États-Unis

Où en est la mise en œuvre de l'Obamacare, quatre ans après l'adoption de la loi ?

Catherine SAUVIAT *

L'adoption de l'Affordable Care Act (ACA) en mars 2010, plus connu sous le nom d'« Obamacare », est la réforme la plus ambitieuse de la présidence Obama. Elle a, depuis le début, été combattue bec et ongles par les républicains, poussés dans une stratégie d'obstruction systématique par les extrémistes du Tea Party qui en ont fait leur cheval de bataille. Elle s'inspire pourtant de la réforme mise en œuvre par le républicain Mitt Romney en 2006 dans l'État du Massachussetts dont il était le gouverneur à l'époque, proposant une gestion très décentralisée qui laisse aux États d'amples marges de manœuvre. Si un tel choix a été fait, écartant de fait les solutions les plus radicales et les plus simples telles que l'établissement d'une assurance publique obligatoire et universelle, c'est parce que c'était sans doute l'option la plus acceptable par un Congrès de plus en plus polarisé idéologiquement (Sommeiller, dans ce numéro) et par un Président à la recherche avant tout d'un compromis bipartite.

L'enjeu premier de cette réforme était de rendre la couverture santé quasi obligatoire pour tous *via* un système d'incitations et de subventions, tout en imposant de nouvelles normes contractuelles aux compagnies d'assurance et en mettant fin à leurs pratiques les plus abusives (sélection des risques), mais sans bouleverser les intérêts en jeu et le fonctionnement du modèle américain d'assurance maladie, fondé sur le rôle central qu'y jouent les assureurs et les employeurs (Sauviat, 2004 ; Sauviat, Sommeiller, 2009). L'ACA y a répondu au travers de deux mesures clés : d'une part, la mise en place de marchés réglementés d'assurance ; d'autre part, l'extension, financée par l'État fédéral, de la couverture Medicaid, le programme public d'assurance pour les plus démunis. Le jugement de la Cour suprême en juin 2012 va néanmoins en réduire les effets, qui a rendu cette extension optionnelle et conduit jusqu'alors près de la moitié des États à la refuser. Un nouveau conflit judiciaire ouvert en juillet 2014, qui devra probablement être à nouveau tranché par la Cour suprême, est susceptible à terme d'en affaiblir encore un peu plus la portée.

* Chercheure à l'IRES.

On rappellera de façon synthétique dans une première partie les principales failles du système d'assurance maladie aux États-Unis et les raisons qui ont poussé à sa réforme. On analysera dans une seconde partie les principaux changements introduits par l'ACA ainsi que les publics visés. Dans une troisième partie, on dressera un bilan à mi-étape de la mise en œuvre de la loi, dont le calendrier court jusqu'à 2018 mais dont les deux mesures clés précitées ont pris effet en 2014.

Pourquoi une réforme ?

Les principales failles du système de santé américain sont connues : c'est le système le plus « coûteux » au monde (plus de 17 % du PIB), qui laisse pourtant 13,4 % de la population résidente (soit 42 millions d'individus) sans couverture santé, selon les derniers résultats du Census Bureau [1]. De surcroît, la qualité de cette couverture est très variable selon les polices d'assurance et tous les assurés ne sont pas forcément bien couverts au niveau des prestations et services de soins reçus. D'où les principaux objectifs affichés par l'Obamacare : réduire le nombre de non-assurés (à défaut de l'éradiquer), améliorer la qualité de la couverture santé et contrôler la progression des dépenses de santé, particulièrement élevée ces dernières décennies, à l'exception des années 1990 où le système de contrôle des soins mis en place par les assureurs (*managed care*) avait quelque peu ralenti leur rythme de croissance (graphique 1).

Le système d'assurance santé aux États-Unis a été construit par strates pour répondre à différents groupes d'intérêts, en fonction d'occasions historiques spécifiques, ce qui en a fait l'un des plus complexes et alambiqués au monde (Aaron, 2014). Il repose largement sur le secteur privé des assurances, à l'initiative de la création de réseaux de soins intégrés (*managed care*), et la couverture s'obtient principalement *via* l'emploi. Il existe néanmoins deux grands programmes d'assurance publique, créés en 1965 : Medicare couvre les personnes âgées de 65 ans et plus ainsi que les handicapés et Medicaid les personnes à faible revenu. En 2009, juste avant l'adoption de la loi, le système privé d'assurance volontaire couvrait la majorité de la population résidente (64,5 %), et le système public un peu plus du tiers (34,1 %). Néanmoins, 16 % d'individus étaient sans couverture santé [2], soit parce que le coût en était inaccessible pour certains, notamment pour ceux souffrant d'une maladie chronique, soit parce que d'autres ne jugeaient pas nécessaires de s'assurer (jeunes en bonne santé), soit encore parce que des travailleurs avaient momentanément perdu leur emploi ou travaillaient dans des entreprises ne proposant pas ce type d'avantage social.

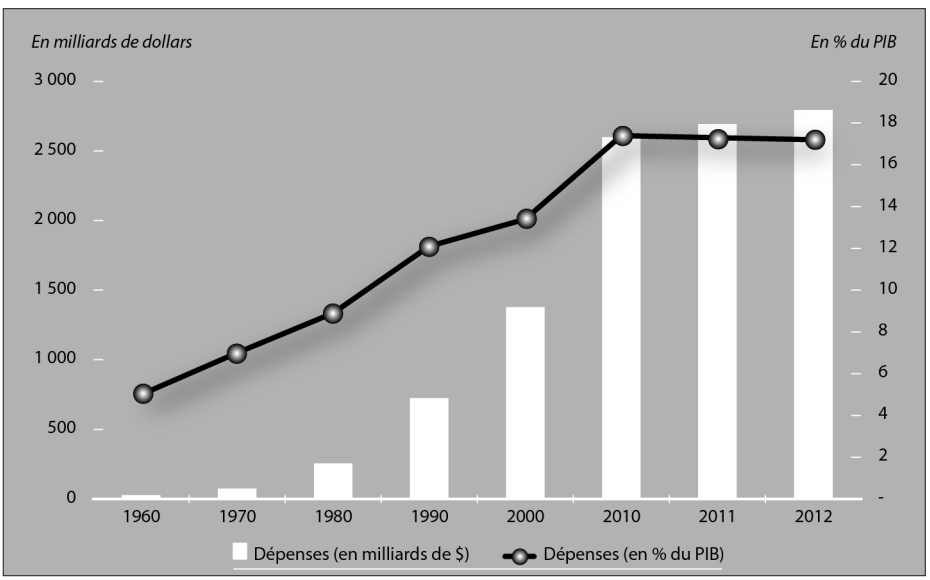
La couverture santé obtenue grâce à l'emploi était en 2009 (et reste) le mode dominant d'assurance maladie (56 % de la population), soutenue par

