

QUELQUES RÉFLEXIONS SUR LE SYSTÈME DE PROTECTION SOCIALE ET LA QUESTION DU GENRE AUX ÉTATS-UNIS

Charlotte Muller

La Doc. française | *Revue française des affaires sociales*

2012/2 - n° 2-3
pages 169 à 183

ISSN 0035-2985

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-francaise-des-affaires-sociales-2012-2-page-169.htm>

Pour citer cet article :

Muller Charlotte, « Quelques réflexions sur le système de protection sociale et la question du genre aux États-Unis », *Revue française des affaires sociales*, 2012/2 n° 2-3, p. 169-183.

Distribution électronique Cairn.info pour La Doc. française.

© La Doc. française. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

[POINT DE VUE]

Quelques réflexions sur le système de protection sociale et la question du genre aux États-Unis

Charlotte Muller

Auteure de nombreux ouvrages et articles, Charlotte Muller, professeure émérite en économie de la santé à la faculté de médecine Mount Sinai et en économie à la City University de New York, décrit la situation économique et sociale des femmes aux États-Unis et s'interroge sur les répercussions des lacunes de la protection sociale et des inégalités en matière d'accès à l'assurance maladie malgré les récentes réformes¹

Le fédéralisme, source d'inégalité de traitement des femmes

Aux États-Unis, le fédéralisme favorise une inégalité de traitement des femmes, des aspects importants de leur vie pouvant différer selon l'État où elles vivent ou travaillent. Pour les millions de femmes qui exercent une activité rémunérée, il est essentiel de bénéficier à la fois des droits qui protègent les travailleurs et de conditions de travail adaptées. Pour celles qui sont en âge de procréer (c'est-à-dire, pour les statistiques officielles, qui sont âgées de moins de 45 ans), les lois et dispositifs relatifs aux services liés à la procréation et aux possibilités existant en la matière ainsi que les règles sur la protection de la vie privée revêtent une importance capitale. Les caractéristiques des régimes d'assurance sociale (conditions d'ouverture des droits, niveau des prestations) et de beaucoup d'autres programmes ont une incidence sur le revenu des femmes et, *in fine*, sur leur statut social. S'agissant de la santé et de la sécurité, certaines habitudes et pratiques, par exemple les horaires d'ouverture des centres médicaux ou les procédures appliquées par la police en cas de crimes et délits contre les femmes, varient d'une localité ou d'une juridiction à l'autre.

Il existe, au sein des organismes publics, du secteur privé et des organisations à but non lucratif, plusieurs niveaux de décision et d'action, qui exercent tous une influence sur la situation réelle de l'égalité hommes-femmes. L'impact des lois adoptées par l'État fédéral et les États sur les femmes dépend finalement de l'objectif et du contenu de ces lois, des décisions prises en matière de structure administrative (création d'un nouvel organisme ou extension d'un organisme existant par exemple), ainsi que de l'efficacité et de l'équité avec lesquelles elles sont appliquées au quotidien (traitement rapide des demandes ou des plaintes, vigilance à l'égard du respect des règles).

La Constitution des États-Unis affirme certes la primauté du droit fédéral sur les lois adoptées par les États fédérés, mais, selon cette Constitution, les pouvoirs

1. Cet article a été écrit en anglais et traduit par Isabelle Croix.

qui ne sont pas attribués au gouvernement fédéral sont « réservés aux États et au peuple » (Constitution des États-Unis d'Amérique, 1967). De fait, les États jouent un rôle important dans la définition des politiques sociales et des mesures en faveur de l'égalité, ce qui a des effets contrastés sur la qualité de vie des femmes.

Le Congrès exerce le droit de préemption fédérale (qui repose sur la primauté du gouvernement fédéral) lorsqu'il ordonne aux États de mettre en œuvre certains programmes, accordant des subventions ou des prêts et imposant des sanctions pour que les objectifs de ces programmes soient atteints, ou encore lorsqu'il empêche les États d'agir dans certains domaines (par exemple d'adopter leurs propres règles en matière de sécurité des médicaments). Le risque de conflit entre l'échelon fédéral et les États fédérés a occupé une place importante dans les évaluations des progrès accomplis en matière de protection sociale et d'égalité et dans certaines campagnes électorales. La législation fédérale autorise également les États à compléter, comme bon leur semble, les dispositions obligatoires. Par conséquent, même lorsque l'État fédéral s'empare d'un domaine législatif particulier, il n'est pas rare que des différences non négligeables existent entre les États. Par exemple, dans le domaine de l'assurance chômage, plus de la moitié des États font obligation aux demandeurs d'emploi qui recherchent un poste à mi-temps d'accepter une proposition d'emploi à plein-temps sous peine de perdre leur droit à indemnisation (Muller et Volkov, 2008) et, dans celui de la santé, certains États ont utilisé leur budget en faveur des personnes défavorisées qui ne peuvent prétendre à *Medicaid*.

Ce mode de fonctionnement a eu des résultats positifs. Ainsi, certains États ont ouvert la voie en matière de renforcement des systèmes de protection sociale et d'amélioration des chances ou de reconnaissance de la diversité des relations interpersonnelles et des structures familiales (union civile, modalités de divorce et, aujourd'hui, mariages homosexuels), créant ainsi des modèles concrets applicables à d'autres domaines et de nouveaux concepts à explorer.

