citizen* ». Ils établissent une distinction importante entre différentes catégories de retraités : ceux qui ont besoin d'une aide publique, ceux qui n'en ont pas besoin. Leurs manière de désigner les retraités témoigne de leur conception résiduelle de l'assurance sociale: ils parlent ainsi plus fréquemment de « *poor seniors* », « *low income retired* », « *middle income people* »

#### **.Une emprise de la logique partisane toutefois encore limitée :**

Si deux discours politiques majeurs apparaissent dans ce discours, constituant deux pôles l'un soutenant un plan universel de nature assurantielle fondé sur des cotisations salariales, l'autre soutenant un programme fondé sur une assistance publique résiduelle et placé sous conditions de ressources, il semble qu'il ne faille pas surestimer la « bipolarisation » partisane comme facteur explicatif du déroulement du débat. Certes les « roll call votes » clôturant le débat ont suivi un schéma bipartisan : à la Chambre des Représentants, les démocrates ont voté ce texte à 83%, tandis qu'une majorité de républicains ont voté contre lui mais de façon plus beaucoup plus éparpillée puisque seulement 51% d'entre eux ont voté avec la majorité de leur parti contre ce texte. Au Sénat, la proportion est du même ordre puisque 89 % des sénateurs démocrates ont voté ce texte avec la majorité de leur parti, tandis que seulement 52% des républicains ont voté contre, avec la majorité de leur parti<sup>8</sup>. Toutefois, la lecture des débats laisse apercevoir, au Sénat comme à la Chambre des Représentants de fréquentes interventions marquant une transgression des parlementaires par rapport au discours de leur majorité partisane. Les propos d'une représentant républicain, Rep. Pirnie, R-NY illustrent ce cette idée : « *We have a bill which is not an administration measure nor a republican bill. It is a composite approach, far more acceptable to many of Us. It is one I feel can provide desired and needed benefits for our senior Citizen, présent and future.* ». De façon miroir, l'intervention d'un représentant démocrate conservateur du sud illustre des positions en profonde opposition avec la majorité de son parti : Rep. Fuqua, D-Fla « *When you lump those who have a real and Earnest need in*

---

<sup>8</sup> Ce débat et les votes qui ont suivi témoignent d'une unité plus importante des démocrates que des républicains, pour qui, voter contre ce texte présentait la difficulté d'avoir à justifier devant ses électeurs du refus de faire passer une mesure très populaire et très visible, et en l'absence d'une solution alternative forte

*with those who have no such need, you have a situation where a tremendous burden is placed upon the back of the American Taxpayer. I have stated consistently that while we have a need, while there is a dire need on the part of so many, the solution to this problem should be based on need. This bill does not follow that concept.*» Plus encore qu'une stricte polarisation « partisane », les deux « pôles » s'affrontant dans ce débat sont les pôles « libéraux » et « conservateurs », que recouvrent de façon encore inachevée la division entre le parti démocrate et le parti républicain.

Cette hypothèse est renforcée par les occurrences utilisées par chaque parti pour se désigner et désigner le camp adverse. Le parti majoritaire – démocrate – n'utilise que très peu de termes insistant sur les différences de point de vue entre les deux partis, préférant parler au nom de la chambre dans sa totalité en optant pour des termes inclusifs tels que « *my colleagues* », « *we all* », « *this Chamber* », « *our nation* », « *our Citizen* ». Lorsque qu'ils désignent le camp adverse, ils ne citent presque jamais le parti républicain en tant que tel, préférant des termes plus neutres tels que « *some people* », « *those who argue* », « *the detractors of the bill* ». Cette démarche argumentative peut être interprétée comme une stratégie visant à construire un consensus qui dépasserait les frontières des partis, et visant à rendre moralement insoutenable l'opposition à une réforme « urgente pour des milliers d'américains ». Les discours républicains par contraste accentuent davantage la spécificité des solutions qu'ils proposent. Leurs interventions contiennent les termes de « *majority* », « *minority* », « *the republican proposal* », *the* « *republican-sponsored substitute* », *the* « *minority members* ». Ils justifient ainsi leur plan. Toutefois, lorsqu'ils marquent leur opposition, c'est assez rarement au parti démocrate en tant que tel, mais bien plus à : la « *ways and means committee bill* », marquant ainsi la part très importante que ce comité prend dans la rédaction et l'amendement du texte. Plus qu'aux partis politiques, les propositions de réforme apparaissent dans les discours être profondément tributaires des comités du Congrès. Il faut également noter, dans les deux camps, de fréquentes allusions au travail bi-partisan telles que « *many of us* » (« Us » désignant ici le Congrès), « *unanimous consent* », ou encore « *compromise* ». Soulignant leur accord avec une partie de la loi, correspondant à la proposition républicaine des représentants « King et Andersen » (King Andersen bill), incorporée par W. Mills, président du comité Ways and Means au texte sous la forme de « Medicaid ».

Il est important de noter pour conclure sur ce débat, la domination forte des thèmes libéraux et la prégnance du diagnostic et des solutions portées par le pôle libéral de la chambre : l'urgence de la réforme, l'état de santé désastreux des personnes âgées, les coûts insupportables des soins, autant de thèmes clés du discours libéral et de leur diagnostic, sont placés au cœur des discours toute sensibilité confondue et dominant véritablement les échanges. Toutefois, bien que les initiatives de réforme viennent toutes des démocrates et que le passage de cette réforme soit pleinement tributaire de leur large majorité dans les deux chambres, les termes indiquant une forte conflictualité partisane apparaissent assez peu dans ce débat. L'essentiel du travail de consensus ayant été réalisé au sein du comité Ways and Means. La personnalité de son Président, W. Mills apparaît déterminante, un grand nombre de contributions des deux partis, lui rend hommage pour le texte qu'il a réussi à négocier, faisant la synthèse des propositions de l'administration Johnson (Medicare part A, remboursement

des hôpitaux), des médecins (Eldercare, devenant Medicare part B) et des conservateurs (Medicaid, un programme sous condition de ressources).