1. La refonte de l'enquête ne permet pas de comparer les résultats de 2013 avec ceux des années précédentes. Ils indiquent cependant un taux plus bas de non assurés qu'avant (Smith, Medalia, 2014).
2. Étant donné que les personnes peuvent cumuler plusieurs types d'assurance santé (Medicare et Medicaid ou encore Medicare et assurance privée), le total des personnes couvertes et sans couverture dépasse les 100 %.

un traitement fiscal de faveur bénéficiant aux employeurs comme aux salariés concernés [1]. Ce type de couverture a cependant connu une forte baisse dans les années 2000, de nombreuses petites entreprises ayant cessé d'offrir ce genre d'avantages sociaux à leur personnel. Le Congressional Budget Office (CBO) a estimé que le nombre d'individus bénéficiant d'une couverture santé de groupe diminuera encore de 7 millions à l'horizon 2023. Le système d'assurance publique se partageait quant à lui entre Medicare (14,3 % de la population), le programme le plus coûteux, Medicaid (15,7 % de la population), destiné de plus en plus aux classes moyennes, à mesure qu'il devenait le plus important programme public, et le système réservé aux militaires (4,1 % de la population), avec deux programmes séparés : l'un dénommé Tricare pour les militaires d'active et l'autre, la Veteran Health Administration (VHA), pour les anciens combattants.

Si plus d'un tiers des Américains bénéficient ainsi d'une assurance publique, la privatisation de ces programmes est néanmoins largement engagée. Depuis le début des années 1980, les assurés de Medicare peuvent recevoir les soins de santé à travers des réseaux de soins privés et près de 30 % d'entre eux adhèrent à un dispositif connu sous le nom de Medicare Advantage, un programme créé par George W. Bush en 2003. Quant aux assurés de Medicaid, 75 % d'entre eux ont leur couverture santé gérée par une

Graphique 1. Évolution des dépenses nationales de santé (1960-2012)



Source : http://www.cms.gov/Research-Statistics-Data-and-Systems/Statistics-Trends-and-Reports/NationalHealthExpendData/Downloads/tables.pdf.

1. La prime d'assurance, à laquelle les employeurs contribuent en moyenne entre 71 et 82 % selon que la couverture est familiale ou individuelle, est déductible du bénéficie imposable pour les employeurs et du revenu imposable pour les salariés. Le coût annuel de cette dépense fiscale pour l'État américain atteint selon les années entre 200 et 250 milliards de dollars.

assurance privée, à qui les États ont de plus en plus délégué la gestion à la faveur de la crise. Enfin, le programme à destination des anciens combattants (VHA), le seul véritable programme public dans la mesure où il est entièrement géré par l'administration, possède son propre réseau d'hôpitaux et de cliniques et emploie son propre personnel médical, s'est retrouvé sous le feu des critiques en mai 2014, à cause de sévères dysfonctionnements internes révélés à la suite d'un audit [1]. La réaction du Congrès ne s'est pas fait attendre. Les deux chambres ont immédiatement adopté une loi qui va permettre à tout assuré de la VHA de recevoir des soins en dehors du réseau s'il réside dans un rayon de plus de 40 miles (64 km) d'un établissement médical ou s'il doit faire face à un délai d'attente déraisonnable, ce qui revient à une forme de privatisation du système.

À qui s'adresse cette réforme et que propose-t-elle de nouveau ?

L'Obamacare ne concerne pas les salariés des grandes entreprises disposant déjà d'une assurance de groupe *via* leur employeur, pour qui la réforme ne changera rien ou presque. En revanche, elle s'adresse aux salariés des PME qui sont souvent très mal couverts par leur contrat de groupe, notamment dans les secteurs à bas salaire comme le commerce ou la restauration où la couverture est souvent plafonnée à un niveau très bas (2 000 dollars par an). De tels contrats sont désormais interdits et les employeurs concernés vont être tenus de les mettre aux normes de l'ACA (panier de soins de base et de soins préventifs gratuits, couverture des enfants jusqu'à 26 ans sur la police d'assurance de leurs parents, limitations en matière de reste à charge des assurés, définition de contrats d'assurance type en fonction du degré de prise en charge par l'assurance, voir *infra*). Mais la réforme est évidemment principalement ciblée sur les 42 millions d'individus sans couverture, ainsi que sur ceux qui sont obligés d'avoir recours à une assurance individuelle, beaucoup plus coûteuse que toutes les autres options (32 millions d'individus) car le marché y est très peu concurrentiel [2].

L'organisation des nouveaux marchés réglementés d'assurance

À cette fin devaient être mises en place les plateformes Internet servant de support au fonctionnement des nouveaux marchés réglementés d'assurance (Health-Care Exchange Marketplaces), les uns pour les individus et les autres pour les PME [3]. Au final, 36 États se sont refusés à mettre en place leur propre plateforme Internet, contraignant l'État fédéral à se substituer à eux (HealthCare.gov) ou optant pour une forme de gestion partagée (annexe 1). Une majorité d'États républicains ont fait un tel choix, ce qui est paradoxal dans la mesure où ces États dont les gouverneurs se sont opposés à la loi laissent l'État fédéral

1. Notamment de très longues listes d'attente pour obtenir un rendez-vous chez un médecin, dans un hôpital ou une clinique à cause d'un manque d'effectifs médicaux (docteurs et infirmiers).
2. Avant la réforme, dans 30 des États de l'Union, une seule compagnie d'assurance couvrait plus de la moitié des individus sur ce marché : voir J. Millman, « How Much Lower Could Obamacare Premiums Be With Better Competition? », *The Washington Post,* May 20, 2014.
3. Ces sites Internet remplissent de nombreuses fonctions : évaluation et certification des contrats d'assurance maladie, diffusion de l'information sur les coûts et services proposés, envoi des listes d'inscriptions aux compagnies d'assurance, aux agences Medicaid dans les États et au gouvernement fédéral, calcul des subventions pour les individus éligibles.

organiser et gérer à leur place les marchés d'assurance. En revanche, 14 autres États ainsi que le district de Columbia ont choisi d'organiser leur propre plateforme, à laquelle chacun a attribué une appellation spécifique. Dans chaque État, les individus étaient donc incités à s'inscrire sur ces plateformes pour bénéficier d'une couverture santé à la date du 1er janvier 2014, inscription dont la date de clôture a été reportée à plusieurs reprises et finalement repoussée au 15 avril (tableau 1), faute de quoi ils devaient payer une amende. De même, les entreprises d'au moins 50 salariés à temps plein étaient incitées à proposer une couverture santé à leurs salariés, faute là aussi de devoir payer une amende.

