

# OBAMACARE ou la longue marche des États-Unis vers l'accès aux soins pour tous

Par **Claire AUBIN**,

Inspectrice générale des affaires sociales, Conseillère pour les affaires sociales à Washington



**Claire Aubin** est en poste à Washington comme conseillère pour les affaires sociales auprès de l'Ambassade de France aux États-Unis.

Inspectrice générale des affaires sociales, elle a depuis sa sortie de l'ENA occupé des fonctions variées dans la sphère du travail et des affaires sociales, à l'IGAS, en administration centrale, dans les services déconcentrés, à Bruxelles (Représentation de la France auprès de l'Union européenne) et dans le cadre de l'ONU.

Les points de vue exprimés dans cet article n'engagent que son auteure et en aucun cas les institutions d'appartenance.

L'« Affordable Care Act », plus communément désigné sous l'appellation d'« Obamacare »<sup>1</sup>, est un ensemble législatif complexe adopté en 2010 par le Congrès des États-Unis, dont certaines dispositions essentielles viennent d'entrer en vigueur.

Des deux volets que comporte la réforme celui visant à étendre la couverture santé pour permettre à tous les Américains d'accéder aux soins est de loin le plus connu. Le deuxième axe, qui a trait à l'organisation des soins et à la maîtrise des dépenses de santé, a été beaucoup moins médiatisé car moins sujet à controverse. La bataille politique s'est en effet largement polarisée sur la mise en place d'une assurance obligatoire contre le risque maladie présentée par le camp conservateur comme une atteinte au principe de liberté individuelle et une entrave aux mécanismes de marché.

On examinera ci-dessous les spécificités du système américain qui expliquent la problématique d'accès aux soins aux États-Unis (1) avant d'exposer l'architecture du dispositif destiné à y remédier (2). Après avoir analysé les difficultés de mise en œuvre de la réforme (3) on s'interrogera sur la capacité de l'Obamacare à tenir ses promesses en termes d'accès aux soins (4).

## La problématique de l'accès aux soins aux États-Unis

Les problèmes d'accès aux soins constituent une préoccupation de longue date aux États-Unis. Les trous de la couverture maladie ont en effet des conséquences importantes au plan économique, social, et en termes de santé publique.

### Les trous de la couverture maladie

#### 50 millions de personnes non assurées

Le nombre des personnes sans assurance santé aux États Unis en 2010 était évalué à quelques 50 millions de personnes soit 16% de la population totale. C'est ce chiffre, déterminé par voie d'enquête et non exempt de contestation<sup>2</sup>, qui a servi de référence dans les projections et travaux relatifs à la réforme.

1 L'appellation d'« Obamacare » était initialement un sobriquet appliqué à la réforme par ses détracteurs. Elle est aujourd'hui communément utilisée, même par ses partisans.

2 Le bureau fédéral du recensement (Census Bureau) procède chaque année à une évaluation dans le cadre de son enquête annuelle de population (Current Population Survey). Les Républicains ont mis en cause le chiffre de 50 millions, jugé surestimé. De fait, le Census Bureau a procédé à une modification du mode de recueil des données en 2013 qui conduit à réviser en baisse ces estimations. La rupture des séries statistiques qui en résulte complique l'évaluation des effets de la réforme et a relancé les accusations de manipulation statistique.

### 30 millions de personnes mal assurées

Un autre phénomène moins connu mais significatif concerne la population mal assurée. Dans cette catégorie, on regroupe les personnes ayant un faible niveau de couverture (niveaux de franchise élevés, plafonds annuels de prise en charge, co-paiement importants...) ou dont la couverture exclut certains risques, en fonction du profil individuel, des antécédents médicaux ou des options souscrites dans le cadre contractuel. Une analyse effectuée en 2012 chiffrait à près de 32 millions le nombre des personnes sous- assurées<sup>3</sup>.

En ajoutant cette population à la population sans assurance, ce sont au total plus de 80 millions de personnes qui risquaient de ne pouvoir accéder aux soins pour des raisons financières.