## **II- 1965-1995 : un programme soutenu et populaire. Un Congrès gestionnaire.**

Comme l'avance J. Oberlander (2003), les débats à propos de Medicare, se déroulant entre les années 1965 et la fin des années 1980 se caractérisent par un fort consensus bipartisan et d'un soutien important au programme, devenu très populaire et très soutenu par ses bénéficiaires. Les réformes menées pendant cette période représentent surtout des ajustements dans les instruments du programme. Elles visaient à freiner la progression de ses coûts, lesquels, dans le cadre du « open commitment program » remboursant les prestataires de santé à posteriori et sur la base des coûts pratiqués, augmentaient de façon incontrôlée. Le débat de 1983, qui nous intéresse ici, introduit une nouvelle manière de rembourser les hôpitaux, selon une grille tarifaire uniforme à l'acte (le « *prospectif payment system* »). Il apparaît représentatif de cette phase de gestion de programme et se caractérise par un registre de discours beaucoup plus technique que lors du débat de 1965, par un climat relativement bipartisan et par la marginalisation temporaire des discours portant sur les principes du programme. En 1983, il s'est agi de freiner les dépenses de Medicare. Là encore, le diagnostic est commun aux différents pôles idéologiques de la chambre : le déficit imminent annoncé des finances de Medicare est au cœur des échanges. Il est toutefois de nature radicalement opposée à celui de 1965, puisqu'il ne s'agit plus de répondre à un besoin social, mais de limiter la progression d'un programme désormais conçu comme trop coûteux. Cette réforme, pour emprunter un vocable appartenant à la littérature sur les Etats providences, n'appartient plus à la phase d'expansion des politiques sociales, mais bien plus à la phase de retrait de l'Etat (« Welfare State retrenchment », Pierson 2001). Ainsi, la justification profonde de cette réforme est la « protection » du programme, dont le succès sur le fond n'est pas remis en question. Les désaccords significatifs entre les parlementaires portent sur les groupes qui devront en supporter le coût des réformes : les options étant d'augmenter les cotisations salariales, d'augmenter la participation des entreprises, de réduire les prestations ou encore, et c'est la solution qui s'est imposée, de contrôler davantage les remboursements aux prestataires de santé : hôpitaux puis médecins. Nous allons examiner ce débat plus en détails, après avoir rappelé les principales étapes de l'introduction et de la discussion de ce texte.

### **. L'arrière plan de la réforme de 1983 : lutter contre le dérapage des dépenses de santé**

Plusieurs projections financières sur l'avenir de Medicare avaient accompagné la création du programme en 1965. Toutefois, elles se sont très rapidement révélées insuffisantes : les coûts réels du programme ont explosé, et les causes de cette « explosion » ont très vite été attribuées à l'absence

de contrôle des coûts pratiqués par les prestataires de service. A partir du début des années 1970, plusieurs réformes sont menées pour freiner l'augmentation des dépenses. Ces efforts visent dans un premier temps les fraudes des prestataires de santé, dénoncées dans des rapports de l'administration de la santé et lors d'auditions devant les comités du Congrès en charge du contrôle de Medicare. Ils introduisent des standards de bonnes pratiques et des contrôles accrus des comptes des établissements de santé. Une mesure est passée en 1972 visant à ce que les prestataires de santé participant à Medicare fournissent à l'administration (le « health and human services », puis le « center for Medicare and Medicaid services ») des bilans financiers annuels. Elle est suivie en 1977, 1978 et 1979 par des mesures contrôlant davantage les professionnels de santé. La Réforme de 1983, que nous allons étudier avec davantage de détails, s'inscrit dans le même mouvement en introduisant un contrôle accru des dépenses hospitalières. Ces réformes introduisent des changements de petite ampleur, que l'on pourrait qualifier de changement des instruments ou du niveau des instruments (Hall, 1994, Palier, 2005) de la politique, sans remettre en question ses objectifs ou ses grandes articulations.

Au Congrès, le débat législatif de 1983 a été mené de façon expéditive : moins de deux mois s'étant écoulés entre l'introduction de cette réforme dans les scènes législatives et la signature du texte par le Président Ronald Reagan. Cette volonté d'agir vite, devant une situation présentée comme urgente a été déclenchée en 1982, par un rapport alarmant du *Congressional budget Office* (CBO), annonçant la faillite du programme dans les cinq ans et mettant particulièrement en cause le dérapage des frais hospitaliers par rapport aux projections financières de 1965.

### **. Le débat sur Medicare de 1983 : Saving Medicare (1)**

La réforme discutée entre mars et juin 1983 a introduit un remboursement uniformisé des actes médicaux pratiqués par les hôpitaux selon une grille tarifaire élaborée par le secrétaire du département « Health and Human services ». Ce débat parlementaire peut être caractérisé par un registre de discours très technique, dans lequel les questions proprement politiques touchant aux fondements du programme sont fortement marginalisées : un nombre très restreint de membres du Congrès met en cause la nature du programme lui même, ses bénéficiaires ou son mode de financement. Ces questions de fond, fortement clivantes, ont été abordées lors de la réforme de 1965 et seront réabordées lors des réformes à partir des années 1990, mais elles apparaissent ici temporairement laissées de côté. Les interventions de ce débat laissant entrevoir un traitement « quotidien » des questions sociales : le débat apparaît peu visible, hautement technique et expéditif. Les solutions apportées s'inscrivent dans le registre technique dans lequel l'emprunte de l'administration de la santé (HHS) est affirmée et visible.