De nos jours, les campagnes électorales ont des conséquences sur l'égalité hommes-femmes. Il en va notamment ainsi du choix des femmes en matière de procréation. Alors que l'opinion publique est favorable à la contraception (qui suppose une liberté de choix), deux groupes se sont alliés pour remettre en cause la liberté de décision des femmes. Le premier est composé d'individus opposés au financement public des services médicaux nécessaires à la gestion de la procréation – avortement, contraception et centres de planification qui pratiquent les avortements et dispensent la contraception. Le second groupe est composé de candidats à un mandat politique au niveau fédéral ou des États et de leurs équipes de campagne, qui cherchent à séduire les électeurs de certaines régions et à attirer les dons d'acteurs économiques puissants en défendant les valeurs familiales traditionnelles. Être élu dans une assemblée législative ou occuper une fonction au sein du pouvoir exécutif permet d'accéder à des privilèges et à un statut – et, selon toute probabilité, met au contact de lobbyistes professionnels et de représentants des milieux d'affaires, dont l'influence sur la législation et la gestion des affaires publiques a été dénoncée parce que jugée incompatible avec la démocratie.

Les femmes et le monde du travail : des situations contrastées

L'accès des femmes qui travaillent à une plus grande égalité dépend des institutions et des forces du marché avec lesquelles elles interagissent. On dénombre actuellement environ neuf femmes actives pour dix hommes actifs. La plupart des travailleurs étant salariés, leurs conditions de travail, les avantages auxquels ils peuvent prétendre et leur statut dépendent des politiques des entreprises et des réglementations adoptées par les pouvoirs publics. L'intégration dans le champ d'application de la législation relative aux droits civiques de la discrimination fondée sur le genre en matière d'embauche et de conditions de travail a facilité l'accès des femmes à l'emploi et leur a souvent permis d'obtenir des postes de meilleure qualité. En outre, certaines grandes entreprises sont également dotées de leur propre politique de lutte contre la discrimination.

S'agissant des femmes, les principaux enjeux concernaient l'égalité de rémunération, l'accès à un environnement professionnel décent, l'assurance maladie et la retraite, l'égalité de traitement en matière de promotion professionnelle et l'accès aux postes à responsabilité. La rémunération et l'assurance sont des enjeux fondamentaux pour les travailleurs non qualifiés. Ainsi, d'après une récente étude menée auprès de salariés employés dans le secteur du commerce de détail à New York, le salaire horaire médian dans ce secteur s'établit à 9,50 USD. Les femmes, qui représentent 60 % de l'échantillon, perçoivent une rémunération inférieure à celle des hommes. La plupart des salariés de l'échantillon n'ont pas accès à une assurance maladie par l'intermédiaire de leur employeur et n'ont pas droit aux congés payés. Enfin, les règles relatives aux conditions de travail sont plus favorables dans les magasins dans lesquels existe un syndicat (Luce et Fujita, 2012).

Depuis les années 1990, la loi reconnaît que le harcèlement sexuel sur le lieu de travail crée un environnement professionnel hostile. Les victimes de harcèlement ont en outre obtenu la possibilité de déposer une plainte auprès de la Commission pour l'égalité des chances dans l'emploi (*Equal Employment Opportunity Commission*, EEOC), auprès des commissions mises en place par les États ou dans le cadre de procédures d'examen des plaintes instaurées par les employeurs.

Grâce à leur travail, des millions de femmes ont pu accéder à une assurance maladie et à des dispositifs leur permettant de constituer une épargne individuelle en vue de leur retraite – retraites à prestations définies et plans d'épargne alimentés par des cotisations du salarié et de l'employeur et bénéficiant d'un traitement fiscal privilégié. Les grandes entreprises sont plus susceptibles de garantir des avantages plus généreux (même si la sous-rémunération des femmes et la discrimination à leur encontre ont également fait partie du modèle économique de certaines très grandes entreprises jusqu'à ce que la justice intervienne). Dans l'ensemble, hommes et femmes ont souvent poursuivi les mêmes objectifs s'agissant des conditions de travail, du chômage, de l'accès à l'enseignement public et des services de santé.

La mise au point et la commercialisation de nombreux produits et services qui, grâce aux nouvelles technologies, ont permis d'alléger des tâches ménagères telles que la préparation des repas, l'entretien du linge et de la maison ont contribué à l'augmentation du taux d'activité des femmes (Albanesi et Olivetti, 2009). De même, les services liés à la procréation et la prise en charge des jeunes et très jeunes enfants ont considérablement évolué. Des produits contraceptifs efficaces

(et, en dernier recours en cas de grossesse non désirée, l'avortement) ont permis aux femmes de planifier le nombre et l'espacement des naissances et d'échapper à la pauvreté. Enfin, les progrès des soins liés à la maternité ont eu pour corollaire un accroissement de l'efficacité de la reproduction (nombre d'enfants nés en bonne santé – et de naissances désirées – par rapport au nombre de grossesses) et une amélioration de l'état de santé général des femmes. L'alimentation au lait maternisé (biberon) a permis aux femmes de déléguer une partie de la prise en charge de leurs enfants à des assistantes maternelles professionnelles (puis à des crèches et, plus tard, à des centres d'accueil de nuit). Le pompage du lait maternel sur le lieu de travail constitue une solution tout aussi intéressante pour les femmes qui préfèrent l'allaitement au lait maternisé, mais tous les employeurs ne mettent pas encore à leur disposition un espace adapté. Aujourd'hui, il est fréquent que les deux membres d'un couple marié travaillent, même lorsqu'ils envisagent d'avoir des enfants – pour pouvoir assumer le coût du mode de vie qu'ils ont choisi et/ou pour réaliser leurs ambitions professionnelles. Il en va également ainsi durant la période de fondation d'une famille : en effet, une forte proportion des femmes qui ont eu un enfant au cours d'une année donnée travaillait l'année précédente. En outre, lorsqu'elles prennent un congé, ce dernier est généralement temporaire, la plupart des femmes mères d'un enfant de moins de 18 ans étant en activité (cette proportion est plus forte parmi les femmes dont l'enfant a plus de 6 ans) (*Statistical Abstract of the United States*, 2012).