### Des dispositifs dispersés et lacunaires

La diversité des dispositifs et des sources statistiques permet difficilement d’avoir une vision agrégée de la population américaine au regard de la couverture maladie. Sur la base d’une étude réalisée pour l’année 2012, la situation peut être résumée comme suit <sup>4</sup>:

#### % de la population couverte par

Assurances privées 53 %, dont		Dispositifs publics 31 %, dont			Non assurés 15 %	Total 100 %
Dispositifs employeurs 48 %	Assurances individuelles ou autre 5 %	Medicare 16%	Medicaid 14%	Autre 1%		

Source : Kayser Family Foundation

### Le libre jeu du marché

Jusqu’en 2010 le modèle américain se caractérisait par l’absence de toute obligation au regard du risque maladie. Les individus étaient libres de s’assurer ou non, en fonction de leur propre appréciation du rapport coût/bénéfice d’une telle démarche. Les employeurs étaient libres de proposer ou non une couverture santé à leurs salariés. Les assureurs étaient libres de pratiquer une sélection des risques au regard des caractéristiques individuelles de chaque personne et décidaient librement des garanties offertes.

### Des assurances liées à l’emploi

Pour les Américains, la possession d’une couverture santé était et demeure le plus souvent un avantage lié à l’emploi (benefit). Elle a longtemps constitué le signe distinctif d’un emploi de qualité et un avantage social apprécié, utilisé par les entreprises pour attirer les meilleurs candidats. Ce type de couverture reste le mode dominant, même s’il a connu une forte baisse dans les années 2000<sup>5</sup>.

### Des dispositifs publics pour certaines populations

Si l’on excepte les régimes spécifiques aux personnels militaires et anciens combattants, les systèmes publics s’adressent pour l’essentiel à des personnes qui ne peuvent travailler. Le dispositif Medicare bénéficie aux « seniors » à partir de 65 ans. Le dispositif Medicaid couvre, sous conditions très strictes

3 The Commonwealth Fund, mars 2014.

4 Kayser Family Foundation « Health Insurance Coverage of the total population 2012 ».

5 Catherine SAUVIAT « Où en est la mise en œuvre de l’Obamacare, quatre ans après l’adoption de la loi? » Chronique internationale de l’IRES, n°147.

de ressources, les personnes handicapées, les femmes enceintes et dans certains cas, les parents pauvres d'enfants éligibles au Children's Health Insurance Program (CHIP).

### Les causes multiples de la non assurance

L'absence d'assurance peut recouvrir des cas de figure variés. Le chômage ou la perte d'emploi en constituent un. Pourtant les trois quart des personnes sans assurance vivent dans une famille comportant au moins un travailleur à plein temps mais sans couverture santé liée à l'emploi, soit parce que l'employeur n'en propose pas, soit parce que le coût de la couverture proposée est dissuasif. On trouve également parmi les non assurés des personnes qui sont éligibles aux dispositifs publics mais n'ont pas fait valoir leurs droits, ainsi qu'un nombre important de jeunes adultes (de 19 à 25 ans)<sup>6</sup>. S'y ajoutent les personnes exclues par les compagnies d'assurance en raison d'antécédents conduisant à un risque de santé majoré (preexisting condition).

## Des conséquences préoccupantes au plan économique, social et sanitaire

### Les lacunes de la couverture maladie ont un impact important sur le budget et l'équilibre financier des ménages

On estimait en 2010 que 35 % des Américains avaient un reste à charge annuel supérieur à 1 000 dollars pour leurs dépenses de santé<sup>7</sup>. Ce reste à charge atteint des montants particulièrement élevés pour les personnes souffrant de maladies chroniques.

En cas de sérieux problème de santé, un niveau insuffisant de couverture peut avoir des conséquences dramatiques. Près des deux-tiers des faillites personnelles enregistrées aux États-Unis résultent de dépenses de soins. Dans les trois quarts des cas, les personnes avaient une assurance santé<sup>8</sup>.