Les interventions des parlementaires lors de ces débats montrent que les deux partis partagent le même diagnostic quant à la nécessité de réformer Medicare : la nécessité de freiner les coûts est unanimement partagée. Les problèmes que rencontre Medicare sont présentés de façon

volontairement neutre. Les termes utilisés s'inscrivent dans un registre économique et parlent de « *Long term social sécurité déficit* », « *critical shortfall in fundings* », « *Medicare trust fund crisis* », « *increase in the cost of learning* »... Les causes de ces difficultés sont attribuées aux transformations dans la situation sociale et économique du pays, au nombre croissant de retraités, au coût croissant des techniques médicales, à la récession économique, mais également au comportement blâmable de certains hôpitaux, qui, dans un tel contexte, surtaxent les patients bénéficiaires des aides publiques. En plus de ce diagnostic consensuel et se réclamant scientifique, les remarques sur la nature bipartisane du projet sont très nombreuses. Les interventions évoquent un plan élaboré « *in a bipartisan manier* », parlent de « *bipartisan effort to make economic sense* », parlent également de « *bipartisan coopération* ». Les indications faisant référence à l'autre parti sont plutôt rares, contrairement aux discours incluant l'ensemble du Congrès : « *We know all* », « *We have tried for more than one decade to cut the cost of the Medicare system* », à la fois côté démocrate et côté républicain.

Les jugements portés sur la qualité de la proposition examinée sont également largement partagés. Les parlementaires républicains prenant la parole qualifient la loi proposée de « *significant change* », de « *desperate act to control Medicare costs* », d'« *improvement* », de « *good bill* ». Les interventions démocrates parlent de « *balanced provision* », de « *créative and responsible proposition* », d'« *historic day* ». Ainsi, à la Chambre des Représentants, le rep. Moore, R-Wi avance « *This new system of payment will provide long needed economic incentives for hospitals to be efficient and cost-conscious in the delivery of care to medicare beneficiaries.* » De façon miroir, le représentant Rep- Jacob, D-Indiana avance : « *I think it is an idea not only whose time has come, its time probably came at the time that we began the medicare system, but happily it is an idea that has converged, that is to say, various parties to this action, this creation of legislation, have converged in the opinion that it ought to be enacted.* »

#### **. Une marginalisation des discours politiques remettant en cause le programme:**

Les discours remettant en cause la pertinence de la réponse apportée à la réforme, soit qu'elle en fasse trop, soit qu'elle n'en fasse pas assez, apparaissent ainsi marginalisés et occupent une place limitée dans le débat. Pour le rep Dannemeyer, R-Ca, représentant une position très conservatrice, Medicare nécessite une réforme plus fondamentale, allant dans le sens d'une moindre participation du gouvernement fédéral : « *the entire structure of Medicare needs reorganization, with emphasis on cost-reducing Incentives—increased deductibles, co-payments, voucher systems, some taxing of employer contributions to medical benefits, negotiated rates, etc.—to both suppliers and users of medical services... But were the system to come crashing down, smart politics will be small consolation* ». Quelques parlementaires conservateurs à sa suite dénoncent des hypothèses de croissance financière des dépenses peu réalistes, une tentative de réforme n'allant pas assez loin, et le besoin de réformes structurelles. Ce message, marginalisé dans ce débat constituera un élément structurant du discours républicain des années 1990 et 2000. Du côté libéral, plusieurs voix, sceptiques quant à l'efficacité du

nouveau plan, mettent en évidence un danger de rationnement des soins hospitaliers offerts aux bénéficiaires de Medicare Leur argument majeur avance que des pressions croissantes sur les prix inciteraient les hôpitaux, non pas à revoir leur pratiques, mais à exclure les patients bénéficiaires de Medicare « trop peu rentables ».

Rep. Kastenmeier, D-Wisconsin : *“The foundations of Medicare have been hacked at for the past 2 years. This bill takes that process one step further, and again transforms what was supposed to be insurance into a welfare program, a program that threatens the quality of health.”*

Pour conclure, ce débat, au Sénat comme à la Chambre des représentants apparaît très différent de celui mené à l’occasion de la création de ce programme. Le registre est gestionnaire et moins politique. La conflictualité partisane apparaît très limitée. Lorsque l’on tourne notre attention sur les roll call votes menés à l’issue débat, un constat similaire est possible à propos du consensus important suscité par ce texte, les deux partis ont majoritairement voté pour ce texte : dans un sénat républicain (55 sénateurs républicains contre 45 démocrates), 93 % des démocrates ont voté pour le texte, avec la majorité de leur parti et 89% des républicains ont également voté pour ce texte. A la Chambre des représentants, nettement démocrate (272 membres affiliés au parti démocrate contre 163 affiliés au parti républicain) le consensus apparaît, mais de façon plus limitée, puisque 71% des démocrates et 92% des républicains ont voté cette réforme.

### **III –« Saving Medicare » (2) : un regain de conflictualité partisane à partir des années 1990.**

Les tonalités du troisième et du quatrième débat auxquels nous allons nous intéresser maintenant se rapprochent davantage de la tonalité des débats de 1965 que de celle du débat de 1983. Les mesures proposées se veulent aussi plus structurelles. Elles visaient à modifier en profondeur le programme, dont les coûts n’ont pas été freinés par les précédentes réformes des modes de paiement des hôpitaux en 1983, puis des médecins en 1987. Une gradation dans la conflictualité des échanges apparaît à leur lecture : le débat de 1997 est plus apaisé que celui de 2003. Quelques arguments clés sont toutefois présents dans les deux discours, même si moins affirmé dans le premier. Le thème dominant les débats est le même qu’en 1983 : il s’agit là encore de freiner la croissance des dépenses de santé, et d’opérer des réformes sous couvert de « sauver » Medicare. « L’intensité dramatique » attachée à l’urgence de la réforme est toutefois beaucoup plus importante.

## **. Le Contexte politique et économique entourant les débats relatifs à Medicare à partir des années 1990 :**

Plusieurs éléments doivent être mentionnés pour saisir les enjeux du « Balanced Budget Act » de 1997. Au niveau politique tout d'abord, le débat de 1995 est profondément transformé par de nouveaux rapports de forces politiques, marqués par une domination du parti républicain qui gagne aux élections de 1994 et pour la première fois depuis 1954, la majorité au Sénat et à la Chambre des représentants. Les élections de 1994 ont mené Medicare dans un environnement politique radicalement différent : car ce programme n'a jamais joué dans un Congrès complètement républicain. Cette victoire électorale importante a permis aux républicains, menés par le speaker de la Chambre des représentants Newt Gingrich, de mettre en place un agenda de réformes marqué par la volonté de réduire la taille du gouvernement fédéral et la portée de ses interventions.

