

Etats-Unis

Une réforme de la santé en demi-teinte

Catherine SAUVIAT, Estelle SOMMEILLER

En mars 2010, Barack Obama a marqué l'histoire de son pays en promulguant la loi sur la réforme de la santé. Sept autres présidents¹ avant lui s'y étaient essayés sans succès. Il aura fallu pour y parvenir plus d'un an de débats publics intenses et houleux, marqués par une hostilité sans faille du camp républicain et plusieurs mois d'un processus législatif difficile et resté incertain jusqu'au vote final. Cette réforme se traduit en fait par deux lois amendées l'une par l'autre : la « loi sur la protection du patient et sur les soins accessibles à tous » (*Patient Protection and Affordable Care Act of 2009*, HR 3590), signée le 23 mars 2010 par le président Obama, amendée par la « loi de réconciliation budgétaire sur l'éducation et la santé » (*Health Care and Education Reconciliation Act of 2010*, HR 4812) signée par le président le 30 mars 2010.

Cette réforme marque le principal changement législatif de la protection sociale américaine depuis 1965, année qui avait vu l'instauration de deux programmes fédéraux d'assurance santé, l'un pour les personnes âgées, étendu plus tard aux inva-

lides (*Medicare*) et l'autre pour les pauvres (*Medicaid*). Sans bouleverser le système de santé, elle s'attaque aux principaux dysfonctionnements de l'assurance maladie. Elle exige notamment que la plupart des Américains se dotent dans les prochaines années d'une couverture santé, en réglant plus sévèrement les compagnies d'assurance, en élargissant l'accès à *Medicaid*, en subventionnant les individus et ménages à faibles revenus pour les aider à s'assurer sur de nouveaux marchés créés et régulés au niveau des Etats, et enfin, en incitant les employeurs à proposer une couverture santé à leurs salariés, ou à défaut, à contribuer à son financement sous peine de pénalités.

La réforme poursuit un triple objectif : parvenir à une couverture santé universelle, maîtriser les dépenses de santé et améliorer la qualité du système. S'il ne fait pas de doute que la réforme aura pour conséquence d'améliorer le taux de couverture de la population, l'objectif de contrôle des coûts à moyen comme à long terme apparaît secondaire et beaucoup plus incertain.

1. Franklin D. Roosevelt en 1933, Harry S. Truman en 1945, John F. Kennedy en 1961, Lyndon B. Johnson en 1963, Richard M. Nixon en 1969, Jimmy E. Carter en 1977 et William J. Clinton en 1993. Plus de détails dans Sauviat, Sommeiller (2009).

Un parcours législatif long et périlleux

Il fallait que Barack Obama place la réforme de la santé en tête de son agenda pour qu'elle devienne loi. Pour les réformes d'une telle ampleur, c'est au président qu'il revient de donner l'impulsion. C'est donc lui qui a posé la première pierre du processus législatif. En témoigne l'allocation de 630 milliards de dollars entièrement dédiée à la réforme de la santé que l'administration Obama a proposé de répartir sur dix ans dans la loi de finances 2010.

Contrairement à la tentative de réforme du gouvernement Clinton en 1993-1994, le président Obama a laissé le Congrès américain jouer un rôle clé dans la rédaction des propositions de loi, mobilisant cinq commissions parlementaires compétentes dont trois à la Chambre des représentants et deux au Sénat (encadré 1). Ce faisant, la stratégie de recherche d'un compromis bipartisan au Congrès qu'il a privilégiée a sans doute contribué à transformer cette réforme en un véritable marathon législatif et un parcours du combattant. Elle a en effet donné prise aux nombreux lobbies, qui ont pu faire valoir leurs intérêts en revenant sur certains compromis antérieurement trouvés. Elle a laissé le temps aux Républicains d'organiser une contre-offensive idéologique, au travers de réunions publiques connues sous le nom de *Tea Parties*. Elle a conduit le président Obama lui-même à déployer plusieurs registres d'arguments pour justifier sa réforme, ne donnant pas toujours une vision claire et unifiée de son projet (notamment à propos de son soutien à l'option d'une assurance publique venant concurrencer les assurances privées par exemple). Il a fallu attendre le 22 février 2010 pour que ce dernier tranche véritablement en présentant au public les mesures précises de son propre plan.