La prise de conscience sociale de l'importance du capital humain est pour beaucoup dans les changements qui ont marqué la vie de la plupart des femmes. Le capital humain, considéré comme le bien le plus précieux des individus, est composé des compétences essentiellement acquises par l'éducation et renforcées par l'expérience. Or, l'augmentation du niveau d'études des femmes s'est traduite par une hausse des gains qu'elles peuvent attendre du travail (Blau, Gerber et Winkler, 2009), ce qui peut les encourager à investir du temps (et l'argent dont elles disposent) pour prolonger leurs études. Par la suite, la hausse de la rémunération permise par l'expérience les incite à continuer de travailler (Olivetti, 2006). Selon des données nationales récentes, 11,1 millions de femmes suivent des études universitaires contre 8,8 millions d'hommes (*Statistical Abstract of the United States*, 2012).

Dès lors qu'elles sont devenues une partie importante de la population active, les femmes ont été plus nombreuses à rechercher des postes plus qualifiés et plus lucratifs, ce qui n'a toutefois pas éliminé les écarts de rémunération entre hommes et femmes (le salaire médian des femmes correspond à 77 % de celui des hommes pour les travailleurs employés à plein-temps pendant une année complète²) (*Statistical Abstract of the United States*, 2012). En outre, les données issues de la recherche confirment que les écarts de rémunération existant entre hommes et femmes, y compris à productivité égale, sont favorisés par le fait que les employeurs sont convaincus que les femmes sont prêtes à accepter un emploi moins bien rémunéré et moins pénible que les hommes du fait de leurs obligations familiales, ce qui a une incidence sur la répartition entre conjoints du temps

2. Voir *Statistical Abstract of the US*, tableau 105.

consacré à la production domestique (le temps qu'y consacrent les hommes représentant un tiers de celui passé par les femmes, Albanesi et Olivetti, 2006b).

Malgré des progrès, la discrimination hommes-femmes sur le lieu de travail persiste

La culture professionnelle qui caractérise les différents contextes et institutions économiques joue un rôle déterminant dans la situation financière des femmes et la satisfaction qu'elles retirent de leur travail. Dans le secteur public comme dans le secteur privé ou associatif, la culture diffère selon les lieux de travail – emploi exercé dans un bureau ou une usine, dans un établissement d'enseignement, dans un organisme public fédéral ou dépendant des États, dans une organisation sectorielle ou syndicale ou encore dans le secteur de l'action sociale et des services sociaux. S'agissant du secteur privé, d'après une étude sur les titres et la rémunération des femmes au sommet de la hiérarchie de grandes entreprises, les postes perçus comme les plus prestigieux – président-directeur général, président – sont occupés par les hommes, tandis que les femmes ont des titres plus modestes, comme vice-présidente ou vice-présidente exécutive. Les femmes prises en compte dans l'étude perçoivent également une rémunération inférieure à celle des hommes, composée essentiellement de leur salaire ordinaire, alors que les hommes perçoivent une part plus forte de leur rémunération sous forme de primes et autres avantages (Albanesi et Olivetti, 2006a). Les femmes étant désormais plus nombreuses à occuper des postes à responsabilité, la revendication pour l'égalité n'a rien perdu de son actualité.

Aux États-Unis, dans les universités et autres établissements d'enseignement supérieur, les enseignants de sexe masculin perçoivent une rémunération plus élevée que leurs homologues de sexe féminin, à tous niveaux hiérarchiques et dans tous les types d'établissements (American Association of University Professors, 2011). Quant à savoir si ces différences dissuadent les femmes d'embrasser certaines carrières, la réponse dépend sans doute, entre autres, du domaine d'étude et de l'ampleur de l'écart de rémunération. Et peut-être le fait que des femmes emblématiques aient réussi dans un domaine et fassent figure de modèles, voire de guides, joue-t-il aussi un rôle.

S'agissant des diplômés de l'enseignement supérieur qui accèdent à un poste à l'université, certains usages acceptés dans l'environnement professionnel sont assimilables à un traitement inégalitaire fondé sur le genre et nuisent à la qualité de vie des femmes. Un milieu professionnel favorable peut aider les femmes à développer leur capital humain conformément à leurs ambitions, à l'utiliser de façon productive, et à obtenir de la considération en conséquence. Ainsi, le projet mis en œuvre par le Massachusetts Institute of Technology (MIT), présenté *infra*, montre qu'il est possible d'améliorer l'environnement de travail en engageant des efforts concertés pour repérer et modifier les pratiques qui entraînent une dégradation de la situation des femmes.