Chaque marché réglementé d'assurance, à travers sa plateforme informatique, est ainsi censé offrir aux individus et aux PME plusieurs polices d'assurance, dont la variété (qui peut aller jusqu'à une vingtaine par catégorie) et le coût dépendent du nombre de compagnies d'assurance présentes sur ce marché [1]. Ces contrats d'assurance maladie sont regroupés selon quatre niveaux de « générosité » désignés sous le nom d'un métal précieux (bronze, argent, or et platine), en fonction du degré de prise en charge des frais par l'assurance (encadré). Les assureurs sont tenus d'offrir au moins un plan de santé en argent et un en or sur chaque marché réglementé.

Une cinquième catégorie de contrats d'assurance maladie dénommés « catastrophiques » est réservée aux jeunes de moins de 30 ans et aux individus exemptés de l'obligation de s'assurer. La couverture prise en charge par l'assurance est dans ce cas inférieure à 60 %, la prime peu élevée mais la franchise coûteuse car ces contrats s'adressent à une clientèle plutôt en bonne santé, peu susceptible d'un recours fréquent aux soins médicaux. Les débours acquittés par les assurés sur ces marchés réglementés sont cependant limités par la loi : en 2014, ils ne peuvent dépasser 6 350 dollars pour un individu et 12 700 dollars pour une famille, visant à éviter que des personnes puissent se retrouver en faillite personnelle à cause de dépenses de santé

Encadré

Les quatre types de contrats d'assurance maladie sur les nouveaux marchés réglementés

Bronze : 60 % des dépenses couvertes par l'assurance, la prime la moins élevée mais la franchise la plus élevée, dans le cadre d'un réseau limité de fournisseurs de soins.
Argent : 70 % des dépenses couvertes par l'assurance.
Or : 80 % des dépenses couvertes par l'assurance.
Platine : 90 % des dépenses couvertes par l'assurance, la prime la plus élevée mais la franchise la moins élevée, dans le cadre d'un réseau ample de fournisseurs de soins.

1. Leur nombre varie grandement selon les États, avec sept compagnies d'assurance présentes en Alabama contre 106 en Arizona par exemple : voir J. Millman, *op. cit*.

trop élevées, ce qui était courant avant la réforme [1]. De même, la loi exige que les individus s'assurent, pour autant que leur prime d'assurance soit accessible, c'est-à-dire n'excède pas 9,5 % de leur revenu.

De surcroît, tous ces contrats d'assurance maladie doivent comporter un panier minimal de prestations médicales [2] et donner l'accès à des services de soins préventifs gratuits [3], assurant une certaine équité dans l'étendue de la couverture proposée. Chacun d'entre eux propose sa propre liste de docteurs et d'hôpitaux appartenant au réseau, que les assurés sont incités à consulter (sous peine de payer plus cher ou de ne pas être remboursés), à l'instar de certains réseaux de soins organisés comme les Health Maintenance Organizations (HMO), qui ont pu imposer à leurs assurés un choix restreint de prestataires de soins. Pour les contrats proposés *via* le site fédéral, cette liste doit être approuvée par l'administration avant d'être mise en ligne. Cette dernière se réserve le droit d'imposer un nombre minimal d'assureurs à l'avenir (20 % en 2014 et 30 % en 2015) [4], notamment de fournisseurs de soins appelés « *essential community providers* », c'est-à-dire des centres de soins et hôpitaux locaux dont l'essentiel de la clientèle est composé de personnes à bas revenu. Car de fait, la plupart des nouveaux contrats d'assurance maladie proposés, ceux notamment les moins onéreux (bronze), ont tendance à offrir un nombre limité de fournisseurs de soins accessibles dans le réseau (notamment le nombre d'hôpitaux locaux).

Un système d'incitations via des crédits d'impôt et des pénalités

Pour inciter les individus à s'inscrire, des subventions sous forme de crédits d'impôt leur sont accordées à partir de 2014, venant en diminution du coût de leur prime d'assurance, à condition que leur revenu se situe entre 100 et 400 % du seuil fédéral de pauvreté (SFP), soit entre 11 490 dollars et 45 960 dollars pour une personne seule. À défaut, les individus doivent payer une amende (95 dollars ou 1 % de leur revenu annuel au-dessus du seuil imposable en 2014, et 695 dollars ou 2,5 % de leur revenu annuel au-dessus du seuil imposable en 2016). Outre le fait que cette dernière est peu dissuasive pour les personnes en bonne santé au regard du coût d'une police d'assurance même subventionnée, l'obligation de s'assurer (mandat individuel) comporte plusieurs exemptions [5]. Selon le CBO,

1. La faillite pour raisons d'endettement médical était au plan national source de 62 % des procédures de faillite personnelle en 2007 (Himmelstein *et al.*, 2011).
2. Ce panier de « soins essentiels » contient l'accès aux services ambulatoires et d'urgence, à l'hospitalisation, aux services de maternité, de santé mentale, de laboratoire, de pédiatrie, de toxicomanie, etc.
3. Les soins préventifs gratuits comprennent un certain nombre de tests de dépistage des maladies chroniques les plus usuelles (diabète, cholestérol, cancers spécifiques, sida, dépression, obésité, etc.), de même que la vaccination contre les maladies auto-immunes. Leur étendue diffère selon la population ciblée, répartie en trois catégories (les adultes avec un accès à 15 types de soins gratuits, les femmes avec un accès à 22 types de soins gratuits dont les services de contraception et les enfants avec un accès à 26 types de soins gratuits).
4. Il arrive que dans certains comtés, il n'y ait qu'un assureur proposant une couverture santé sur un marché réglementé d'assurance. Or là où il n'y a pas de concurrence, les primes sont généralement plus élevées qu'ailleurs.
5. La liste établie par l'administration contient quatorze cas d'exemptions dont les personnes aux revenus insuffisants, ayant des objections religieuses, ayant annulé leur ancienne assurance sans pouvoir en trouver une nouvelle à un prix abordable, ou encore les sans domicile fixe, les victimes de violences domestiques, d'expulsions immobilières, etc.