En raison de son poids important dans le budget fédéral<sup>9</sup>, le programme Medicare a été placé au sommet de l'agenda de réforme de la majorité républicaine, en particulier de leur projet d'équilibrer le budget en 2002<sup>10</sup>. A cette fin, un premier projet de réforme budgétaire (« balanced budget act ») fut introduit en 1995. A propos de Medicare, il impliquait des coupes budgétaires à hauteur de 30% de ses ressources s'étalant dans la période 1995-2002, soit 270 milliards de dollars. Le texte fut introduit en octobre 1995 à la Chambre des représentants dans une « budget reconciliation bill », et fut débattu de façon très conflictuelle dans les deux chambres. Bien que voté, il fut pourtant rejeté par le Président Clinton, apposant son veto au texte. Deux ans plus tard, en 1997, une nouvelle version du « balanced budget act » est rediscutée par le Congrès, qui fut voté et négocié avec l'administration Clinton. Introduisant par ailleurs un nouveau programme d'assurance maladie ciblé sur les enfants et sous conditions de ressources – SCHIP, la réforme prévoyait de réduire les ressources de Medicare à hauteur de 112 milliards de dollars sur cinq ans. Il proposait en outre de transformer plus structurellement le programme, en introduisant des alternatives « privées » au programme traditionnel, dans lequel les prestataires de services choisis par les bénéficiaires se voyaient remboursés par le « Center for Medicare et Medicaid services » (« Medicare part D »), cette mesure permettait aux bénéficiaires de recevoir leurs soins via des réseaux de santé (« Managed care organizations »), gérés soit par les assureurs privés soit par les prestataires eux mêmes. Enfin, le programme a tenté de favoriser une solution plus individuelle de protection maladie, basée sur l'expérimentation de comptes épargne santé (« Medicare savings accounts »), faisant l'objet d'exemptions fiscales.

---

<sup>9</sup> Les dépenses consacrées à la sécurité sociale et aux deux programmes « medicare » et « medicaid » avoisinent 42% du budget fédéral (WEISSERT, 2002, p42). A la fin des années 1990, ce programme représentait un fardeau de 178 milliards de dollars.

<sup>10</sup> Cette volonté figure au sommet du programme de réforme conservateur, le « contract with America », une déclaration de principe fortement médiatisée, signée en 1994 par les membres républicains de la Chambre des Représentants, et fortement médiatisée. Dans le domaine social (domestic Policy), le « contract with America » prévoyait notamment des mesures visant à équilibrer le budget, à limiter et restreindre les programmes sociaux (Welfare programs), à réaliser des allègements fiscaux...

La réforme de 2003, « Medicare modernization act », prolonge la logique de privatisation du programme entamée dans les années 1990. Introduite par un Congrès majoritairement républicain, et sous une administration républicaine, son apport majeur est de créer une nouvelle prestation : le remboursement de médicaments (Medicare part D). Ce plan fonctionne sur une base volontaire. Ses bénéficiaires peuvent choisir de recevoir leurs bénéfices selon les modalités traditionnelles de Medicare (remboursement direct- « fee for service » ) ou d'opter pour une voie privée. Comme nous allons le souligner, le débat de 2003 se caractérise par une forte polarisation partisane et par des échanges très conflictuels, prolongeant les thèmes apparus lors des débats de 1997 et marquant l'imposition d'un « récit » construit selon les standards conservateurs. Leur diagnostic met directement en cause la nature même du programme : « face à sa faillite imminente, et à son poids insupportable pour les contribuables, il est urgent de revoir les bases du programme ». Les solutions prônées s'inscrivent dans la doctrine administrative du nouveau management public, elles prônent une « dé-bureaucratisation » du programme, en favorisant une intervention moins directe du gouvernement fédéral, passant par la mise en concurrence du programme avec des plans d'assurance maladie privés

#### **. L'imposition progressive des cadres d'analyse républicains : L'urgence d'une réforme structurelle**

Les deux réformes s'appuient sur le même thème que le débat de 1983 : « *saving Medicare* ». Ici encore, il ne s'agit plus, comme en 1965, de répondre à une demande sociale, mais au contraire de limiter la croissance d'un programme, dont le déficit est imminent et le poids trop important pour les contribuables. On retrouve donc un thème récurrent des discours conservateurs des années 1965, s'adressant en priorité aux « taxpayeurs », aux générations futures, et accordant moins de place, dans leur discours, aux retraités eux-mêmes. Les interventions républicaines insistent de façon très forte sur la mauvaise santé du programme, voire instrumentalisent le thème des dysfonctionnements et déficits du programme. Les interventions des républicains marquent une dramatisation très importante du thème de la faillite imminente du programme « Medicare bankrupt ». Le rep. Gutknecht (R, Minn.) avance de façon tout à fait représentative « *Let us talk about saving the Medicare system from bankruptcy. One of the other problems we realized when we came here, when I came here in 1994, was that Medicare was in trouble and that if we did not take some serious action, according to the trustees of the Medicare trust fund, they said that the Medicare trust was going to go bankrupt in only a few years* ». Ce diagnostic apparaît très largement partagé par l'ensemble des sénateurs et représentants républicains. Des termes clés appartenant au registre du sauvetage de ce programme structurent l'ensemble des discours républicains autour de termes clés : « save », « strengthen », « preserve », « modernize Medicare ».. Le sénateur Frist (R, Tenn.) avance ainsi : « *The Medicare trust fund will become insolvent in 10 years. Real, structural reforms are absolutely necessary to preserve Medicare for our children and our children's children. In 2010, the cash flow of the Social Security trust fund turns negative and by 2029, the Social Security trust fund will be bankrupt. This must be the next priority of the U.S. Senate.* » Le programme lui-même est dépeint comme présentant des

dysfonctionnements importants, rigide, bureaucratique, inefficace, un programme daté, qui n'est plus adapté aux réalités actuelles, qui ne procure pas une couverture adéquate et qui doit être modernisé : « *Medicare does not work* », « *rigid rules* », « *rigid régulation* », « *an insolvent program* », « *inefficient* », « *a 38-years-old program* »