Le processus législatif du Congrès américain

La procédure législative des commissions débute d'abord par des auditions publiques au Capitole avec des experts académiques ou professionnels sur la question, des représentants du gouvernement et des groupes de pression concernés par la réforme (ici, il s'est agi de la communauté médicale, des compagnies d'assurance, des employeurs, des syndicats de travailleurs, etc.). Pour chaque commission, la procédure législative se poursuit avec la formulation d'une proposition de loi (*bill*). Celle-ci est généralement envoyée au Congressional Budget Office (CBO), une agence fédérale non partisane chargée d'estimer l'impact de la proposition sur les finances publiques. C'est en général un point essentiel de comparaison des propositions de chacune des commissions. Après leur évaluation budgétaire, elles reviennent au président de leur commission respective. Celui-ci n'y apposera sa signature que si se cumulent les intentions de vote en sa faveur. Une fois ces conditions réunies, la commission soumet à l'ensemble de ses membres la proposition de loi au débat en séance publique. A l'issue de ces débats, la proposition de loi est soit approuvée, soit rejetée. Il faut donc attendre l'approbation d'un texte commun pour déclencher une procédure de vote par l'ensemble de la chambre parlementaire. Une fois publiée la proposition de loi de chaque chambre, il reste à fusionner les deux versions pour un vote ultime en assemblée plénière, la *House-Senate Conference* (Schlobohm, 2009).

Les divergences de procédure entre le Sénat et la Chambre des représentants concernent essentiellement le temps alloué au débat avant le vote et le type de majorité

Encadré 1

Cinq commissions parlementaires mobilisées

Les deux chambres du Congrès américain comportent chacune une vingtaine de commissions se focalisant sur un thème spécifique. S'agissant du système national de santé, cinq commissions sont compétentes en la matière :

- le groupe tripartite (*House tri-committee*) de la Chambre des représentants a regroupé la commission sur l'énergie et le commerce (*Committee on Energy and Commerce*), la commission sur les voies et moyens (*Committee on Ways and Means*) et la commission sur l'éducation et le travail (*Committee on Education and Labor*) ;
- le Sénat a mobilisé la commission des finances (*Finance Committee*) ainsi que la commission sur la santé, l'éducation, le travail et les retraites (*Health, Education, Labor, and Pensions, HELP Committee*).

C'est au sein de la commission sur l'énergie et le commerce que les représentants détiennent le plus grand pouvoir législatif sur *Medicaid*, sur le programme d'assurance-maladie pour les enfants (*Children Health Insurance Program*) et sur la plupart des programmes fédéraux de santé publique dont plusieurs centres nationaux de recherche médicale. La commission des voies et moyens se focalise sur la fiscalité dans le domaine de la santé et en particulier sur *Medicare*. La commission sur l'éducation et le travail traite des questions relatives aux compléments du salaire (pensions complémentaires, couverture santé, etc.).

Quant au Sénat, c'est la commission des finances et la commission HELP qui se partagent plus ou moins équitablement le pouvoir. C'est au sein de la commission HELP que siégeait le sénateur démocrate du Massachusetts, Edward Kennedy, fervent défenseur de la réforme.