Dans le secteur de l'enseignement, les universités et autres établissements d'enseignement supérieur peuvent être des établissements privés, confessionnels ou non, ou des établissements publics dépendant de l'administration fédérale ou des États. Les universités qui dépendent des États sont les héritières des établissements de type *land-grant*, créés au XIX^e siècle grâce à des lois fédérales allouant

aux États des terrains pour financer la création d'universités, et peuvent désormais accepter des financements de sources publique et privée. Les établissements fédéraux, qu'il s'agisse des « académies » intégrées aux universités à cycle court ou des filières de troisième cycle, forment le personnel militaire. Les établissements d'enseignement supérieur bénéficiant de financements privés sont également tributaires de subventions accordées par les États ou les autorités fédérales et d'autres sources de financement publiques (comme les bourses). Ces établissements transcendent donc le clivage entre public et privé. Ils bénéficient d'un soutien financier et réglementaire de l'État fédéral, des États fédérés, voire des autorités locales, et sont placés sous leur surveillance, et chacun d'eux peut avoir des usages ou pratiques internes qui influent directement ou indirectement sur l'égalité entre les sexes. Les donateurs privés, les fondations et les subventions publiques peuvent aider les femmes à faire carrière dans l'enseignement supérieur.

Pour résumer brièvement, le projet mis en œuvre par le MIT, évoqué ci-dessus, est né dans les années 1990. À l'époque, la faculté des sciences du MIT, établissement de premier plan dans le domaine de l'enseignement et de la recherche scientifiques, a entrepris d'analyser de manière exhaustive les obstacles à l'égalité hommes-femmes au sein de son personnel (MIT, 1999). Des membres du personnel occupant des postes de haut niveau, hommes et femmes, ont participé à l'élaboration des enquêtes pour le comité chargé du projet et vérifié les données collectées. Au cours des dix années précédentes, on dénombrait moins de vingt-cinq femmes titulaires d'un poste au sein du corps enseignant et treize fois plus d'hommes. Les femmes étaient très peu nombreuses à occuper un poste hiérarchique dans l'administration ou à siéger dans les instances influentes. Les horaires des réunions universitaires n'étaient pas toujours compatibles avec leurs obligations familiales. Malgré les compétences requises pour faire partie du personnel du MIT, une difficulté à reconnaître les femmes très qualifiées comme des collègues a été soulignée. S'agissant du respect, la situation variait selon les départements.

Selon la dernière étude de suivi réalisée (MIT, 2011), d'importants progrès ont été accomplis, par exemple en matière de recrutement et de nomination de femmes à des postes à responsabilité (y compris au sein des comités de recrutement). De même, une plus grande flexibilité des horaires de travail a été introduite. Toutefois, les femmes continuent à rencontrer des problèmes. Ainsi, la nomination au sein de comités se fait désormais de manière plus égalitaire, mais l'exercice d'un mandat peut empiéter sur le temps qu'elles peuvent consacrer à la recherche (contrainte qui, à l'évidence, concerne également les hommes), ce qui est frustrant pour les chercheuses et peut ralentir la progression de leur carrière. Par ailleurs, la nécessité de concilier, dans la pratique, leur activité professionnelle, la vie familiale et la maternité constitue un autre obstacle pour les scientifiques du MIT. Certaines employées déplorent que, lorsqu'il s'agit de négocier des conditions de travail conciliables avec la maternité et la prise en charge des enfants, ces modalités sont généralement considérées comme l'apanage des femmes. De façon générale, la question de la répartition des tâches entre conjoints est apparue complexe pour les ménages dont les deux membres travaillent, même si les politiques officielles, initialement conçues pour des ménages comptant un seul membre actif, ont été modifiées. L'étude plaide en faveur de l'idée qu'il faut en permanence œuvrer

pour instaurer un environnement qui tienne compte des besoins des femmes scientifiques³.

Par ailleurs, il faut avoir conscience que les sources de financement d'une université influent sur la promotion de l'égalité hommes-femmes. L'attachement des donateurs à la cause des femmes peut en effet avoir une incidence sur l'orientation et la mise en œuvre des activités de l'université. Par exemple, les subventions fédérales, qui constituent une source précieuse de financement de la recherche scientifique, peuvent aider les femmes à faire carrière si l'égalité des sexes occupe une place importante parmi les critères d'attribution, y compris au niveau de la composition des équipes chargées des projets. Par ailleurs, la reconnaissance des performances joue également un rôle. Ainsi, le fait que les neuf lauréats de la première édition du *Director's Pioneer Awards* en sciences de la vie, prix décerné par les *National Institutes of Health* pour récompenser la créativité des chercheurs, aient été des hommes a suscité des protestations de scientifiques, si bien que les critères et le processus d'examen des candidatures ont été revus et que des femmes ont été distinguées lors de toutes les éditions ultérieures (Handelsman et Grymes, 2008).

Les femmes et la récente réforme du système de santé

Les technologies et sciences médicales modernes ont fait considérablement progresser les connaissances des prestataires et des consommateurs de soins de santé dans les pays développés, faisant des soins médicaux un puissant vecteur d'amélioration de la santé de la population. Aux États-Unis, l'arrivée sur le marché de nouveaux médicaments et dispositifs médicaux a globalement eu des effets positifs sur la santé et la longévité des hommes comme des femmes. Dans le domaine de la maternité, les traitements scientifiques, par exemple la gestion des maladies et affections chroniques liées à la grossesse (diabète gestationnel, pré-éclampsie), ont contribué à réduire la morbidité et l'invalidité dues à la maternité.

Néanmoins, l'augmentation du coût des traitements, les difficultés d'accès aux soins, la qualité des soins et la valeur (en termes de sécurité et d'efficacité) de tout nouveau médicament ou traitement sont des problèmes largement reconnus. Les compagnies d'assurance qui augmentent le coût de la couverture tout en réduisant les prestations, de même que les pratiques de l'industrie pharmaceutique en matière de tarification et de publicité, ont fait l'objet de nombreuses critiques. La manière dont les systèmes de santé publics et privés sont conçus et gérés au quotidien a entraîné des retards au niveau de l'examen des droits, de la fourniture des services ou des remboursements. La nouvelle réforme du système de santé (voir *infra*) est maintenant entrée en vigueur. Toutefois, alors que l'on espérait beaucoup au départ que les objectifs de la loi seraient atteints, cet espoir est désormais menacé par une opposition organisée, en grande partie axée sur les soins liés à la procréation.