#### **. La riposte démocrate : « Medicare is the answer, not the problem »**

Si les interventions démocrates lors du débat de 1997 adhèrent encore au diagnostic mettant en cause le programme sous sa forme actuelle et soulignant la nécessité d'une réforme les discours démocrates en 2003 marquent une profonde opposition aux diagnostics légitimant la réforme. Ils refusent l'interprétation que leur imposent les républicains : Le problème ne vient pas de Medicare, qui serait un programme daté, mais il trouve sa solution dans son renforcement. Leurs interventions soulignent ainsi sa forte réussite : plusieurs discours le qualifient de « *best-run government program* », ou encore de « *very good program* », « *a system that has worked so well* », « *a great American value* », « *a tremendous success* » : « *their is no problem with traditional Medicare* ».

Senator T. Daschle, D- South Dakota : "So I hope as we begin, we can all agree: Medicare is a critical program, a success story of tremendous magnitude. Any time you can say you have eliminated the lack of access to health care for a certain group of people almost entirely, that is a success."<sup>11</sup>

Les termes clés et arguments utilisés par les membres démocrates pour qualifier le texte insistent sur la menace qu'il représente pour le programme : « *an infamous plan* », « *a deceptive proposal* », « *a proposal that will kill Medicare* », « *end Medicare* », « *Underfund Medicare* », « *restrict coverage* ». Outre une très forte opposition sur le fond, des indices d'une conflictualité accrue entre les partis apparaissent : dans le débat de 1997 le texte examiné est qualifié de « *Republican bill* », de fréquentes références sont faites au « *républicain leadership* », ou « *the other side of the aisle* ». Lors du débat de 2003, le constat est similaire, mais renforcé, il est fait allusion aux « *conservative extremists* », « *conservative idéologues* », « *Republicans* », qualifiés de « *proponents of privatization* ». Les républicains, majoritaires dans les deux Chambres, développent des discours visant, comme l'avaient fait les démocrates lors de la réforme de 1965, à inclure l'autre camp dans la réforme ; les allusions au parti démocrate sont malgré tout beaucoup plus fréquentes.

#### **. Imposer la solution : freedom to choose.**

Le désaccord entre les deux partis s'incarne également dans les solutions respectives qu'ils proposent. L'enjeu principal de la dramatisation du discours républicain autour du thème de la crise de Medicare est, face à un projet très soutenu par ses bénéficiaires (notamment l'American Association of retired persons – AARP) d'imposer leur solution privilégiée : soit un retrait de l'Etat,

---

<sup>11</sup> Intervention lors du débat de 2003, Medicare Modernization Act.

au travers d'une mise en avant thème du « choix » : « choice for every seniors ». Lors du débat de 2003, le représentant S. Buyer, R- Indiana annonce “*We also provide a bridge to comprehensive reform for long-term solvency that we call enhanced Medicare, and what we are trying to do is provide choices for seniors with lower prices in a private sector approach*”.

Les qualificatifs attachés à ce texte insistent sur son orientation libérale (néolibérale) : « *more flexibility* », « *portability* », « *health care freedom* », « *competition* ». L'introduction de concurrence et de plans privés dans les réformes est présentée comme l'unique solution pour freiner les dépenses de santé des personnes âgées. Les occurrences appartenant au lexique de la liberté et du choix sont présentes dans toutes les interventions républicaines : les patients ont le droit de choisir leur plan, le plus adapté à leur situation de santé. Côté démocrates, les solutions invoquées pour freiner les dépenses insistent sur le renforcement des actions de préventions, sur le renforcement du rôle du gouvernement fédéral et de sa capacité à négocier les prix avec les industries pharmaceutiques et les prestataires de soin. Toutefois, de façon numérique, les interventions démocrates n'arrivent pas à s'imposer, un grand nombre de leurs interventions se limitant à critiquer les mesures présentes dans la proposition de réforme.

Il faut enfin noter que chaque camp s'adresse à des clientèles différentes : les républicains incluent dans leur discours des clientèles très larges : à la fois les séniors, qu'il faut « libérer » des pesanteurs bureaucratiques, les générations futures, qu'il ne faut pas surcharger de taxes, et les travailleurs actuels. Les démocrates, de façon particulièrement claire dans le débat de 1997, se présentent au contraire comme les défenseurs des minorités et des défavorisés. Abandonnant ainsi aux républicains les occurrences représentant l'ensemble des citoyens et les formules « inclusives ». Leurs interventions mentionnent les plus pauvres des séniors et insistent sur la diminution de la qualité de leurs soins. Dans une rhétorique mettant l'accent sur les différences de classe, ils opposent les retraités les plus défavorisés aux plus aisés : d'un côté les « *people of low or middle income* », « *disabled americans* », « *poors* » désavantagés par la proposition républicaine, de l'autre les « *rich and powerfull* », « *richest americans* », « *High income families* », qui profiteront des mesures. Leur discours fait appel aux notions de justice sociale et englobe fréquemment des termes clés tels que « *fairness* », « *equity* », « *fair* », « *standard of fairness* ».