### Le défaut d'assurance maladie a par ailleurs des effets significatifs sur le recours au dispositif de soins.

53 % de la population non assurée n'a pas de suivi régulier contre 10 % seulement de la population couverte par Medicaid ou disposant d'une assurance liée à l'emploi. Parmi les personnes sans couverture, 30 % déclarent avoir dû reporter des soins pour des raisons financières contre 7 % des personnes assurées par l'intermédiaire de leur entreprise. 24 % des personnes assurées déclarent n'avoir pu exécuter une prescription du médecin faute d'argent contre 5 % des personnes couvertes via leur entreprise<sup>9</sup>.

S'interrogeant dans un récent rapport<sup>10</sup> sur les raisons des médiocres performances des États-Unis en termes de santé publique, l'Institut de médecine américain citait en premier lieu l'organisation du système de santé, notamment l'absence de couverture universelle et les problèmes d'accès aux soins en résultant, avant d'aborder les facteurs comportementaux, environnementaux et les déterminants socio-économiques.

## Une réforme conçue pour ouvrir un accès aux soins au plus grand nombre

### Un enjeu : l'accessibilité financière

L'intitulé de la réforme « Affordable Care Act » expose clairement son objet qui est rappelé au titre I de la loi : « des soins de qualité, abordables pour tous les Américains ». Toutefois, la référence à l'universalité a de fait été abandonnée, pour lui substituer, au moins dans un premier temps, le « plus grand nombre » : la cible officielle est désormais fixée à 30 millions de nouveaux assurés.

6 Kayser Family Foundation « The uninsured, a primer » October 2013.

7 Commonwealth Fund « International Health Policy Survey in Eleven Countries » 2010.

8 American Journal of Medicine, juin 2009.

9 Source : Kayser Family Foundation, op cit

10 National Research Council and Institute of Medicine. U.S. Health in International Perspective: Shorter Lives, Poorer Health. Washington, DC: The National Academies Press, 2013.



## Une démarche de compromis

L'hypothèse d'un système à l'européenne a été initialement envisagée. Une telle option était théoriquement possible : le dispositif Medicare pouvait être étendu à tous en supprimant le seuil d'éligibilité à 65 ans. Mais elle était politiquement exclue dans un pays où la couverture maladie constitue un marché vital pour le secteur des assurances et où l'idée d'un système centralisé (single payer) porte des relents de collectivisme peu porteurs.

Pour faire passer la réforme, il a donc fallu composer avec l'existant. L'Obamacare, dès le départ, représente un compromis : la structure composite et multicentrique du système de santé américain n'est pas remise en cause, le marché est respecté, mais la réforme l'organise et s'efforce de colmater les failles les plus criantes de la couverture maladie.

Ce parti pris aboutit à un ensemble législatif et réglementaire particulièrement touffu. Mais cette complexité souvent reprochée à la réforme reflète en définitive celle du système sur lequel elle a dû se greffer<sup>11</sup>.

## Une architecture complexe

Dans ce contexte, l'accès aux soins pour le plus grand nombre devait résulter de la combinaison de trois éléments principaux :

- **Une obligation d'assurance**

La mesure phare de la réforme est l'institution du « mandat », aux termes duquel les individus doivent être assurés contre le risque maladie ou, à défaut, payer une contribution au Trésor public. Cette disposition a d'emblée été la plus contestée, présentée par ses adversaires comme une atteinte au principe de liberté. A cette obligation individuelle répond une obligation collective pour les entreprises, qui au delà de 50 salariés, sont tenues de leur proposer un contrat d'assurance santé.

- **Des mesures pour solvabiliser la demande**

Un dispositif à trois étages est prévu selon le niveau de revenu des ménages :

- **pour les plus défavorisés, un accès élargi au dispositif public Medicaid.** Selon l'Affordable Care Act, toute personne dont le revenu ne dépasse pas 138 % du seuil de pauvreté<sup>12</sup> devient éligible à ce programme lui permettant de bénéficier d'une couverture santé gratuite.
- **pour les revenus intermédiaires, un système de crédits d'impôt.** Les personnes dont le revenu se situe entre 138 et 400 % du seuil de pauvreté bénéficient d'une subvention pour souscrire une assurance privée dont le coût se trouve significativement réduit
- **pour les plus aisés, des prix de marché mieux régulés.** Au-delà de 400 % du seuil de pauvreté, les prix du marché s'appliquent mais un effet de modération est attendu de l'application des règles organisant une plus grande transparence et compétition. Les coûts d'accès prohibitifs pour les personnes présentant un risque de santé particulier sont désormais bannis et la possibilité de pratiquer des tarifs différenciés en fonction de l'âge est limitée.