Ces cinquante dernières années, les problèmes et les revendications des femmes ont joué un rôle décisif dans bon nombre de progrès. Des femmes juristes ont

3. Voir, par exemple, Gornick, Janet, Marcia K. Meyers (2005), *Families that work. Policies for reconciling parenthood and employment*, Russell Sage Foundation and Bianchi; S. et M. Milkie (2010), «Work and family research in the first decade of the 21st century», *Journal of Marriage and Family*, vol. 72, n° 3, p. 70-725.

contribué à la légalisation de la contraception pour l'ensemble de la population. Les femmes ont également été à la tête d'un mouvement de consommateurs luttant contre la dissimulation des effets secondaires de certains médicaments et contre la pratique consistant à classer parmi les maladies mentales certains problèmes sociaux dus à la représentation sociale des sexes et aux inégalités auxquelles sont confrontées les femmes. Par ailleurs, des recherches sur l'ostéoporose, qui menace la santé des femmes âgées, ont permis de mettre au point de nouvelles techniques diagnostiques et thérapeutiques. De même, les hôpitaux et autres prestataires de soins, répondant aux revendications des femmes et tirant parti de nouvelles possibilités commerciales, ont créé des établissements de soins susceptibles d'attirer les patientes de sexe féminin.

Actuellement, les femmes se heurtent à deux problèmes majeurs en matière de soins de santé : le rôle déterminant du revenu dans l'accès à des soins de qualité, d'une part, et l'avenir de la maîtrise de la fécondité dans le système de santé, d'autre part. En 2009, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à vivre dans la pauvreté, même si, à l'heure où un chômage élevé frappe l'ensemble de la population, cette situation est peut-être appelée à évoluer (*Statistical Abstract of the United States*, 2012). Outre le fait qu'elle dispose de ressources financières limitées, la population défavorisée a moins facilement accès à une assurance adéquate. Ainsi, en 2009-2010, sur 96,4 millions de femmes âgées de 18 à 64 ans, 20 % étaient dépourvues d'assurance. Parmi les femmes bénéficiant d'une couverture, 62 % avaient souscrit une assurance par l'intermédiaire de leur employeur ou une assurance publique, 12 % étaient couvertes par *Medicaid* et une petite proportion (6 %) était titulaire d'une police d'assurance individuelle (Kaiser Family Foundation, 2011). Les femmes à faible revenu (percevant un revenu inférieur à 200 % du seuil de pauvreté fédéral, qui s'établit à 36 620 USD pour une famille de trois personnes) représentaient 37 % des femmes âgées de 18 à 64 ans. Parmi elles, 37 % étaient dépourvues d'assurance, 30 % avaient souscrit une assurance par l'intermédiaire de leur employeur, 8 % une assurance individuelle et 26 % étaient couvertes par *Medicaid* (Kaiser Family Foundation, 2011). Ces statistiques générales ne permettent pas d'apprécier dans quelle mesure chaque type de couverture est adapté d'un point de vue financier et permet d'accéder à des soins de qualité. Elles ne rendent pas davantage compte des différences entre la couverture offerte par *Medicaid* et celle garantie par les assurances souscrites par l'intermédiaire de l'employeur. S'agissant de la population âgée, bien que *Medicare* ait permis des avancées importantes en termes de sécurité médicale, l'augmentation des primes, la baisse des prestations, la fiscalisation de la couverture des médicaments se sont traduites par un affaiblissement de la protection offerte.

Les données présentées révèlent notamment que *Medicaid* est beaucoup moins accessible aux ménages pauvres qu'on ne le pense généralement. Cette situation tient, entre autres raisons, au fait que l'accès au dispositif a été limité à certaines catégories de la population (handicapés, non-voyants, femmes enceintes et personnes âgées) et à la complexité et l'absence d'uniformisation des formalités à accomplir pour faire ouvrir ou renouveler ses droits, autant de problèmes auxquels la nouvelle réforme (ACA, voir *infra*) tente de remédier.

Le deuxième problème auquel se heurtent les femmes est lié à la question du financement de l'avortement et de l'accouchement dans le système de santé.

La loi sur la protection des patients et l'accès à des soins abordables (*Patient Protection and Affordable Care Act*, ACA), promulguée par le président Obama en 2010, tente à la fois de permettre à chacun d'accéder aux soins quel que soit son revenu et de garantir aux femmes l'accès à un ensemble complet de soins de santé. Elle contient beaucoup de dispositions qui devraient permettre aux femmes de surmonter les obstacles financiers à l'accès aux soins parce qu'elle facilite la souscription d'une assurance, limite la nécessité, pour les patients, de participer au coût des soins et augmente l'investissement social dans la santé des plus démunis (Democrats.Senate, 2011).