Ces deux débats, pour conclure, marquent la réactivation du clivage politique entre valeurs libérales et valeurs conservatrice, présent en 1965. Les discours portant sur la « philosophie » du programme sont beaucoup plus nombreux et, de minoritaires pendant le débat de 1983, ils apparaissent ici dominants. Plus généralement, les thèmes républicains, présents dès les débuts du programme (le thème de la faillite du programme par exemple), mais de façon marginale apparaissent ici dominants. Le diagnostic également est emprunt d'une analyse de la situation en termes de dépenses, et non pas en termes de ressources. Il est d'ailleurs frappant de constater que les références faites aux personnes âgées elles-mêmes ont décliné numériquement par rapport au débat de 1965. Les roll call votes ayant suivi ces débats retranscrivent la conflictualité accrue des débats parlementaires et la bipolarisation importante, ils suivent les lignes de partage partisans : pour le

débat de 1997, à la Chambre des représentants, 97% des républicains ont voté en faveur de la mesure, sept seulement ont voté contre. Au sénat, 94% des républicains ont voté ce texte, et trois seulement ont fait défection. Côté démocrate, 79% des représentants ont voté contre ce texte et 53% des sénateurs démocrates ont voté contre. Pour le débat de 2003, 98% des républicains ont votés ce texte à la Chambre des représentants, et 82% au Sénat. 92% des démocrates ont voté contre à la Chambre des représentants, 76% au Sénat.

### **Conclusion :**

L'étude de ces quatre débats parlementaires montre l'imposition progressive du discours républicain, imprimant désormais leurs normes et leurs diagnostics au débat. Ce mouvement semble visible dès le débat de 1983, texte écrit par les membres de l'administration (républicaine) du programme. Le paiement à l'acte est alors apparu comme la solution la plus acceptable, pour un Congrès divisé entre majorité démocrate à la Chambre des représentants et majorité républicaine au Sénat. Si la solution choisie, pour résorber les coûts du programme cadre avec les propositions démocrates, de faire porter le poids des réformes sur les prestataires de soin, et non pas sur les bénéficiaires, le diagnostic lui-même, influençant fortement la palette des solutions, apparaît emprunté au registre conservateur, tel qu'apparaissant dès 1965. Il est important de noter qu'il aurait pu être autre. Il aurait pu, par exemple se focaliser sur les ressources du programme : Medicare apparaît en déficit, non pas du fait d'une mauvaise gestion, mais du fait d'allocations insuffisantes de ressources, dans un contexte démographique défavorable, caractérisé par l'accroissement important des retraités. Les solutions portées à partir de 1983 se caractérisent par une réponse au diagnostic d'un mauvais fonctionnement du programme. Le mot d'ordre du débat de 1983 et de 1997 est identique : « saving Medicare ». Il devient « modernize Medicare » dans lors du débat de 2003 qui, bien que créant une nouvelle prestation, pour la première fois depuis 1965, le fait en renforçant la dimension privée de sa gestion et le retrait des pouvoirs publics, changement structurel touchant aux fondements même du programme. Remarquable également, est la conflictualité croissante des débats et leur structuration partisane : le débat de 1965 laisse entrevoir deux discours très différents, mais ces discours ne sont pas labellisés « démocrates » ou « républicain » par les intervenants. Ce label n'apparaît véritablement qu'à partir de 1997. Les mesures proposées sont reconnues et assumées comme appartenant à un parti spécifique et font l'objet de critiques systématiques de l'autre camp. Les références aux partis démocrate et républicains sont aussi beaucoup plus fréquentes.

Plusieurs analyses américaines ont apporté des explications à ce phénomène de renforcement des partis politiques au sein du Congrès. Nolan McCarthy (in Pierson & Skocpol, 2007) met en avant l'affaiblissement des comités du Congrès lié à plusieurs réformes intervenues dans les années 1970. Jusque là en effet, les comités étaient considérés comme tout puissants au sein du Congrès (période appelée « Committee area »). Largement indépendants des composantes partisanes, ils constituaient

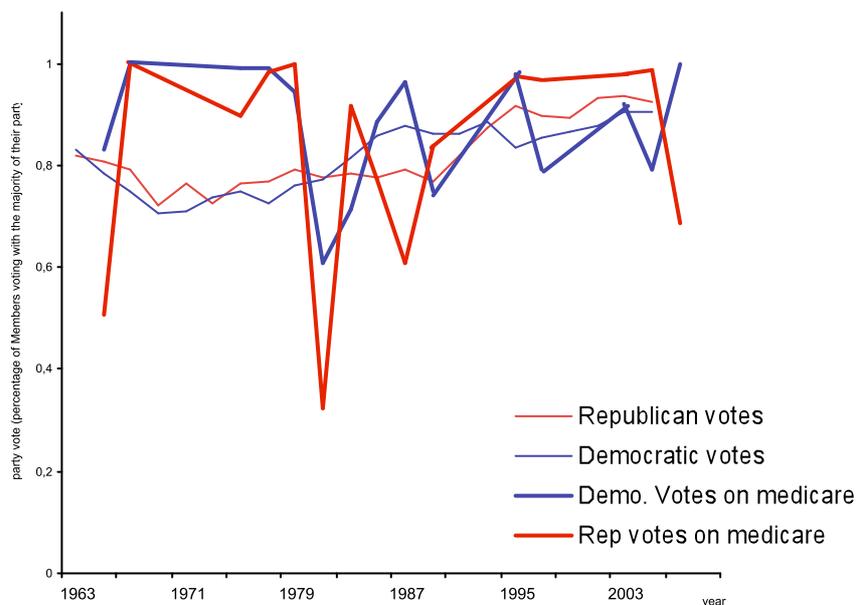
des freins importants aux programmes de réforme des différentes administrations présidentielles. Ils fonctionnaient alors selon une logique propre et selon le principe de « seniority » : seuls les parlementaires les plus expérimentés parvenaient aux positions clés. La très forte autonomie des comités, dans les faits, constituaient une puissante entrave à la réalisation des programmes politiques libéraux car elle favorisait les démocrates les plus conservateurs, les démocrates du « sud », fortement opposés aux réformes, en particulier à l'élargissement des programmes fédéraux, qu'ils jugeaient comme une menace vis à vis pratiques de ségrégation raciale des états du sud. Pour lutter contre de tels blocages au sein de leur majorité, et pour parvenir plus facilement à mettre en place leurs programmes, les démocrates ont réalisé des réformes en 1974, dont l'objectif était d'affaiblir les comités parlementaires, de restreindre leur autonomie, en les soumettant davantage aux partis politiques et à la majorité politique. Ces réformes ont limité le mandat des Présidents des comités à six ans, afin de favoriser un « turn over » plus important et ainsi limiter l'impact des « cardinaux » - des parlementaires ayant un leadership « personnel » très important. Elles furent prolongées en 1994, par la nouvelle majorité républicaine dans les deux Chambres, menée par l'ultra conservateur Newt Gingrich (speaker) : les mandats des Présidents de ces comités ont été encore plus limités, et leur nomination partisane assurée. Comme l'ont montré Jacob Hacker et Paul Pierson (2005), les efforts de Gingrich en 1994 ont porté un coup fatal aux comités parlementaires, restreignant de façon drastique leur autonomie et leur capacité d'action, les soumettant de façon croissante aux priorités du parti au pouvoir. Les coupes importantes dans l'effectif de leurs équipes viennent compléter cet affaiblissement. Les groupes politiques parlementaires apparaissent par conséquent en voie de renforcement depuis le milieu des années 1970. Plusieurs instruments existaient cependant précédemment, leur permettant de discipliner les membres du Congrès et d'encadrer les débats. Cox et McCubbins (1993, 2005) ont montré que le parti majoritaire de chaque chambre en désignait son président, ayant des compétences en matière de programmation du travail parlementaire (agenda setting) et de nomination des membres des commissions (« standing committees »). À côté de ce contrôle accru de l'activité des parlementaires par les partis politiques, il faut noter une distance « idéologique » croissante dans les prises de positions des deux partis (McCarthy, Pool, Rosenthal, 2005). Si, pendant longtemps ces deux partis n'ont pas présenté des fractures idéologiques importantes, plusieurs travaux récents montrent une « re-idéologisation » ou une « re-polarisation » importante, surtout à la Chambre des Représentants (FIORINA, 1999, MICHELOT, 2004, THERIAULT, 2006).