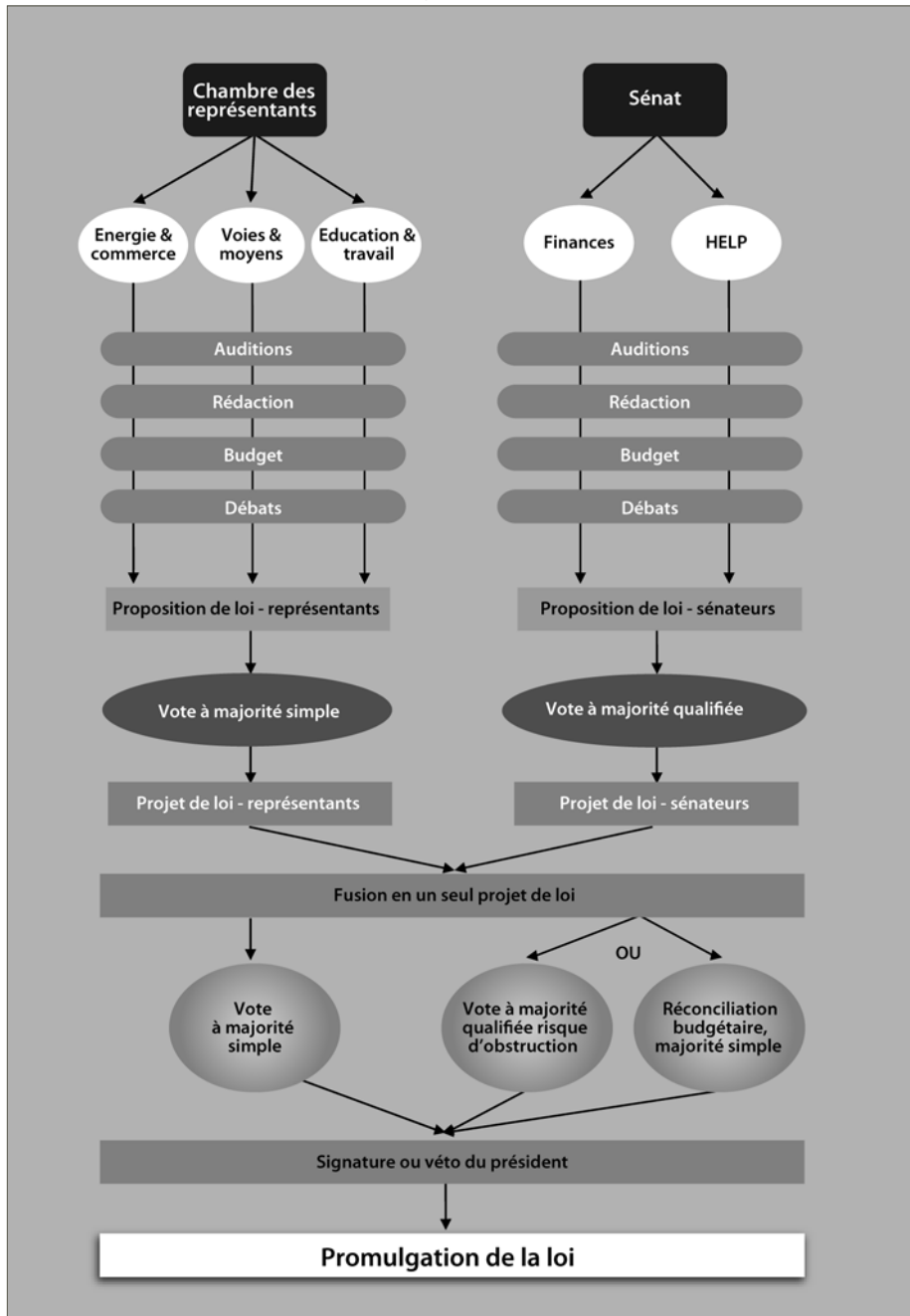
requis. A la Chambre des représentants, le temps consacré au débat est limité ; ce sont les présidents des commissions, majoritairement démocrates dans le cas présent, qui y mettent un terme. De plus, le vote de l'ensemble des représentants sur la proposition de loi se fait à la majorité simple. Au Sénat en revanche, très peu de restrictions sur le débat final limitent le temps de parole. Les sénateurs peuvent apporter un nombre illimité d'amendements et la majorité qualifiée des 3/5^e est requise (soit 60 voix sur 100). Il en résulte une probabilité très forte d'obstruction au vote (*filibuster*), technique à laquelle l'opposition ne manque pas

d'avoir recours, condamnant ainsi la proposition de loi à ne jamais être votée. Seule la procédure de réconciliation budgétaire peut mettre un terme à l'obstruction (voir schéma ci-après). C'est précisément la voie qui a été choisie dans le cas de la réforme de la santé plutôt que celle de la fusion des deux projets de loi.

Les dates clés de la réforme

Le vendredi 31 juillet 2009, la commission de l'énergie et du commerce à la Chambre des représentants approuve à 31 voix contre 28 la proposition de loi à faire voter à l'ensemble de la Chambre

Schéma. Les différentes étapes du processus législatif au Congrès américain



Source : Schlobohm Alan (2009), IRES.