L'idée d'un système à payeur unique suscitant une vive opposition politique aux États-Unis, la loi ACA vise à atteindre les mêmes objectifs en appliquant un certain nombre de principes communs à chacun des systèmes de financement actuellement en place. Les dispositions visant à améliorer l'accès aux services de santé liés à la procréation présentent un intérêt réel pour les femmes, d'autant plus qu'elles s'ajoutent à l'aide apportée aux catégories à faible revenu pour leur permettre de contracter une assurance abordable. Les nouveaux plans d'assurance prévus par la loi ne peuvent pas appliquer de ticket modérateur ni de franchise annuelle pour les soins préventifs. En outre, l'accès à *Medicaid* est élargi aux personnes dont le revenu n'excède pas 133 % du seuil de pauvreté fédéral et la règle qui limitait la couverture à quatre catégories de bénéficiaires est abrogée (Department of Health and Human Services, 2011). La loi oblige les États à créer des marchés de l'assurance encadrés (*insurance exchanges*), qui permettront aux souscripteurs à faible revenu d'accéder à des subventions et faciliteront la comparaison des différents plans d'assurance proposés. Les femmes pourront consulter un obstétricien ou un gynécologue sans être orientées par un médecin traitant, ce qui leur permettra de faire des économies et d'accéder plus rapidement aux soins, par exemple aux soins prénatals. Les plans d'assurance doivent obligatoirement couvrir les principaux soins liés à la maternité et les contraceptifs doivent être délivrés gratuitement (à cet égard, une récente décision du président Obama a dispensé les autorités religieuses – catholiques – employant du personnel laïc de cette obligation, qui incombe désormais aux compagnies d'assurance). Parmi les éléments qui doivent obligatoirement être couverts figurent les tire-lait pour les femmes qui optent pour l'allaitement. La liste des soins préventifs pris en charge comprend également les frottis cervicaux, les mammographies, la densitométrie osseuse, le vaccin contre les papillomavirus humains (important pour prévenir le cancer du col de l'utérus), ainsi que les examens relatifs aux violences conjugales, les consultations à visée préventive et les services d'accompagnement et de conseil (les centres de planification familiale proposent désormais tout ou partie de ces services). Ces obligations ne sont pas toutes applicables dans les plans d'assurance existants, qui sont cependant visés par l'interdiction d'imposer un ticket modérateur pour certains actes préventifs. Du point de vue de l'égalité des sexes, il serait intéressant d'envisager d'appliquer cette mesure aux examens de dépistage, aux traitements et aux services d'accompagnement et de conseil visant à améliorer la santé des hommes.

L'application de l'ACA se traduit par une modification des règles d'ouverture et de renouvellement des droits à *Medicaid* dont l'objectif est d'encourager l'affiliation en simplifiant les formalités à accomplir et les conditions à remplir. Par

ailleurs, la couverture est étendue au-delà des quatre catégories de bénéficiaires définies jusqu'alors (Department of Health and Human Services, 2011).

La meilleure manière de mettre fin aux controverses sur l'intérêt des soins préventifs consiste souvent à faire appel à des études bien conçues, évaluant les problèmes de santé et les dépenses que l'élargissement de l'accès à certains vaccins, tests ou autres services permet d'éviter. Ainsi, l'*US Preventive Services Task Force*, groupe indépendant d'experts spécialistes de la prévention et de la médecine fondée sur des données probantes, a formulé des recommandations au sujet des soins que l'ACA devait exonérer de ticket modérateur.

Victor Rodwin (2010, 2011) a attiré l'attention sur l'évolution des forces qui déterminent l'avenir des réformes du système de santé aux États-Unis. Les médecins et leur principale organisation représentative, l'*American Medical Association*, ont constitué la principale force d'opposition aux précédents projets de réforme (même si des groupes médicaux organisés étaient favorables à une assurance maladie nationale). Or, de nouveaux acteurs – assureurs, laboratoires pharmaceutiques, diverses professions de santé non médicales et hôpitaux –, susceptibles de retirer des avantages des réformes, sont entrés en scène. En outre, la réforme n'oblige pas les médecins à modifier leurs pratiques puisque les patients peuvent conserver le même assureur et le même prestataire de soins (même si les mesures visant à accroître l'efficacité – par exemple en limitant les examens injustifiés – et à encadrer les tarifs remboursés aux praticiens risquent d'être plus difficiles à accepter).

Les juges ont, à plusieurs reprises, confirmé la constitutionnalité de l'ACA, mais, dans le climat politique actuel, il faut s'attendre à d'autres procès. De surcroît, l'opposition officielle de l'Église catholique au contrôle des naissances s'exprime aussi selon d'autres modalités – campagnes publiques, alliances politiques –, bien que la plupart des familles catholiques cherchent à maîtriser leur fécondité. Dans le même temps, certains États retardent l'instauration des marchés de l'assurance, manifestant ainsi leur opposition à l'ACA, dont l'élection présidentielle de 2012 pourrait bien sonner le glas.

La version initiale du projet de loi permettait d'accroître la portée et la puissance du système de santé – du point de vue des soins préventifs comme thérapeutiques. Toutefois, pour obtenir le vote de la loi, il a fallu exclure l'avortement des services garantis aux femmes, ce qui a notamment eu pour effet d'empêcher les États qui contribuaient déjà au financement de l'avortement de retirer un avantage de l'ACA de ce point de vue. Lorsqu'un plan d'assurance couvre l'avortement, l'assurée doit souscrire cette couverture séparément (il s'agit là d'un recul sur le plan de la confidentialité). En outre, d'autres dispositions de l'ACA autorisent purement et simplement les États à interdire la prise en charge de l'avortement. En 2011, la Maison-Blanche a accepté de permettre aux États d'« adapter » la liste de prestations, ce qui affaiblit la dimension préemptive de l'ACA, même si les États qui modifient la liste restent obligés de remplir les conditions fédérales. Cette évolution va dans le même sens que les tentatives effectuées par certains États (comme celui du Texas) pour s'affranchir de l'obligation de fournir une couverture complète, notamment en réduisant ou en supprimant les services de contrôle des naissances et autres prestations fournies par les centres de planification familiale (Belluck et Ramshaw, 2012).