seuls 4 millions d'individus seraient redevables d'une pénalité en 2016 (soit seulement 13 % des non-assurés à cette date [1]), les autres étant soit exemptés de l'application de la loi sur décision de l'administration, soit non soumis à cette loi (travailleurs sans papiers ou personnes à très bas revenu).

Pour préserver le système de santé fondé sur l'emploi et inciter les entreprises défaillantes (notamment celles de petite taille) à proposer une couverture santé à leurs salariés, l'Obamacare a également instauré un système de pénalité à leur encontre (mandat de l'employeur [2]). Les plus petites entreprises (moins de 50 salariés) en sont exemptées, ce qui écarte d'emblée 28,6 % des salariés. En revanche, celles à partir de 50 salariés, qui représentent 71,4 % des salariés, sont soumises à des amendes en cas de défaut : 2 000 dollars pour chaque salarié à temps plein sans couverture ou dès lors que la participation du salarié au contrat d'assurance maladie proposé par l'employeur dépasse les 40 % ; 3 000 dollars pour chaque salarié à temps plein qui perçoit des subventions publiques sur les marchés réglementés d'assurance. La mise en œuvre du « mandat de l'employeur » a cependant été différée pour les entreprises de 50 salariés et plus (tableau 1), de sorte que certains s'interrogent aujourd'hui sur l'utilité de son maintien, voire sur les effets pervers qu'il pourrait avoir sur l'emploi (entreprises incitées à ne pas embaucher pour ne pas dépasser le seuil de 49 salariés ou encore à réduire le nombre d'heures travaillées de leurs salariés, afin de ne pas dépasser le seuil de 30 heures hebdomadaires en moyenne, considéré comme un temps plein dans la loi).

Dans les grandes entreprises à présence syndicale, qui proposent en général des contrats d'assurance maladie « haut de gamme » (appelés « Cadillac ») à leurs salariés syndiqués du fait des facilités fiscales accordées dans ce cas, les employeurs vont être obligés de revoir leurs offres pour se conformer à la nouvelle loi. À partir de 2018, ils devront aussi s'acquitter d'un impôt de 40 % sur la valeur de la couverture annuelle excédant 10 200 dollars pour un individu et 27 500 dollars pour une famille. Les coûts additionnels ainsi occasionnés par la réforme seront probablement transférés pour partie aux salariés, ce qui constituera sans doute un enjeu de taille dans le renouvellement des négociations collectives. D'autre part, les syndicats se plaignent que la nouvelle loi pénalise la couverture santé des salariés qui relèvent de la négociation de branche (construction, transport routier, commerce de détail) car ceux-là ne sont pas éligibles aux crédits d'impôt.

Enfin, toute personne de moins de 65 ans dont le revenu est inférieur ou égal à 133 % (ou ≤ 138 %) du SFP [3] deviendra éligible à Medicaid dans les États qui ont choisi l'extension (annexe 1), et à l'aide fédérale y afférant (100 % du coût pendant les trois premières années de la réforme, puis un taux dégressif à partir de 2017, qui atteindra 90 % du coût en 2020). Dans

1. « Updated Estimates of the Effects of the Insurance Coverage Provisions of the ACA », *Congressional Budget Office*, April 2014.
2. La plupart des grandes entreprises proposent une couverture santé à leurs salariés, que ces derniers peuvent d'ailleurs refuser, et certaines excluent parfois du bénéfice de cet avantage social certaines catégories de travailleurs comme ceux à temps partiel.
3. Il est en général appliqué une déduction standard de 5 % au revenu servant de référence au calcul de cette éligibilité, portant le seuil effectif d'éligibilité à Medicaid de 133 à 138 % du SFP, soit jusqu'à 16 100 dollars par an pour une personne seule et 32 900 dollars pour une famille de quatre membres en 2014.