des représentants. Les trois commissions fusionnent leurs propositions en une seule, AAHCA (*America's Affordable Health Choice Act of 2009*). Le samedi 7 novembre 2009, l'ensemble des représentants l'adopte à une courte majorité (220 voix contre 215) traduisant ainsi la forte opposition à la loi, y compris au sein du camp démocrate. Jugeant son coût trop élevé (1 100 milliards de dollars sur dix ans), les deux commissions du Sénat reprennent une autre proposition de loi issue de la Chambre des représentants, le projet HR 3590 de septembre 2009 (*Service Members Home Ownership Tax Act of 2009*), et y adjoignent leur propre proposition. Plus de 500 amendements viennent s'y greffer lors de la discussion en séance plénière et le texte final du Sénat s'intitule *The Patient Protection & Affordable Care Act* (de même code législatif, HR 3590). Le coût total de la proposition de loi du Sénat est estimé par le CBO à 849 milliards de dollars sur dix ans, soit un montant de 127 millions de dollars inférieur au plafond symbolique fixé par le président Obama. Cette proposition contient deux points forts qui lui donnent un avantage comparatif par rapport à celle de la Chambre des représentants : elle doit permettre de réduire le déficit public et de donner accès à la couverture santé à 31 millions de non-assurés, portant le taux de couverture à 94 % (contre 85 % actuellement).

Dans le même temps, l'opinion s'impatiente : le taux de chômage a franchi le seuil symbolique des 10 %, les destructions d'emplois exacerbent les tensions

sociales, le président Obama semble ne s'occuper que de la réforme de la santé et sa cote de popularité chute pour la première fois au-dessous de la barre des 50 % (Planel, 2010). Le 21 novembre, les intentions de vote au Sénat réunissent les 60 voix nécessaires. Jamais la réforme de la santé n'a été aussi proche d'aboutir. Mais le vote au Sénat n'a pas lieu ce jour-là et les débats repartent de plus belle. Le comité démocrate, Organizing for America, diffuse alors en ligne des vidéos courtes et persuasives sur le coût de l'inaction. De son côté, la Maison Blanche publie sur son site Internet d'autres vidéos aux messages brefs et incisifs allant dans le même sens. Des débats houleux continuent d'avoir lieu au Sénat. Le 24 décembre enfin, le Sénat vote à 60 voix contre 39 la proposition de loi HR 3590.

Il ne reste alors plus qu'à fusionner les deux versions des chambres du Congrès pour un vote ultime en assemblée plénière. De nouveau, c'est la majorité simple qui s'applique aux représentants mais la majorité qualifiée des 3/5^e au Sénat (Lepri, Millender, 2009). Alors que la nouvelle année est à peine commencée, l'actualité rebondit de nouveau : le 19 janvier 2010, c'est le sénateur républicain Scott Brown qui succède au défunt Edward Kennedy dans l'Etat du Massachusetts. Les sénateurs démocrates ne peuvent donc plus obtenir la majorité qualifiée. Seule la procédure de réconciliation budgétaire¹, qui ne requiert que la majorité simple, peut contourner le risque d'obstruction parlementaire. Le recours à

1. Le processus de réconciliation budgétaire peut être enclenché uniquement pour les projets de loi susceptibles d'affecter la structure des recettes ou des dépenses du budget fédéral. Pour être voté à temps, c'est-à-dire avant le vote du budget fédéral en fin d'année civile, le nombre d'amendements est limité et le débat est clos au bout de vingt heures (Lepri, Millender, 2009).

ETATS-UNIS

cette procédure présente toutefois l'inconvénient de fortement limiter le contenu de la proposition de loi. Aussi, la Chambre des représentants décide non pas de fusionner les propositions des deux chambres en un unique rapport de conférence (*House-Senate conference report*) comme il est de coutume de le faire, mais de voter le texte du Sénat en l'état (*Patient Protection and Affordable Care Act*), et de l'amender par une loi de réconciliation budgétaire comportant les propositions de la Chambre des représentants (*Health Care & Education Reconciliation Act*). Le dimanche 21 mars 2010, la Chambre des représentants vote à la majorité simple le texte du Sénat (*Patient Protection and Affordable Care Act*) à 219 voix contre 212, ainsi que la loi de réconciliation budgétaire (*Health Care & Education Reconciliation Act*) à 220 voix contre 211¹. Le Sénat n'a pas à revoter sa propre loi ; il lui suffit de se prononcer sur les amendements de la Chambre des représentants (*Health Care & Education Reconciliation Act*). C'est chose faite le jeudi 25 mars 2010 par un vote à la majorité simple (56 voix contre 43)². Les deux lois peuvent désormais être envoyées au président qui décide soit de les signer, soit d'y opposer son veto. Barack Obama signe à la Maison Blanche le texte des sénateurs le mardi 23 mars et l'amendement des représentants le mardi suivant.