Notre étude confirme ce mouvement : Au travers de l'étude du programme Medicare, deux discours apparaissent clairement, et apparaissent de plus en plus nettement « labellisés » démocrates ou républicains. Les premiers prônent un rôle plus important du gouvernement fédéral, encadrant davantage les prestataires de santé et les compagnies d'assurance privée. En matière de médicament par exemple, ils souhaitent que le gouvernement fédéral se constitue en « acheteur » collectif, de manière à faire jouer sa force de négociation pour obtenir des prix bas. Ils mettent également en avant les thèmes de la prévention, pour diminuer les frais de santé des plus âgés. Les

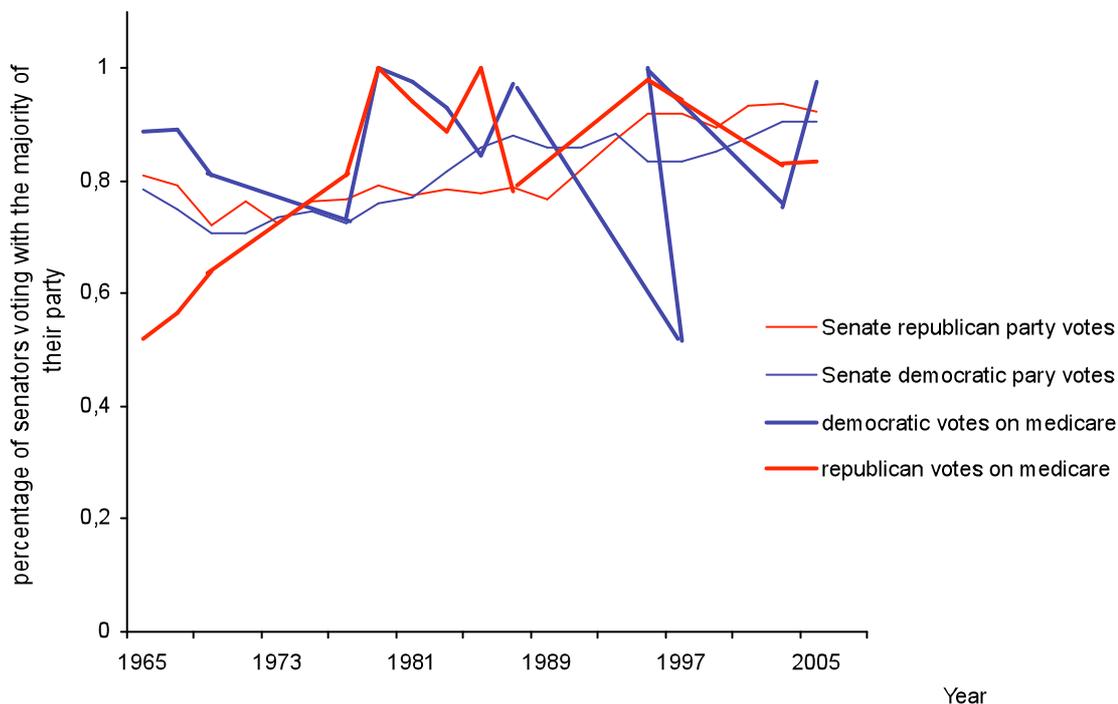
républicains par contraste favorisent une emprise moindre du gouvernement, des prestations indirectes favorisant les prestataires privés, tels que les « crédits d'impôt » (Hacker, 2003).

Malgré la présence accrue des partis politiques dans les débats, il faut noter que d'importantes réformes sont toutefois entreprises (en 2003 notamment), dont la portée tendraient à relativiser les hypothèses et constats formulées par la littérature sur la « polarisation » du Congrès, relativement aux blocages croissants (« gridlock », McCarthy, 2007) au sein du Congrès résultant d'une moindre capacité à négocier avec l'autre camp. C'est au contraire dans le cadre d'un très fort « leadership partisan » et dans une situation de forte bipolarisation que les réformes les plus structurelles du programme ont eu lieu. Ce constat nous porte à faire l'hypothèse que plus qu'une absence de clivage entre les deux partis, le passage d'une mesure dépend au contraire de la cohésion de la majorité, de la capacité des leaders partisans à construire un consensus partagé par les autres membres du groupe politique. Ajoutons que l'analyse comparée des votes clôturant les débats révèle que les réformes du programme Medicare ont toujours eu un aspect fortement clivant présentant un fort taux de loyauté partisane. Si un renforcement de l'emprise ou du poids des partis politiques apparaît visible dans les discours, toutefois, il semble erroné toutefois de prétendre que Medicare n'est que depuis récemment un programme « polarisé » entre libéraux et conservateurs. Medicare apparaît toujours avoir été le terrain de débats législatifs très conflictuels. Comme le montrent les deux graphiques ci-dessous, les taux de loyauté des parlementaires à leurs partis politiques apparaissent également être de façon continue très hauts. Plus importants que la moyenne.