Tableau 1. Le calendrier de mise en œuvre de la réforme

2010	- Mise en place d'une assurance fédérale temporaire pour les personnes avec des antécédents médicaux, dénommé « plan à haut risque » jusqu'à fin 2013 (échéance repoussée à mars 2014 pour les quelques dizaines de milliers de personnes dans ce cas déjà inscrites). - Éligibilité aux crédits d'impôt des petites entreprises offrant des salaires faibles. - Toutes les compagnies d'assurance sont tenues d'accepter les enfants jusqu'à 26 ans sur la police d'assurance de leurs parents.
2011	- Les assurés de 65 ans et plus deviennent éligibles au *discount* sur la partie des prescriptions de médicaments non couverte par Medicare (soit les dépenses comprises entre 2 830 dollars et 6 440 dollars). - Le gouvernement décide de ne pas appliquer une mesure contenue dans la loi, visant à instaurer un contrat d'assurance de soins de long terme, connu sous le nom de CLASS, à cause de son coût.
2012	- La Cour suprême donne aux États la possibilité de déroger à l'extension du programme Medicaid. - Les États choisissent de mettre en place leur propre marché réglementé d'assurance ou de rejoindre la plateforme fédérale.
2013	- Les nouveaux impôts sur les fabricants de matériel médical et sur les compagnies d'assurance sont mis en œuvre. - Ouverture de la campagne d'inscriptions sur les marchés réglementés d'assurance et notification aux personnes concernées de leur éligibilité aux subventions fédérales, dont la clôture, prévue initialement le 15 décembre, est repoussée à deux reprises.
2014	- Les nouveaux contrats d'assurance maladie doivent être proposés sur les marchés réglementés d'assurance, sans limitation de durée, sans discrimination (dossier médical préexistant, sexe), offrir une couverture basique sans dépasser un certain montant par rapport au revenu des assurés. Mais les compagnies d'assurance se sont vues accorder un délai jusqu'à 2016 pour rendre leurs contrats d'assurance maladie conformes aux nouvelles exigences requises par le gouvernement fédéral. Un encadrement des primes d'assurance est prévu, qui prend deux formes : les assureurs doivent justifier les augmentations de primes auprès des autorités de régulation et consacrer au moins 80 % du montant de ces primes à la couverture médicale de leurs assurés. - La mise en œuvre du mandat de l'employeur, qui oblige les entreprises de 50 salariés et plus à leur proposer une couverture santé qui réponde aux critères fédéraux, est repoussée en 2015, et dans certains cas en 2016. - La plupart des individus doivent s'assurer (mandat individuel) sous peine d'être pénalisés (95 dollars ou jusqu'à 1 % du revenu). Ceux qui gagnent entre 100 et 400 % du seuil fédéral de pauvreté sont éligibles aux subventions publiques. - Le lancement d'un programme de santé de base (Basic Health Plan), par les États qui le souhaitent, est différé à 2015. - La clôture de la campagne d'inscriptions sur les marchés d'assurance réglementés est à nouveau repoussée à mars, puis à la mi-avril. - Les compagnies d'assurance ne peuvent plus refuser l'accès à des personnes atteintes de maladies chroniques, ni faire payer davantage celles qui sont en mauvaise santé.
2015	- La pénalité pour défaut d'assurance (mandat individuel) atteint 325 dollars pour un adulte, ou jusqu'à 2 % du revenu imposable. - Le mandat de l'employeur, dont la mise en œuvre était initialement prévue en 2014, s'impose aux entreprises de 100 salariés et plus (pour 70 % au moins de leurs salariés à temps plein). À défaut d'application, elles devront acquitter une pénalité de 2 000 dollars par salarié et doivent aussi payer 63 dollars par salarié couvert pour compenser les risques accrus pour les assureurs. Celles de plus de 200 salariés doivent

■■■

2015	automatiquement offrir à leurs salariés des contrats d'assurance maladie, même si ces derniers peuvent refuser d'y souscrire. - Le programme de santé de base en direction des individus à bas revenu peut être mis en œuvre dans les États qui se portent volontaires.
2016	- La pénalité pour défaut d'assurance passe à 695 dollars par adulte, ou jusqu'à 2,5 % du revenu du ménage imposable. - Les entreprises d'au moins 50 salariés à temps plein (définis comme travaillant au moins 30 heures par semaine en moyenne) mais moins de 99 salariés se voient à leur tour imposer le mandat de l'employeur, ou payer la pénalité prévue tandis que les grandes entreprises doivent assurer au moins 95 % de leur main-d'œuvre.
2017	- Les États peuvent étendre l'accès aux marchés réglementés d'assurance aux grandes entreprises.
2018	- Les contrats d'assurance maladie « haut de gamme » (dits « Cadillac ») deviennent imposables au taux de 40 %.

les autres États, seules les catégories traditionnellement éligibles au programme (femmes enceintes, enfants, adultes avec enfants à charge, pauvres handicapés et âgés) avec un revenu inférieur ou égal au SFP, auxquelles la réforme impose d'ajouter les adultes sans enfant, pourront accéder à ce programme public. Sachant que le niveau médian d'éligibilité à Medicaid, propre à chaque État, y est très bas (46 % du SFP, soit à peine 9 000 dollars par an pour une famille de trois), près de 6 millions d'adultes pourraient rester sans couverture maladie (principalement des Noirs), ayant un revenu trop élevé pour être éligible à Medicaid mais trop faible pour avoir droit aux subventions qui leur permettraient d'acheter leur couverture santé sur les marchés réglementés d'assurance.

À côté de ces nouveaux marchés réglementés d'assurance et de l'extension rendue optionnelle des conditions d'éligibilité à Medicaid, l'ACA autorise les États à proposer volontairement une option alternative, à savoir un programme de santé de base pour les individus à bas revenu non éligibles à Medicaid mais ne pouvant pas payer les primes d'assurance malgré les subventions. Le lancement de ce programme par le ministère de la Santé, prévu initialement en 2014, a été différé d'une année (tableau 1).

Quels sont les premiers effets visibles de la loi ?

Compte tenu de l'étalement dans le temps de la mise en œuvre d'Obamacare, dont plusieurs mesures ont vu effectivement leur application différée (tableau 1), il est sans doute prématuré d'en évaluer tous les effets potentiels. On peut cependant tenter d'en dresser un premier bilan, alors que les deux mesures au cœur de la réforme sont devenues effectives en 2014. La première campagne annuelle d'inscription [1] sur les marchés réglementés d'assurance s'est en effet clôturée mi-avril, tandis que le choix a d'ores et déjà été fait par un certain nombre d'États d'étendre ou pas la couverture Medicaid pour leur population résidente, un choix qui reste cependant ouvert sans limite dans le temps.

1. Une seconde période d'inscription sera ouverte à partir du 15 novembre 2014 jusqu'au 15 février 2015 pour les individus dont le revenu ou la taille de la famille a changé ou encore pour ceux qui ont déménagé dans d'autres États.

Après un démarrage très lent des inscriptions, notamment durant les deux premiers mois (365 000 inscrits seulement entre octobre et novembre 2013), dû aux difficultés techniques d'accès aux sites Internet de l'État fédéral mais aussi à ceux d'un certain nombre d'États fédérés, ce sont un peu plus de 8 millions d'individus qui ont signé pour obtenir une couverture santé sur les nouveaux marchés réglementés d'assurance, un résultat dépassant les projections initiales du CBO. La part des assurés ayant accès à une couverture santé *via* ces marchés paraît d'autant plus importante que les sites sont gérés par les États en direct (à l'exemple du Vermont, de la Californie ou de Rhode Island), comme le montre l'annexe 1. La majorité d'entre eux ont choisi des contrats en argent (65 %), les plus populaires. Viennent ensuite les contrats en bronze (20 %), les plus abordables, suivis par les contrats en or (9 %) puis par ceux en platine (5 %), les plus onéreux, et enfin par les contrats dits « catastrophiques » (2 %) (voir *supra*).