11 Comme le rappelle le Président de l'association des hôpitaux américains (AHA), Rich UMBDENSTOCK, « il est impossible d'expliquer en termes simples un système soumis aux 130 000 pages de la réglementation Medicare et aux spécifications de 1 300 assureurs privés ».

12 138 % du seuil fédéral de pauvreté équivaut à un revenu annuel de 16 100 dollars pour une personne seule et 32 900 dollars pour une famille de 4.

- **Des critères de qualité minimum**

Diverses mesures visent à garantir la qualité des couvertures proposées sur le marché. Ainsi, il est désormais interdit aux compagnies d'assurance de sélectionner ou d'exclure certains risques et de fixer des plafonds financiers conduisant à l'interruption des prises en charge en cas de pathologie coûteuse. Une autre innovation majeure réside dans la définition d'un panier de prestations minimum (essential benefits) dont la couverture doit être assurée dans tous les contrats.

## **Une mise en œuvre politiquement et techniquement difficile**

### **Une réforme qui touche à des valeurs américaines sensibles**

L'ampleur des réticences suscitées par la réforme ne peut se comprendre sans faire référence aux spécificités de la culture et du modèle américains.

Lorsqu'il s'agit d'arbitrer entre liberté et sécurité, entre responsabilité individuelle et solidarité collective, ou de trouver un équilibre entre le jeu du marché et l'intervention régulatrice, les Américains placent le curseur à un niveau différent des Européens. L'Obamacare touche à certains de ces arbitrages essentiels.

Dans ce contexte, l'institution d'une couverture maladie obligatoire a pu être présentée par ses adversaires comme une mesure liberticide et la contribution que doivent payer les personnes assurées ressentie comme un impôt confiscatoire.

Certaines implications de l'Obamacare, considérées comme potentiellement explosives au plan politique, ont été peu explicitées par ses partisans qui ont plutôt eu tendance à en minimiser l'impact. Barack OBAMA a lui-même, pendant sa deuxième campagne présidentielle, assuré que pour 80 % des Américains la nouvelle législation n'aurait aucune répercussion, façon quelque peu paradoxale de défendre une réforme ambitieuse.

### **Le tabou de la redistribution**

La généralisation de la couverture santé, tant en termes de populations que de risques couverts, entraîne nécessairement des effets redistributifs. L'interdiction désormais faite aux compagnies d'assurance de pratiquer la sélection des risques, la prohibition des tarifs différentiels selon le sexe, la limitation de l'échelle des primes en fonction de l'âge, conduisent mécaniquement à augmenter la facture pour le public masculin jeune et en bonne santé. L'obligation de couvrir tous les risques dits « essentiels » et l'ouverture de nouvelles possibilités de couverture gratuite pour les plus défavorisés vont dans le même sens.

Mais ces effets ont longtemps été occultés, la redistribution revêtant dans le contexte politique américain une connotation plutôt négative. La notion même de mutualisation des risques n'a pas été explicitée. La découverte de ses effets concrets n'en a été que plus brutale. Pour des millions d'Américains, elle a pris la forme à l'automne 2013 d'un courrier de leur assureur. Celui-ci dénonçait leur contrat pour non-conformité à la nouvelle législation et leur proposait une nouvelle police, généralement plus chère. Habités à des tarifs calculés en fonction de leur profil individuel, nombre d'assurés ont été scandalisés de devoir payer pour des services qu'ils estimaient ne pas les concerner. Par exemple la couverture maternité, jusqu'à présent optionnelle dans la majorité des polices d'assurance individuelles, a été introduite dans la couverture de base obligatoire. Il en va de même pour les soins liés à l'addiction ou à des troubles mentaux.