Comme le confirment de récentes études, entre 1971 et 1973, malgré la généralisation de l'utilisation de la pilule contraceptive, l'avortement a joué un rôle important dans la protection contre les grossesses non désirées (Joyce, Tan et Zhang, 2011). Outre le fait que des milliers de femmes se rendaient dans l'un des trois États qui avaient légalisé l'avortement (New York, Californie et Hawaï), des avortements étaient également pratiqués ailleurs, lorsque des installations médicales remplissant toutes les conditions de sécurité étaient, de fait, disponibles. En 1973, la Cour suprême a rendu un arrêt qui a reconnu aux femmes un droit à l'avortement non limité aux situations de viol, d'inceste ou de danger pour la vie. Depuis, l'opposition, orchestrée par des représentants de l'Église catholique rejoints par d'autres organisations de défense du « droit à la vie » et des « valeurs familiales », s'est intensifiée. Dans certaines régions, des candidats à un mandat public ont soutenu ces positions. On a assisté à l'organisation d'actions d'intimidation visant les patientes et le personnel dans les centres de planification et à des actes de violence, puis à la création de centres de crise pour la grossesse, dans lesquels les femmes étaient incitées à refuser l'avortement et recevaient des informations erronées et des conseils douteux. À New York, une loi visant à interdire ces pratiques a été adoptée mais n'est pas encore appliquée. En outre, le fait que certains États obligent les médecins à réaliser une échographie avant de pratiquer un avortement est un acte invasif et une intrusion qui a suscité des protestations dans l'opinion.

La recherche médicale ayant élargi l'éventail des moyens de contraception utilisables dans différentes situations, la gestion de la fécondité continue d'évoluer. L'accès à ces services ne concerne pas seulement les droits des femmes : il constitue aussi un gage de santé publique par rapport aux solutions consistant à recourir à des avortements réalisés dans des conditions dangereuses ou à mener à terme des grossesses accidentelles.

L'État-providence confronté à des défis

L'État-providence peut être remis en cause de multiples manières, les autorités publiques et la société civile devant à la fois réagir à des événements et tendances inquiétants et savoir saisir de nouvelles possibilités. Dans ce contexte, éviter la discrimination fondée sur le sexe suppose d'être attentif aux conséquences que les réactions de la société peuvent avoir sur les femmes en fonction de leur situation et de leur âge.

Sur le plan de la démographie, l'allongement de l'espérance de vie constaté au cours du siècle écoulé constitue certes un progrès social remarquable, mais engendre des problèmes liés au vieillissement de la population. Vivant plus longtemps, les hommes comme les femmes ont besoin de percevoir un revenu plus élevé sur l'ensemble de leur vie. Or, en moyenne, les femmes ont un revenu inférieur à celui des hommes alors qu'elles peuvent espérer vivre cinq ans de plus qu'eux (*Statistical Abstract of the United States*, 2012). De surcroît, certaines de ces années de vie gagnées sont des années d'invalidité. Or, la taille de la famille ayant diminué, les personnes âgées ne peuvent plus autant que par le passé compter sur leurs enfants adultes pour les aider à accomplir les actes de la vie quotidienne. Cette évolution affecte les femmes à double titre, d'abord parce que ce sont surtout elles qui s'occupent des personnes dépendantes, ensuite parce qu'elles

sont elles-mêmes exposées à un risque d'invalidité, ce qui est encore plus problématique lorsqu'elles sont veuves ou vivent seules pour une autre raison.

Sur le plan médical, la question de savoir si l'ACA deviendra le modèle selon lequel sera organisé le système de santé au cours des décennies à venir dépendra du jeu politique national. Les progrès de la médecine, qui élargissent l'éventail des biens et services médicaux disponibles, associés à une complexité administrative injustifiée, renchérissent le coût des soins, pesant sur les budgets publics et entraînant une diminution des prestations versées par les assureurs privés. Selon toute vraisemblance, de nouvelles innovations scientifiques vont voir le jour et séduire une population désireuse d'être en meilleure santé. La course pour mettre sur le marché de nouveaux produits et traitements – et répondre à une demande entretenue par les médias – pourrait être incompatible avec les objectifs de protection de la santé publique et d'allocation optimale des dépenses de santé. Alors que les consommateurs, les fabricants et les prestataires de services ont souvent une exigence de rapidité, l'évaluation de la sécurité et de l'efficacité d'un produit après sa mise sur le marché n'est parfois possible qu'après des années d'exposition à un médicament et sur la base de données se rapportant à plusieurs années. Tel est le contexte dans lequel les décisions relatives à la contribution de l'État fédéral et des États au financement de la santé et de la recherche et développement dans le domaine de la santé sont prises, même si les économies réalisées au niveau de la gestion du système (par exemple en éliminant les produits qui ont pour finalité la réalisation de profits exorbitants et ceux qui ne sont pas fiables) se traduiront par une amélioration de l'allocation des ressources.

Sur le plan économique, dans un contexte d'instabilité caractérisée par un taux de chômage élevé, les budgets publics consacrés à l'éducation, à la santé et à d'autres programmes sociaux ont diminué. Cette situation pourrait être liée, non seulement aux limites appliquées à la capacité d'emprunt des États fédérés et à la diminution de l'assiette fiscale, mais aussi à la mise en œuvre de stratégies fondées sur l'austérité. Certains services fort utiles ont été supprimés et le revenu de beaucoup d'agents publics a diminué. Bon nombre de femmes employées dans la fonction publique ont ainsi perdu la sécurité de l'emploi.