La répartition par âge des inscrits indique que c'est la catégorie d'âge intermédiaire (35-54 ans) qui a attiré le plus de monde (39,7 %), comme le montre le tableau 2, suivie par celle des jeunes de 18 à 34 ans (28 %). La proportion de jeunes reste ainsi en dessous du niveau de 40 %, considéré par les experts comme le point d'équilibre des compagnies d'assurance pour éviter une hausse du prix des primes. En revanche, la répartition par catégorie de revenu des inscrits sur les nouveaux marchés réglementés d'assurance montre que la loi ACA a bien atteint les publics visés : l'écrasante majorité d'entre eux a en effet soit un revenu inférieur ou égal à 138 % du seuil fédéral de pauvreté, le seuil d'éligibilité à Medicaid pour les États ayant choisi l'extension du programme public, soit un revenu compris entre 139 et 399 % du SFP, une tranche rentrant dans la fourchette d'éligibilité aux crédits d'impôt (Shartzer *et al*., 2014).

La répartition par sexe signale que plus de la moitié des inscrits (54 %) sont des femmes (Department of Health and Human Services, 2014a). Enfin, la grande majorité des individus (85 %) a pu acheter une couverture santé et payer sa prime d'assurance 82 dollars par mois en moyenne, grâce aux subventions publiques accordées sous forme de crédits d'impôt, d'un montant de 264 dollars par mois en moyenne [1].

Tableau 2. Répartition par âge et par niveau de revenu des inscrits sur les nouveaux marchés réglementés d'assurance

En % du total des inscrits

Âge						Niveau de revenu en % du seuil fédéral de pauvreté (SFP)		
< 18 ans	18-34 ans	35-54 ans	55-64 ans	≥ 65 ans	ND	≤ 138 %	138 < R ≤ 400 %	R > 400 %
6,2	28,0	39,7	25,4	0,5	0,2	49,4	40,1	10,5

Source : http://aspe.hhs.gov/health/reports/2014/MarketPlaceEnrollment/Apr2014/ib_2014apr_enrollment.pdf ; Shartzer *et al.* (2014).

1. A. Goldstein, « Federal Insurance Exchange Subsidies Cut Premiums by Average of 76%, HHS Reports », *The Washington Post*, June 18, 2014.

Ces quelque 8 millions et plus d'inscrits sur les nouveaux marchés réglementés d'assurance ne disent cependant rien sur leur statut d'assuré avant leur inscription. Certains parmi eux étaient sans couverture tandis que d'autres en avaient une et ont pu en changer. Une première estimation a été réalisée sur la base d'un échantillon de la population des 18-64 ans ne bénéficiant pas d'une assurance de groupe. Cette enquête indique que 57 % de ceux ayant obtenu une couverture sur les marchés réglementés étaient sans assurance depuis au moins deux ans, voire plus. Parmi eux, 70 % ont acquis une couverture santé grâce à la loi et 25 % l'auraient fait de toute façon (Hamel *et al*., 2014a). Une autre enquête estime que le pourcentage de non assurés âgés de 19 à 64 ans serait passé de 20 à 15 % entre juillet-septembre 2013 et avril-juin 2014, ce qui correspond à 9,5 millions d'adultes non assurés en moins (Collins *et al*., 2014).

Par ailleurs, 27 États (plus le district de Columbia) avaient fait le choix, fin août 2014, d'étendre la couverture Medicaid à leur population résidente grâce à l'aide fédérale, et 23 l'avaient refusé, principalement les États du Sud et ceux des grandes plaines (annexe 1), un choix néanmoins réversible à tout moment. La cartographie qui en découle reflète largement le clivage existant actuellement entre les États républicains (Red States) et les États démocrates (Blue States). Elle recoupe également celle de la vingtaine d'États qui, considérant le mandat individuel contraire à la Constitution américaine, avaient saisi la justice dès l'adoption de l'ACA, obligeant la Cour suprême à se prononcer sur ce cas. Les juges [1] avaient alors statué par cinq voix contre quatre en faveur de son caractère constitutionnel, mais avaient accordé aux États la liberté de ne pas étendre Medicaid, sans que ce choix ne vienne remettre en cause le cofinancement du programme par le gouvernement fédéral.

En juin 2014, selon les dernières données disponibles (Department of Health and Human Services, 2014b), 7,2 millions d'individus additionnels s'étaient inscrits à Medicaid depuis octobre 2013, aux profils des plus divers [2]. Globalement, ces données suggèrent que l'ACA a eu un effet positif sur les inscriptions à ce programme public, notamment dans les États ayant adopté l'extension. En revanche, dans ceux qui l'ont refusé, 5,7 millions d'adultes pauvres sans couverture maladie ne pourront y avoir accès, leur revenu étant au-dessus du seuil d'éligibilité à Medicaid, propre à chaque État, mais en dessous de 100 % du SFP, fourchette basse de l'accès aux crédits d'impôt. Or la prime moyenne sur les marchés réglementés d'assurance pour un individu de 40 ans est de 270 dollars par mois (ou 3 240 dollars par an) pour un contrat en argent et de 224 dollars par mois (ou 2 688 dollars par an) pour un contrat en bronze, la catégorie la moins chère, rendant le prix d'une couverture santé

1. La Cour suprême est composée de neuf membres nommés à vie. Cinq d'entre eux ont été nommés par des présidents républicains (Ronald Reagan, George Bush et George W. Bush) et quatre par des présidents démocrates (Bill Clinton et Barack Obama).
2. Soit des adultes sans enfant, inéligibles à Medicaid avant l'ACA, soit des personnes sans domicile fixe, soit des travailleurs à bas salaire, soit des jeunes diplômés sortis de l'université, soit des retraités qui n'ont pas encore atteint l'âge d'accès à Medicare, soit des personnes au chômage entre deux emplois, soit des anciens repris de justice sortis de prison.

prohibitive pour la plupart de ces adultes pauvres dans les États concernés [1].

Là encore, ces 7,2 millions additionnels incluent pour partie des individus éligibles à Medicaid mais qui n'étaient pas inscrits pour différentes raisons (défiance et hostilité vis-à-vis de tout ce qui relève des services publics et du gouvernement fédéral, stigmatisation sociale, etc. [2]) et pour partie les assurés bénéficiant des nouveaux droits instaurés par l'ACA, de sorte qu'il est difficile de déterminer avec précision l'impact de la réforme. Mais ce qui est sûr, c'est que le jugement rendu par la Cour suprême rendant optionnelle l'extension de Medicaid s'avère une sérieuse limitation à la loi.