## Le cadeau empoisonné de la Cour Suprême

La décision prise le 28 juin 2012 par la Cour Suprême a levé une lourde hypothèque en validant la constitutionnalité de l'obligation d'assurance (mandate). Mais elle a, dans le même temps, ouvert une brèche importante dans le dispositif en déclarant que l'extension du programme Medicaid ne pouvait être imposée au niveau fédéral et relevait du pouvoir de décision de chaque État.

De ce fait, près de la moitié des États américains se sont à ce jour<sup>13</sup> prononcés contre cette extension, dont le coût est pourtant compensé presque intégralement par le budget fédéral<sup>14</sup>. La pression exercée par les professionnels de santé et les assureurs, soucieux de récupérer ces milliards de dollars qui viendraient alimenter le marché de l'assurance et solvabiliser la demande de soins, n'a pu triompher de l'hostilité politique à la réforme qui fonde le refus de la plupart des gouverneurs républicains.

Ce refus remet en cause un pan essentiel de l'édifice qui devait apporter une couverture santé gratuite aux populations en situation de précarité financière.

## Une crédibilité entachée par les problèmes techniques

Le lancement opérationnel de la réforme auprès du public a été officiellement qualifié de « désastreux » par la ministre de la santé de l'époque<sup>15</sup>. Très médiatisées, les avaries techniques du portail gouvernemental qui devait être l'outil et la vitrine de l'Obamacare ont été largement commentées et exploitées par ses opposants. Elles constituaient selon eux la preuve éclatante que la réforme souffrait de défauts de conception irréparables et devait être retirée.

Ces problèmes techniques ont entraîné un retard important dans la souscription des contrats d'assurance, qu'une mobilisation extrêmement active de toutes les parties concernées - administrations, assureurs, organisations militantes - a in extremis permis de combler. Au final l'objectif de 7 millions de contrats qui avait été fixé pour la première campagne annuelle de souscription a été atteint et même dépassé. Mais le déficit politique demeure, qui a durablement affecté la crédibilité de la réforme ainsi que les efforts du Président OBAMA pour promouvoir une conception renouvelée de l'intervention publique à travers la notion de smart government.

## L'Obamacare peut-il tenir ses promesses ?

Il est évidemment trop tôt pour porter un jugement définitif sur une réforme particulièrement complexe dont toutes les dispositions n'ont pas encore été mises en œuvre. Si l'impact apparaît d'ores et déjà positif, l'accès aux soins pour le plus grand nombre se heurte encore à des obstacles importants.

## Un impact réel : les trous de la couverture diminuent

Depuis l'adoption de la nouvelle législation, près de 20 millions de personnes au total ont eu recours à l'une des nouvelles modalités prévues pour l'obtention d'une couverture santé<sup>16</sup> :

13 Selon la Maison Blanche, 24 États sur 50 refusaient au 1er juillet 2014 d'étendre le dispositif Medicaid.

14 Le coût de l'extension du dispositif est financé par le niveau fédéral à 100 % pendant les trois premières années. La participation fédérale diminuera ensuite graduellement pour arriver à 90 % en 2020.

15 Déclaration de Kathleen SEBELIUS devant le Congrès, 30 octobre 2013.

16 David BLUMENTHAL and Sara R. COLLINS Health care coverage under the Affordable Care Act - a progress report New England Journal of Medicine, Juillet 2014.

## Nombre de bénéficiaires au 31 mai 2014

Souscription d'un contrat sur les nouveaux marchés réglementés d'assurance <sup>1</sup>	Extension de la couverture santé parentale aux jeunes de moins de 26 ans	Extension du dispositif Medicaid <sup>2</sup>
8 millions	3 millions	7 millions

Source : Department of Health and Human Services

Toutes ces personnes n'étaient pas sans couverture auparavant. Certaines ont seulement changé d'assurance, allant généralement vers des garanties plus étendues. Les données officielles ne comportant pas d'information sur la situation de départ, divers sondages ont été effectués pour tenter d'évaluer le nombre des nouveaux assurés.