L'allongement de la longévité observé ces dernières décennies s'est déjà traduit par un relèvement de l'âge de la retraite qui accroît les difficultés auxquelles sont confrontés les travailleurs qui perdent leur emploi avant d'avoir atteint l'âge de la retraite. Bien que largement plébiscitée par le grand public, l'assurance vieillesse (*Social Security*) et le régime *Medicare* sont la cible de ceux qui s'opposent à la fois aux dispositifs visant à garantir une sécurité du revenu et à la fiscalité progressive. S'agissant de la prise en charge des personnes handicapées, certains pays européens sont allés plus loin que les États-Unis sur la voie d'une participation des budgets publics à la charge financière de la dépendance de membres de la famille. Aux États-Unis, nombre de ménages sont pénalisés par le coût de cette prise en charge ainsi que par l'obligation dans laquelle se trouvent certaines personnes (principalement des femmes) de réduire leur temps de travail rémunéré pour se consacrer au membre du ménage dépendant.

Les politiques mises en place pour stimuler la reprise économique et prévenir la survenue d'autres crises sont instables. La conception traditionnelle de l'économie – qui associe une croyance dans la capacité de l'économie à s'autoréguler et

une peur des déficits temporaires – est en concurrence avec les idées keynésiennes sur la stagnation économique, qui préconisent notamment de consacrer des fonds publics à la création directe d’emplois. Or l’amélioration des niveaux d’emploi et le redressement des finances publiques permettront aux hommes comme aux femmes de définir et d’atteindre plus facilement des objectifs personnels et instaureront un climat plus propice à la conciliation des obligations familiales et professionnelles. Dans le même temps, de nombreuses sphères de la société – le marché du travail, les institutions liées à la protection sociale, les entreprises et les ménages – continuent d’offrir des moyens de protéger et de faire progresser l’équité et l’égalité des chances et de promouvoir la contribution potentielle des femmes, tandis que la société corrige et renforce ses filets de sécurité.

Références bibliographiques

Albanesi S., Olivetti C. (2006a), *Gender and Dynamic Agency, Theory and Evidence on the Compensation of Female Top Executives*, Working Paper Series WP 2006-061, Boston, Mass., Boston University.

Albanesi S., Olivetti C. (2006b), *Home Production, Market Production, and the Gender Gap : Incentives and Expectations*, National Bureau of Economic Research, Working Paper 12212, Cambridge, Mass.

Albanesi S., Olivetti C. (2009), *Gender Roles and Medical Progress*, National Bureau of Economic Research, Working Paper 14873, Cambridge, Mass.

American Association of University Professors (2011), *It's Not Over Yet: The Annual report on the Economic Status of the Profession 2010-2011*, Washington, mars-avril, <http://www.aaup.org/NR/rdonlyres/17BABE36-BA30-467D-BE2F-34C37325549A/0/zreport.pdf>

Belluck P., Ramshaw E. (2012), "Women in Texas losing options for health care", *New York Times*, p. A1, 8 mars.

Blau F., Ferber M.A., Winkler A.E. (2009), *The Economics of Women, Men, and Work*, Upper Saddle River, New Jersey, Prentice Hall.

Constitution des États-Unis, version amendée (1967), 90th Congress, 1st Session, House Document, n° 124, articles 6 et 10, Washington, mai.

Democrats.Senate (2011), *The Patient Protection and Affordable Care Act*, Detailed Summary, democrats.senate.gov/reform.

Department of Health and Human Services Centers for Medicare & Medicaid Services (2011), *Medicaid Program : Eligibility Changes under the Affordable Care Act of 2010*, Washington.

Handelsman J., Grymes R.A. (2008), "Looking for a few good women?," Editorial, *DNA and Cell Biology*, vol. 27, n° 9, p. 463-465, New Rochelle.

Joyce T., Tan R., Zhang Y. (2011), *Changes in Birth Rates of Young People Following Access to the Pill and Abortion in the Early 1970's*, Baruch College and CUNY Graduate Center, New York.

Kaiser Family Foundation (2011), *Women's Health Policy Facts : Health Insurance Coverage of Women 18-64*, Menlo Park, California.

Luce S., Fujita N. (2012), *Discounted Jobs : How Retailers Sell Workers Short*, Report, Retail Action Project and City University of New York, New York.

Massachusetts Institute of Technology (MIT) (1999), "A study on the status of women faculty in science at MIT", *The MIT Faculty Newsletter*, vol. 11, n° 4, Special Edition, Cambridge, Mass.

Massachusetts Institute of Technology (MIT) (2011), *A Report on the Status of Women Faculty in the Schools of Science and Engineering at MIT*, Cambridge, Mass.

Muller C., Volkov O. (2008), *Unemployment Insurance and Older Workers in the United States*, International Longevity Center-USA, New York.

Olivetti C. (2006), "Changes in women's hours of market work : The role of returns to experience", *Review of Economic Dynamics*, vol. 9, n° 4, p. 557-587, octobre, Elsevier.

Rodwin V.G. (2010), “Expenditure on health care services and population health”, *Les Tribunes de la santé*, n° HS 1, p. 31-36.

Rodwin V.G. (2011), «Les médecins américains et la réforme Obama», *Les Tribunes de la santé*, n° 30, p. 29-37.

Statistical Abstract of the United States (2012), US Department of Commerce, Washington.