**House party votes on Medicare**



### Senate votes on Medicare



Ces deux graphiques ont été construits en utilisant les données rendues disponibles par McCarthy, Pool et Rosenthal (2005), les pères de la méthode de mesure de la distance des parlementaires vis à vis du centre (DW-Nominate). Nous ne nous sommes pas hasardés dans une telle analyse, nous avons simplement utilisé leurs données calculant la loyauté des législateurs à leurs partis politiques (calculant le pourcentage de parlementaires ayant voté avec la majorité de leur parti politique). Nous avons ensuite réalisé un calcul identique à partir des « roll call votes » sur les réformes de Medicare. Les deux graphiques ci-dessus retracent les résultats de ce calcul : Les votes concernant Medicare sont, excepté trois d’entre eux, au-dessus du taux moyen de loyauté partisane. Aussi, Medicare apparaît être un programme très haut dessus de la moyenne en matière de cohésion partisane. Les votes à l’unanimité ne sont pas rares également, surtout pour ce qui est de la phase de gestion de programme. De même, autres indices de cette encadrement important par les partis politiques, l’utilisation systématique à la Chambre des Représentants de procédures limitant le débat et restreignant voire empêchant totalement l’introduction d’amendements en séance plénière.

Ce constat constitue une limite évidente de cette recherche, si elle cherchait à montrer que ce programme représentait un « exemple » représentatif du mouvement de renforcement des partis politiques du Congrès, à partir d’une faiblesse initiale : puisque ce programme a toujours été

fortement clivant. En revanche, l'étude de ce programme permet, de façon privilégiée de faire ressortir l'évolution des rapports entre les partis, à côté des votes, tout comme leur conflictualité accrue, que l'on peut lier à une durcissement idéologique ou à une domination accrue du message du parti républicain. Cette conflictualité accrue des débats peut-être interprétée comme des signaux forts envoyés aux clientèles électorales, aux destinataires de ces discours. Dans le cas républicain, qui apparaît davantage cohésif aujourd'hui qu'en 1965, construire du consensus est passé par l'opposition forte aux positions démocrates et par une démarcation, à la fois par rapport aux diagnostics libéraux et aux solutions qu'ils impliquaient.

### . Références :

COX, Gary, McCUBBINS, Mathews, *Legislative Leviathan: Party government in the House*, Berkeley, Calif., University of California Press, 1993

FERRIE J.-, DUPRET B. ET LEGRAND V., « Comprendre la délibération parlementaire. Une approche praxéologique de la politique en action », *Revue française de science politique*, 2008/5, volume 58, p.795-815

HACKER, Jacob, *The Divided Welfare State*, Cambridge university press, 2002

HALL P., "Policy Paradigms, social learning and the state: the case of economic policymaking in Britain", *Comparative politics*, v.25, n°3, 1993

MICHELI, R, « Stratégies de crédibilisation de soi dans le discours parlementaire », *A contrario*, 2007/1, vol. 5, p 67-84

MULLER, P., SUREL, Y., *L'Analyse des politiques publiques*, Paris, Montchrestien, 199

NIVEN, D., "Shaping the Congressional debate on the Gulf war." *Congress & the Presidency*, 1996 (23), pp 33-56.

OBERLANDER, Jonathan, *The political life of Medicare*, Chicago, University of Chicago Press, 2003

ORNSTEIN, Norman, MANN, Thomas, *Intensive Care: How Congress shapes Health Policy*, Washington DC, American Enterprise Institute, 1995, Washington DC, Brookings Institution, 1995

POOLE, Keith, ROSENTHAL, Howard, *Congress, a political-economic History of Roll-call voting*, New York, Oxford University Press, 1997

QUADAGNO, Jill, *One Nation, uninsured*. Oxford University Press, 2006

PIERSON, P., *The new politics of the Welfare state*, Oxford University Press, 2001

PIERSON, Paul, HACKER, Jacob, S. *Off centered*, New Heaven, Yale university press, 2005

PIERSON Paul, SKOCPOL, SKOCPOL, Thédia, *The transformation of American politics, Activist government and the rise of conservatism*, Princeton University Press 2007

RADAELLI, C., « *Logiques de pouvoir et récits dans les politiques publiques de l'Union européenne* », *Revue française de science politique*, Année 2000, Volume 50, Numéro 2 pp. 255 - 276

SIGELMAN, L., DEERING, C., "Wading Knee Deep in Words, Words, Words': Senatorial Rhetoric in the Johnson and Clinton Impeachment Trials," *Congress & the Presidency* 28: 119-139.

ROHDE, David, *Parties and Leaders in the post reform House*, Chicago, IL, University of Chicago Press, 1991

RIKER, W. H., *The Strategy of Rhetoric*, Yale University Press. 1996

SINCLAIR, Barbara, *Congressional Realignment, 1925-1978*, Austin, Tx, University of Texas Press, 1982

SINCLAIR, Barbara, *Unorthodox lawmaking, new legislative processes in the US Congress*, 2<sup>nd</sup> edition, Washington DC, CQ Press, 2000

THERIAULT, Sean, "Party polarization in the US Congress", *Party politics*, 2006, vol.12, n°4

WEISSERT, Carol et William, *Governing Health: the politics of Health Policy*, 3<sup>rd</sup> edition, Johns Hopkins University Press, 2006