Au niveau national, la population non assurée, initialement évaluée à 50 millions de personnes, aurait diminué d'environ 20 % : 8 à 11 millions de personnes (selon les estimations) bénéficieraient aujourd'hui d'une couverture alors qu'elles en étaient privées il y a un an<sup>17</sup>. Les plus fortes progressions sont enregistrées chez les populations structurellement les plus éloignées de l'assurance santé : jeunes, hommes, minorités ethniques.

### La couverture universelle reste un horizon lointain

La persistance d'un noyau important de personnes non assurés résulte de plusieurs phénomènes distincts.

#### Le défaut d'extension de Medicaid

Les chiffres établis au niveau national masquent de grandes disparités géographiques qui reflètent elles-mêmes le positionnement politique des divers États au regard de la réforme. Ainsi la Californie, qui lui apporte un soutien affirmé, a enregistré la plus forte progression de la couverture maladie : la part de la population sans assurance y a diminué de moitié en un an, passant de 22 % à 11 % de la population totale. Inversement, la population non assurée est de plus en plus concentrée dans les États du Sud et du Midwest, hostiles à la réforme, qui ont refusé d'étendre le dispositif Medicaid. Selon la Maison Blanche, le refus des États concernés prive **5,7 millions de personnes** de la couverture maladie prévue par la loi. Plus d'1,2 millions d'entre eux habitent au Texas où les conditions d'éligibilité au dispositif Medicaid demeurent drastiques<sup>18</sup>.

La décision de la Cour Suprême relative à Medicaid constitue bien une difficulté majeure, particulièrement préoccupante puisqu'elle concerne la frange la plus fragile de la population américaine. Mais elle n'explique pas à elle seule le maintien d'une importante population non assurée.

#### Le non recours aux droits

Nombre de personnes qui seraient éligibles aux divers dispositifs prévus par l'Obamacare n'y ont, à ce stade, pas (encore) recours.

En effet, l'acquisition d'une couverture maladie nécessite de la part des personnes concernées une démarche volontaire. Malgré les efforts déployés pour rendre plus accessible et lisible le marché de l'assurance<sup>19</sup>, la

17 Source : études effectuées par Commonwealth Fund, Urban Institute et Gallup Organization.

Sara R. COLLINS, Petra W. RASMUSSEN, and Michelle M. DOTY « Gaining Ground: Americans' Health Insurance Coverage and Access to Care After the Affordable Care Act's First Open Enrollment Period » The Commonwealth Fund, juillet 2014.

18 Un adulte résidant au Texas ne peut être couvert par Medicaid que s'il a au moins un enfant et si son revenu est inférieur à 15 % du seuil de pauvreté (situation en juin 2014).

19 Comme le classement des contrats d'assurance maladie en 4 catégories - bronze, argent, or et platine - selon le niveau des garanties accordées. Cf. Catherine SAUVIAT, op cit



souscription d'une couverture santé suppose d'accomplir des formalités relativement complexes et de choisir entre les multiples formules proposées sur le marché. Les administrations publiques mais aussi les compagnies d'assurance, les établissements de soins et les organisations militantes comme Enroll America, ont multiplié les initiatives pour aller à la rencontre des populations non assurées.

Malgré ces efforts, la population visée souffre d'un **déficit important d'information** : selon un sondage effectué en juin 2014 auprès des personnes non assurées, deux sur cinq méconnaissent les principales dispositions de la réforme comme l'obligation de s'assurer, trois sur cinq ignoraient l'existence d'aides financières pour acquérir une couverture maladie<sup>20</sup>.

**La population immigrée** rencontre des obstacles spécifiques. Les étrangers résidant légalement sur le territoire des États-Unis sont éligibles à l'Obamacare. Mais ils craignent, en engageant des démarches, d'attirer l'attention des autorités administratives sur les membres de leur entourage en situation irrégulière. Cette crainte est exprimée par 37 % des personnes immigrées résidant en Californie<sup>21</sup> qui de ce fait, restent non couvertes. Elle est suffisamment prégnante pour avoir suscité des assurances écrites des autorités en charge de l'immigration<sup>22</sup>, reprises dans une intervention du Président OBAMA devant un public hispanique en mars 2014.