Vers une couverture pour tous

Selon les prévisions du CBO, la réforme devrait permettre d'étendre la couverture santé à 32 millions de nouveaux assurés d'ici 2019. C'est sans doute là son résultat attendu le plus tangible, sachant qu'il restera 23 millions de non-assurés au terme de sa mise en œuvre, dont un tiers d'immigrants en situation irrégulière. Par quelles mesures la loi entend-elle parvenir à ce résultat ? En créant des incitations pour les trois acteurs principaux du marché de l'assurance santé aux Etats-Unis que sont les personnes non assurées (ou clients potentiels), les compagnies d'assurance, et les employeurs.

Les non-assurés

Pour couvrir les quelque 46 millions d'individus dépourvus d'assurance santé, la loi instaure un mandat individuel qui sera effectif en 2014, ce qui signifie une quasi-obligation pour la plupart des citoyens et résidents américains de souscrire un contrat d'assurance maladie dit « qualifié » (*qualifying health coverage*)³. A défaut, ils se verront infliger une amende annuelle à partir de 2014 (95 \$), dont le montant augmentera progressivement jusqu'en 2016 (695 \$), sans pouvoir dépasser 2,5 % de leur revenu imposable. C'est le point qui a été le plus contesté par les Républicains, considéré

1. De nouveaux rebondissements médiatiques surviennent le mercredi 24 mars lorsqu'un vice de forme (sur les prêts étudiants notamment) est décelé par les opposants républicains dans la loi de réconciliation budgétaire. Celle-ci doit être revotée. Le lendemain (jeudi 25 mars) sont apportées les dernières corrections souhaitées et les représentants revotent à 220 voix contre 207 le *Health Care & Education Reconciliation Act*.

2. C'est bien la version corrigée du vice de forme que les sénateurs votent le 25 mars 2010.

3. Par « qualifié » on entend que ce contrat offre la couverture d'une large gamme de services de santé (prestations médicales, pharmaceutiques, chirurgicales, ou d'assistance), ne se limitant ni à une seule maladie (le SIDA), ni à une situation particulière (les accidents routiers), ni à un organe corporel (les soins dentaires).

Encadré 2

L'expérience du Massachusetts

En 2006, le Massachusetts est devenu le premier Etat à exiger que tous ses résidents, à partir de l'âge de 18 ans, aient une assurance santé. Ce « mandat individuel » a pris effet à partir de 2007.

Les résidents doivent sur leur déclaration d'impôt indiquer s'ils ont une assurance, à moins que leurs revenus soient insuffisants pour s'assurer à un coût abordable. Ces critères sont fixés par un organisme indépendant, appelé le Commonwealth Health Insurance Connector (CHIC). Les personnes dont le revenu annuel est inférieur à 150 % du seuil fédéral de pauvreté (soit 16 245 \$ en 2010) ne sont pas obligées de s'assurer dans la mesure où elles sont jugées incapables d'acquitter leur prime d'assurance. Les personnes dont le revenu représente 4,5 fois le seuil de pauvreté fédéral (soit 54 600 \$) sont considérées comme pouvant payer une prime d'assurance de 4 104 \$ par an, soit environ 8 % de leur revenu.

Les individus qui répondent aux critères du mandat individuel et qui restent non assurés sont soumis à des pénalités financières. En 2009, la pénalité maximum était de 624 \$ pour les personnes âgées de 18 à 26 ans et de 1 068 \$ à partir de 27 ans. Les employeurs de 11 salariés et plus doivent quant à eux soit contribuer au coût de la couverture santé de leurs salariés, soit payer également une pénalité.

Le CHIC sert aussi d'intermédiaire pour aider les individus à s'assurer ou les employeurs à assurer leurs salariés. La couverture doit offrir certaines prestations essentielles. Les individus peuvent opter entre une couverture publique ou une couverture auprès d'une assurance privée, qu'ils acquerront grâce à des subventions. L'éligibilité à ces subventions dépend de leur niveau de revenu et de leur accès ou pas à une couverture santé *via* leur employeur, sachant que les immigrants n'y ont pas accès, qu'ils soient ou non en situation régulière.