Fin juin 2014, cette même Cour suprême a rendu un second jugement relatif à l'Obamacare, venant en réduire encore un peu plus la portée, sur un aspect sans doute moins central à la loi mais hautement symbolique et cher aux mouvements féministes et à tous les progressistes aux États-Unis. Les employeurs du secteur privé dont le capital est à contrôle familial (*i.e.* détenu par jusqu'à cinq actionnaires) seront autorisés à refuser aux femmes salariées la couverture gratuite des soins et conseils relatifs à certaines méthodes contraceptives (pilule du lendemain, stérilet, etc.) pour des raisons religieuses, alors que n'en étaient exemptés jusque-là par l'administration que les employeurs à vocation directement religieuse. L'application de cette loi sera modulée comme toujours selon les États, et ne concernera pas les sociétés anonymes à capital dispersé donc la plupart des grandes entreprises aux États-Unis. Mais sa philosophie revient à dénier aux femmes le droit à une contraception gratuite [3] et la liberté de choix d'avoir ou pas un enfant.

Conclusion

L'Affordable Care Act a été adopté principalement dans le but d'améliorer l'accès à la couverture maladie aux États-Unis. À fin juin 2014, un peu plus de 8 millions d'individus s'étaient inscrits sur les nouveaux marchés réglementés d'assurance (ramenés à 7,3 millions d'individus réellement assurés, c'est-à-dire ayant payé leur prime d'assurance, selon les dernières déclarations du ministère de la Santé) et 7,2 millions au programme Medicaid. Ces chiffres vont sans doute évoluer puisqu'une nouvelle campagne d'inscription annuelle se déroulera pour les premiers entre novembre 2014 et février 2015 et que l'inscription à Medicaid, devenue effective dès le

1. Cette population est principalement composée des minorités noires et hispaniques, à l'exception des travailleurs sans papiers qui ne sont pas éligibles à Medicaid, ni ne peuvent avoir accès aux marchés réglementés d'assurance (fédéral ou étatiques) ou aux subventions publiques, bien que ce ne soit pas le cas pour leurs enfants nés sur le sol américain. Sauf si leur État de résidence en décide autrement comme en Californie, où ce droit à été étendu car les hispaniques y représentent près de la moitié de la population (The Kaiser Family Foundation, 2014).
2. Cette part est cependant marginale. Selon les premières estimations, 17 États parmi ceux ayant refusé l'extension ont néanmoins connu une augmentation des inscriptions à Medicaid depuis l'automne 2013, évaluée à un peu plus d'un demi-million. Un résultat qui peut quand même être attribué à l'ACA et aux vertus pédagogiques et de transparence du nouveau système d'inscription, rendu plus simple : D. Mangan, « Out of the Woodwork: Medicaid's Red-State Rise », *CNBC*, May 14, 2014.
3. Sachant que ce coût n'est pas anodin et peut aller jusqu'à 1 000 dollars, entre les examens médicaux préalables, la pose d'un système contraceptif intra-utérin et les visites médicales de suivi.

1er janvier 2014, reste ouverte. Ces 15 millions d'inscrits constituent un succès indéniable de l'Obamacare, bien que tous ne fussent pas sans couverture maladie avant la réforme et qu'il peut y avoir eu un double comptage dans ces chiffres [1]. L'objectif attendu de 30 millions de nouveaux assurés d'ici 2020 est quoi qu'il en soit loin d'être atteint. Il est clair que le jugement de la Cour suprême rendu en 2012 constitue le coup le plus sévère porté à cet objectif.

L'autre question est celle de savoir si l'ACA va permettre d'enrayer la progression des dépenses de santé sans abaisser la qualité des soins. La plupart des mesures prévues à cet effet concernent le programme Medicare, le plus coûteux, les autres résultant des effets attendus de la concurrence et de la transparence liés à la mise en place des nouveaux marchés réglementés d'assurance (baisse des primes). La réponse à cette seconde question est encore plus prématurée, même si le ralentissement observé de la croissance des prix a contribué à ralentir le rythme de progression des dépenses de santé par habitant aux États-Unis de 2010 à 2012. Il reste en effet de nombreuses inconnues du côté du comportement que les compagnies d'assurance vont adopter sur ces nouveaux marchés réglementés, de même que du côté des fournisseurs de soins (médecins, hôpitaux).

Quoiqu'il en soit, cette réforme sera encore probablement au centre des enjeux des élections de mi-mandat en novembre 2014, car les républicains n'ont pas rendu les armes. Ils continuent de nourrir leurs critiques des problèmes techniques rencontrés par la mise en place des nouveaux marchés réglementés d'assurance, des soi-disant promesses non tenues du pouvoir exécutif ou plus récemment encore, des échéances repoussées dans la mise en œuvre de certaines mesures, l'un des motifs avancés par le président de la Chambre des représentants pour prétendre attaquer en justice le Président Obama et dénoncer le caractère « anticonstitutionnel » de son mode de gouvernement par décret. Ainsi, tous les prétextes et arguties sont bons pour continuer d'affaiblir la portée de la loi, comme le montre le nouveau conflit judiciaire ouvert par des juges en juillet 2014, sous la pression de *think tanks* conservateurs. Dans les 36 États qui ont refusé de mettre en place leur propre plateforme Internet, les résidents ayant dû acheter leur couverture santé *via* la plateforme fédérale tout en étant éligibles aux subventions prévues par la loi (soit 4,5 millions d'individus) pourraient voir ces aides financières remises en cause au prétexte qu'elles ne seraient recevables que dans les États ayant choisi de mettre en place leur propre plateforme électronique, si telle était l'interprétation de la loi retenue par les juges de la Cour suprême quand ils auront à se prononcer.