Les **marges de progression à court ou moyen terme** sont donc réelles. On estime que près de la moitié des personnes non assurées seraient susceptibles de faire l'acquisition d'une assurance maladie si l'information et le soutien technique nécessaires leur étaient apportés<sup>23</sup>. Cet effet est pris en compte dans les prévisions de l'administration fédérale, qui table sur un doublement du nombre de souscriptions sur les marchés de l'assurance lors de la prochaine campagne annuelle qui débutera à l'automne 2014.

Il reste toutefois **une part irréductible, évaluée à 20%** de la population non assurée, qui déclare ne pas souhaiter s'assurer<sup>24</sup>. Une telle attitude qui peut traduire une opposition politique ou une simple méfiance vis à vis de la réforme, peut aussi résulter d'un calcul économique rationnel, compte tenu du montant actuellement peu dissuasif de la contribution fiscale réclamée aux personnes non assurées<sup>25</sup>. Une personne jeune et ne présentant pas de risque de santé apparent peut préférer s'en acquitter plutôt que de dépenser plusieurs milliers de dollars par an pour s'assurer.

## **Malgré un avenir incertain, le retour en arrière apparaît peu probable**

### **Une réforme qui demeure fragile et contestée**

Si le portail gouvernemental est aujourd'hui en état de fonctionnement, toutes les difficultés techniques liées à la complexité de la réforme sont loin d'être dépassées. Elles ont notamment conduit à différer d'un an l'application des dispositions concernant les entreprises : l'obligation pour

20 Source : Urban Institute, Health Reform Monitoring Survey (HRMS), juin 2014.

21 Source : Kaiser Family Foundation, enquête sur la population adulte sans assurance en Californie, Where Are California's Uninsured Now? juillet 2014.

22 Le Department of Homeland Security dans une note d'octobre 2013 assure que les informations fournies dans le cadre de démarches visant à obtenir une couverture santé ne sont en aucun cas utilisées à des fins de politique d'immigration.

23 Source, Urban Institute, conclusions tirées du sondage précité.

24 Idem.

25 La contribution fiscale est fixée à 95 dollars annuels par personne célibataire ou 1 % du revenu en 2014. Elle sera progressivement portée à 695 dollars ou 2,5 % du revenu en 2016.

les employeurs de plus de 50 salariés de proposer un contrat d'assurance santé offrant les garanties prévues par la loi n'entrera en vigueur qu'à partir de 2016.

À ces difficultés techniques, s'ajoute une incertitude sur l'équilibre économique de la réforme. Les données actuellement disponibles sur le profil des nouveaux assurés et la structure des risques ne permettent pas de prévoir quelle sera l'évolution des primes dans les années à venir. Les détracteurs de la réforme continuent de prédire un « choc tarifaire » qui rendrait l'assurance santé de moins en moins accessible alors que les partisans de l'Obamacare en attendent au contraire une amélioration du rapport qualité-prix de la couverture pour le plus grand nombre. L'évolution sur ce point dépendra aussi des résultats obtenus sur l'autre volet de l'Affordable Care Act, relatif à la maîtrise des dépenses de santé, qui ne pourront être évalués qu'à moyen terme.

L'opposition à la réforme n'a pas désarmé. Les tentatives de remise en cause par la voie politique ont à ce stade échoué. Mais la bataille se poursuit sur le terrain juridique à travers les recours intentés contre diverses dispositions de la loi, qui pourraient s'avérer un mode de contestation plus porteur.

La Cour Suprême vient ainsi de reconnaître une sorte de clause de conscience religieuse pour les entreprises familiales qui pourront désormais s'exonérer de certaines dispositions de l'Obamacare relatives à la couverture contraceptive de leurs salariées, lorsque celles-ci heurtent les convictions religieuses du chef d'entreprise<sup>26</sup>.