La mise en œuvre de cette réforme a permis de réduire le taux de personnes non assurées de 13 % en 2006 à 3 % en 2009, soit le taux de non assurés le plus bas de tout le pays. Pour autant, les coûts de la santé continuent de progresser à un rythme élevé et pourraient doubler d'ici 2020.

par certains comme une atteinte fondamentale du gouvernement fédéral à la liberté individuelle. Cette mesure est centrale dans la réforme votée par le Congrès du Massachusetts en 2006 (encadré 2), qui a inspiré celle votée au plan

national. A partir de 2014, les individus vont ainsi être tenus d'avoir une couverture santé, obtenue soit dans le cadre d'un programme public (*Medicaid*, *Medicare* ou *CHIP*), soit sur des marchés organisés d'assurance mis en place à cet effet par

ETATS-UNIS

les Etats (voir *infra*), soit auprès de leur employeur¹.

Dans ce nouveau contexte législatif, il a été prévu d'assouplir les conditions d'éligibilité à *Medicaid*, l'assurance maladie publique sous condition de ressources. Jusqu'à présent ciblée sur certaines catégories de pauvres (familles monoparentales, femmes enceintes, enfants), *Medicaid* bénéficiera désormais aux adultes pauvres sans enfants. Restent inchangés le seuil d'éligibilité (133 % du seuil fédéral de pauvreté soit 14 405 \$ en 2010) ainsi que l'âge (inférieur à 65 ans). *Medicaid* devrait ainsi couvrir 16 millions de nouveaux assurés, pour lesquels les Etats recevront des ressources fédérales.

Le programme d'assurance maladie pour les enfants (*Children's Health Insurance Program*)², créé en 1997 pour assurer la couverture santé de ceux issus de familles pauvres non éligibles à *Medicaid*, se voit quant à lui assorti de nouvelles dispositions. Alors qu'il aurait dû expirer en 2013, il a été renouvelé jusqu'en 2019. Certains enfants exclus du programme *CHIP* pourront néanmoins obtenir une couverture santé sur les marchés organisés entre Etats grâce à des crédits d'impôt.

Les individus dont les revenus sont compris entre 133 et 400 % du seuil fédéral de pauvreté, non éligibles à *Medicaid*, auront droit à des subventions pour souscrire une couverture santé sur les marchés d'assurance organisés au niveau des Etats et à des crédits d'impôt pour payer les soins³. Sans restriction d'âge ni de condition physique, les individus auront ainsi la possibilité de contracter une couverture médicale auprès des assureurs privés qui devraient leur offrir des conditions plus avantageuses. Leur contribution propre à la prime d'assurance sera plafonnée entre 2 % et 9,5 % de leur revenu, selon le niveau de ce revenu par rapport au seuil fédéral de pauvreté (entre 133 et 400 % de ce seuil)⁴.

S'agissant de *Medicare*, la nouvelle loi prévoit de combler une déficience de couverture, connue sous le nom de *doughnut hole*⁵. En plus de son volet obligatoire (la partie A), le programme *Medicare* se décline en plusieurs assurances optionnelles dont l'une (la partie D) offre à ses bénéficiaires le remboursement de médicaments dans la limite d'un plafond fixé à 2 830 \$ en 2009. Au-delà de ce montant jusqu'à un second plafond fixé à 6 440 \$, c'est le patient qui prend en

-
1. Des exemptions à cette obligation de s'assurer ont été admises pour les individus en grande difficulté financière (c'est-à-dire ceux pour qui toute prime d'assurance excéderait 8 % de leur revenu individuel, ceux qui ne paient pas l'impôt sur le revenu), ceux qui objectent des raisons religieuses, les Amérindiens, ceux qui n'ont plus de couverture maladie depuis moins de trois mois, les immigrants sans papiers, et les individus incarcérés.
 2. Créé initialement pour une durée de dix ans, G.W. Bush a reconduit à son terme ce programme pour deux années supplémentaires (2007-2009). Il a toutefois opposé par deux fois son veto à ce que 4 millions d'enfants supplémentaires puissent bénéficier de ce programme. En février 2009, Barack Obama l'a renouvelé jusqu'en 2013 tout en légalisant son extension.
 3. Les immigrants en situation régulière, qui ne peuvent s'inscrire à *Medicaid* avant cinq ans de résidence sur le territoire, sont éligibles à ces subventions.
 4. Le lecteur intéressé trouvera de plus amples informations dans Kaiser Foundation Family (2010a et 2010b).
 5. Un *doughnut* est un beignet sucré en forme d'anneau.

charge la totalité des frais médicamenteux (sauf cas de force majeure), après quoi il est à nouveau couvert par l'assurance. En 2007, environ 14 % des assurés concernés étaient dans ce cas de figure, soit 3,4 millions d'Américains. La nouvelle loi prévoit de remettre dès cette année aux patients concernés un coupon d'une valeur de 250 \$; en 2011, l'industrie pharmaceutique devra offrir un rabais de 50 % sur le prix des médicaments prescrits ; d'ici 2020, la revalorisation progressive du plafond permettra d'abaisser de 100 % à 25 % la part de ces dépenses restant à la charge des patients.