Finalement, si les risques qu'une telle réforme soit abrogée sont faibles, et les derniers sondages en attestent, indiquant paradoxalement que malgré son impopularité persistante auprès d'une large fraction de la population, 60 % des Américains sont favorables à la modification de l'ACA plutôt qu'à son abrogation (Hamel *et al*., 2014b), ceux d'un affaiblissement sérieux de la portée de

1. D'une part, les individus ont pu aussi s'inscrire à Medicaid *via* les marchés réglementés d'assurance. D'autre part, ils peuvent avoir choisi une assurance privée, tout en relevant de Medicaid. Les assurés Medicaid peuvent avoir un second type de couverture santé : ils étaient 29 % dans ce cas en 2013 (Smith, Medalia, 2014).

la loi sont bien plus réels. Sans compter les amendements législatifs susceptibles d'être adoptés tels que la réduction du montant des subventions aux individus et des amendes dues en cas de non-application des différents mandats, ou encore le plafonnement des dépenses de Medicaid, en cas de retour d'une majorité républicaine au Congrès aux prochaines élections de mi-mandat en novembre 2014 et de victoire républicaine aux présidentielles de 2016.

Sources :

Aaron H.J. (2014), « Here to Stay – Beyond the Rough Launch of the ACA », *New England Journal of Medecine*, n° 370, p. 2257-2259, June 12.

Collins S., Rasmussen P., Doty M. (2014), « Gaining Ground: American's Health Insurance Coverage and Access to Care After the Affordable Care Act's Fast Open Enrollment Period », The Commonwealth Fund, July.

Department of Health and Human Services (2014a), « Health Insurance Marketplace: Summary Enrollment Report for the Initial Annual Open Enrollment Period », Issue Brief, ASPE, May 1, http://aspe.hhs.gov/health/reports/2014/MarketPlaceEnrollment/Apr2014/ib_2014apr_enrollment.pdf.

Department of Health and Human Services (2014b), « Medicaid & CHIP: May 2004 Monthly Applications, Exigibility, Determinations and Enrollment Report », CMS, July 11, http://www.medicaid.gov/AffordableCareAct/Medicaid-Moving-Forward-2014/Downloads/June-2014-Enrollment-Report.pdf.

Hamel L., Rao M., Levitt L., Claxton G., Cox C., Pollitz K., Brodie M. (2014a), *Survey of Non-Group Health Insurance Enrollees. A First Look at the People Buying their Own Health Insurance Following Implementation of the Affordable Care Act*, The Kaiser Family Foundation, June, http://www.kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2014/06/survey-of-non-group-health-insurance-enrollees-findings-final1.pdf.

Hamel L., Firth J., Brodie M. (2014b), « Kaiser Health Tracking Poll: July 2014 », The Kaiser Family Foundation, August 1.

Himmelstein D.U., Thorne D., Woolhandler S. (2011), « Medical Bankruptcy in Massachusetts: Has Health Reform Made a Difference? », *The American Journal of Medicine*, vol. 124, n° 3, March, p. 224-228.

Sauviat C. (2004), « La crise chronique du système de santé américain », *La Revue de l'IRES*, n° 46, p. 3-45.

Sauviat C., Sommeiller E. (2009), « États-Unis. L'assurance maladie verra-t-elle enfin le jour ? », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 120, septembre, p. 1-18.

Sommeiller E. (2014), « États-Unis. Le dernier "shutdown" du gouvernement fédéral : signe d'institutions en dérive ? », *Chronique internationale de l'IRES*, septembre, p. 19-31.

Shartzer A., Long S.K., Zuckerman S. (2014), « Who Are the Newly Insured as of Early March », *Policy Brief*, Urban Institute, May 22, 2014.

Smith J., Medalia C. (2014), « Health Insurance Coverage in the US: 2013 », U.S. Census Bureau, September.

The Kaiser Family Foundation (2014), « The Coverage Gap : Uninsured Poor Adults in States That Do Not Expand Medicaid », *Issue Brief*, March.

Annexe 1.
Le choix des États pour la gestion des nouveaux marchés réglementés d'assurance et pour l'extension de Medicaid à fin mai 2014

États + D.C. * (gouverné par)	Gestion par l'État fédéré	Gestion par l'État fédéral	Gestion partagée avec l'État fédéral	Extension Medicaid	Part des marchés réglementés (en % du nb d'inscrits)
Alaska (R **)		X			17
Alabama (R)		X			21
Arizona (R)		X		X	22
Arkansas (D **)			X	X	19
Californie (D)	X			X	43
Caroline du Nord (R)		X			33
Caroline du Sud (R)		X			24
Colorado (D)	X			X	25
Connecticut (D)	X			X	37
Dakota du Nord (R)		X		X	14
Dakota du Sud (R)		X			11
Delaware (D)			X	X	29
District de Columbia	X			X	30
Floride (R)		X			39
Géorgie (R)		X			30
Hawaï (D)	X			X	15
Idaho (R)		X			38
Illinois (D)			X	X	23
Indiana (R)		X			25
Iowa (R)			X	X	11
Kansas (R)		X			19
Kentucky	X			X	27
Louisiane (R)		X			21
Maine (R)		X			36
Maryland (D)	X			X	16
Massachusetts (D)	X			X	12
Michigan (R)			X	X	38
Minnesota (D)	X			X	16

■■■

États + D.C. * (gouverné par)	Gestion par l'État fédéré	Gestion par l'État fédéral	Gestion partagée avec l'État fédéral	Extension Medicaid	Part des marchés réglementés (en % du nb d'inscrits)
Missouri (D)		X			23
Mississipi (R)		X			21
Montana (D)		X			24
Nebraska (R)		X			18
Nevada (R)	X			X	18
New Hampshire (D)			X	X	29
New Jersey (R)		X		X	26
Nouveau Mexique (R)		X		X	17
New York (D)	X			X	29
Ohio (R)		X		X	19
Oklahoma (R)		X			16
Oregon (D)	X			X	20
Pennsylvanie (R)		X		X	25
Rhode Island (I **)	X			X	41
Tennessee (R)		X			23
Texas (R)		X			23
Utah (R)		X			26
Vermont (D)	X			X	85
Virginie (D)		X			26
Virginie occidentale (D)			X	X	17
Washington (D)	X			X	32
Wisconsin (R)		X			29
Wyoming (R)		X			15
TOTAL	14 + D.C.	29	7	27 + D.C.	

* D.C. = District de Columbia.
** R = Républicain, D = Démocrate, I = Indépendant.
Source : d'après Department of Health and Human Services (2014b) et http://www.advisory.com/daily-briefing/resources/primers/medicaidmap#lightbox/1/.