Si cette décision revêt surtout une portée symbolique, un autre jugement récent<sup>27</sup> fait peser une menace beaucoup plus lourde sur l'avenir de la réforme, en contestant la légalité du système de crédits d'impôts mis en place. Si cette décision était confirmée au plus haut niveau, c'est, après l'extension de Medicaid, un autre pan essentiel de l'édifice construit par l'Affordable Care Act qui serait remis en cause. Sans cet élément indispensable de solvabilisation de la demande, des millions d'Américains n'auraient, faute de moyens, plus accès au marché de l'assurance maladie.

### **Mais dont le retrait est peu probable**

La réforme est encore sur la corde raide. Pour autant, le retour en arrière que signifierait son retrait pur et simple apparaît improbable, même dans le cas où les Républicains prendraient le contrôle du Congrès à l'occasion des élections de midterm de l'automne 2014.

De nombreux éléments rendent peu plausible l'hypothèse d'une abrogation de l'Affordable Care Act, sans même parler du veto du Président, auquel une telle mesure se heurterait nécessairement.

Depuis l'adoption de la réforme, une dizaine de millions de personnes ont obtenu une couverture maladie, ce qui a eu un effet significatif et presque immédiat sur le recours au système de soins : 60 % des nouveaux assurés disent avoir depuis consulté un médecin ou obtenu une prescription et près des deux tiers d'entre eux déclarent qu'ils n'auraient pas pu se le permettre auparavant. Si cela ne suffit pas à convaincre une opinion publique qui demeure sceptique, l'impact social pour les populations concernées et les retombées économiques pour les assureurs et les fournisseurs de soins rendent un retour en arrière difficilement envisageable.

Si l'opinion américaine demeure sceptique vis-à-vis de l'Obamacare dans son ensemble, elle est favorable à la plupart des dispositions concrètes qu'elle recouvre. Et la majorité des Américains déclare souhaiter la modification de la loi plutôt que son retrait.

Par ailleurs, l'absence de contre-projet du parti républicain, dont le programme sur les questions de santé se résume pour l'essentiel à l'abrogation de l'Obamacare, rend celle-ci paradoxalement difficile sinon peu probable.

<sup>26</sup> Burwell v. Hobby Lobby, 30 juin 2014.

<sup>27</sup> Halbig V. Burwell, 22 juillet 2014.



## En conclusion

Une grande partie des difficultés rencontrées par l'Obamacare apparaissent comme la rançon d'une insuffisance de consensus politique au départ. Dans le contexte actuel des États-Unis, l'objectif de l'accès aux soins pour tous n'était pas suffisamment rassembleur pour imposer des solutions simples et d'application générale. La nécessité de passer des compromis et d'avancer pour une part masqué a considérablement compliqué la tâche des réformateurs. L'édifice qui en résulte, fondé sur la juxtaposition d'éléments divers, se caractérise par une certaine vulnérabilité juridique et le risque d'assister au grignotage progressif de certaines dispositions essentielles de la réforme est réel, même si son retrait pur et simple apparaît peu plausible.

Il n'est pas possible, à ce stade, de dire si la législation adoptée en 2010 sera la grande réforme sociale annoncée, s'inscrivant dans la lignée des lois historiques qui, à l'époque du New Deal ou de la Great Society, ont construit le filet de protection sociale américain : Social Security, Medicare, Medicaid.

Une chose est sûre : la couverture santé universelle reste pour les États-Unis un horizon lointain. Mais derrière les batailles juridiques et politiques, des dispositions importantes sont entrées en vigueur qui bouleversent la philosophie et les pratiques en matière d'assurance santé aux États-Unis. D'ores et déjà, la santé ne constitue plus un produit comme les autres. Il n'est plus possible de refuser d'assurer une personne en raison de ses antécédents médicaux ou d'interrompre la prise en charge de son traitement parce que celui-ci coûte trop cher. Et des millions de personnes se sont vu reconnaître le droit à une couverture maladie à laquelle la modestie de leurs revenus ne leur permettait pas d'accéder sur la base des prix de marché.

De ce point de vue, une évolution a été engagée qui paraît difficilement réversible et l'Obamacare peut être considéré comme une étape majeure dans la marche vers l'accès aux soins pour tous, même s'il n'en constitue pas le point final.