Enfin, la nouvelle loi pérennise le programme de santé publique propre aux Amérindiens, une population particulièrement pauvre et vulnérable, subissant des taux de chômage et d'échec scolaire très élevés. Ouvertes ou inavouées, les discriminations raciales envers cette minorité ethnique sont multiples, persistantes et compliquées par de graves problèmes d'alcoolisme et de violences. L'accès aux soins pour les Amérindiens est un besoin particulièrement criant. De nouvelles données statistiques seront collectées auprès des individus selon leur appartenance ethnique, leur genre, leur langue maternelle, leur handicap ou leur isolement géographique.

Les compagnies d'assurance

Les compagnies d'assurance sont les plus touchées par la réforme. Elles ne pourront plus pratiquer la sélection des risques comme par le passé, en se réservant le droit d'imposer une date d'expiration du contrat, de refuser un client ayant

des antécédents médicaux (cancer, diabète, etc.), ou bien encore d'interrompre cette couverture à la survenance de maladies graves. Cette nouvelle réglementation entrera en vigueur en 2014. Dans l'intervalle, le gouvernement fédéral financera un programme provisoire, pour aider les personnes ayant des antécédents médicaux à payer leur prime d'assurance¹. Les compagnies d'assurance seront aussi tenues d'accepter de couvrir jusqu'à 26 ans les jeunes sur la police d'assurance de leurs parents (et non plus à 18 ou 19 ans comme c'était le cas).

L'autre composante clé de cette réforme visant à une couverture universelle réside dans la création de marchés organisés et régulés au niveau des Etats (*Health Insurance Exchanges*), l'un ouvert à tous les citoyens et résidents (*American Health Benefit Exchange*), l'autre aux entreprises de moins de 100 salariés (*Small Business Health Options Programs*, SHOP). Chacun des 50 Etats fédérés devra s'organiser avec un autre pour créer un marché régional d'assurance où au moins deux offres seront émises au prix le plus bas, soit par une administration locale, soit par un organisme à but non lucratif. La création de ce type d'organisme sera soutenue par le programme CO-OP (*Consumer Operated and Oriented Plan*) disposant d'un fonds de 6 milliards de dollars à partir de 2013.

Les compagnies d'assurance qui voudront participer à ces marchés organisés devront proposer quatre types de contrats offrant un panier de prestations standard, qui couvriront 60, 70, 80 et 90 % de leur coût selon les cas². Cette offre sera com-

1. Ce programme, de 5 milliards de dollars, couvrira au moins 60 % du coût des soins, les débours des patients étant plafonnés à 5 950 \$ par an et par individu.

2. Les débours pour les assurés seront plafonnés à 5 950 \$ pour un individu et le double pour une famille en 2010.

ETATS-UNIS

plétée par un contrat à franchise élevée (mais à prime faible), accessible pour les jeunes jusqu'à 30 ans ou pour ceux qui ne sont pas obligés de s'assurer. Les Etats pourront aussi recourir à une solution alternative aux marchés organisés en créant une assurance maladie minimale (*Basic Health Plan*) qu'ils devront entièrement administrer.

Afin d'améliorer la qualité de la couverture, la nouvelle loi impose aux compagnies d'assurance de publier régulièrement des indicateurs de qualité, comme celui mesurant le pourcentage du montant des primes d'assurance consacré à la couverture médicale proprement dite, qui inclut notamment les coûts administratifs et les profits (*medical loss ratio*). Une valeur inférieure à 85 % (80 % sur les marchés d'assurance de groupe pour les PME) obligera l'assureur à offrir un rabais à ses clients. La réglementation de l'assurance maladie devra être simplifiée pour le patient et uniforme sur tous les marchés (organisés et privés).

Les employeurs

A l'obligation faite aux individus de s'assurer a été associée une autre forme d'obligation visant les employeurs qui, rappelons-le, ne sont pas tenus par la loi de proposer une assurance santé à leurs salariés.

Le système d'incitations et de pénalités se décline selon la taille de l'entreprise. Les employeurs de moins de 25 salariés se verront accorder des crédits d'impôts par le gouvernement fédéral

s'ils payent au moins 50 % de la cotisation d'assurance de leurs salariés. De 2010 à 2013, ce crédit d'impôt pourra aller jusqu'à 35 % de la contribution de l'employeur à la prime et à partir de 2014 (date de la mise en place des marchés d'assurance organisés), jusqu'à 50 %¹ et à 100 % pour les très petites entreprises² dès 2010. Les entreprises de moins de 50 salariés ne subiront aucune pénalité si elles ne fournissent pas de couverture médicale. En revanche, les employeurs de plus de 50 salariés doivent offrir une couverture santé abordable ou seront pénalisés si au moins un de leurs salariés à temps plein perçoit une subvention du gouvernement fédéral. Les grandes entreprises (plus de 200 salariés) devront systématiquement inscrire leurs nouveaux recrutés aux contrats d'assurance auxquels elles souscrivent déjà. Enfin, les employeurs qui procurent une couverture santé à leurs préretraités (entre 55 et 64 ans) non encore éligibles à *Medicare*, seront incités à la maintenir par des subventions fédérales octroyées jusqu'en 2014, pour un montant total de 5 milliards de dollars. Cette mesure a été soutenue par les syndicats, qui parviennent à négocier pour leurs membres ce type d'avantages dans les grandes entreprises.

Vers une tentative de contrôle des coûts

Le coût de la réforme est estimé à 938 milliards de dollars sur dix ans, essentiellement dû à l'extension des programmes publics (*Medicaid* et *CHIP*) et à

1. Les salariés qui ont accès à une couverture par leur employeur ne sont pas éligibles aux crédits ou subventions, à moins que le plan de l'employeur ne couvre au moins 60 % de la prime ou encore que la participation du salarié à la prime n'excède 9,5 % de son revenu.
2. Une « très petite entreprise » emploie dix salariés ou moins et le salaire moyen n'y excède pas 25 000 \$ annuels.

l'octroi de subventions aux ménages en difficulté. Au terme de sa mise en œuvre (2019), la réforme est censée réduire le déficit budgétaire de 124 milliards de dollars. Les coûts occasionnés par les 32 millions de nouveaux assurés seront compensés par des économies sur les dépenses existantes des programmes publics, de nouvelles sources de financement et un encadrement plus strict de l'oligopole des assurances sur les marchés organisés.

Quelles économies sur les programmes publics ?

Afin de maîtriser l'évolution des dépenses de santé et d'améliorer la qualité des soins, il est prévu de créer un centre d'innovation destiné à évaluer les structures de paiement des programmes publics (*Medicare*, *Medicaid* et *CHIP*). Les plus grosses économies devraient cependant être réalisées au sein de *Medicare*. La réforme prévoit notamment la création d'un conseil indépendant d'une quinzaine de membres pour suivre plus spécifiquement ce programme. Chargé de formuler des propositions et d'émettre des recommandations, ce conseil visera à juguler la croissance des dépenses par tête des plus de 65 ans en la maintenant en deçà du taux d'inflation puis, à partir de 2018, en deçà du taux de croissance du PIB par tête (augmenté d'un point de pourcentage). Diverses économies proviendront d'une part des paiements remboursés par les contrats *Medicare advantage* aux hôpitaux ou aux assurances¹, d'autre part de rabais plus importants consentis par l'industrie pharmaceutique au programme *Medicaid* sur les médicaments brevetés

(23 % au lieu de 15 %), et enfin de l'autorisation de commercialiser des versions génériques de médicaments biologiques (sachant qu'en contrepartie, les producteurs sur ce marché ont obtenu une période d'exclusivité de 12 ans). Les hôpitaux devront verser une taxe annuelle de 50 000 \$ si les attentes de réduction de coûts ne sont pas satisfaites (coordination des traitements prescrits, du médicament à la radiologie en passant par la consultation).

Quelles nouvelles sources de financement ?

De nouvelles sources de financement ont été trouvées auprès des ménages à revenu élevé, mais aussi des principaux acteurs du marché de la santé que sont les assureurs, les laboratoires pharmaceutiques, et plus modestement les employeurs. Pour financer le volet obligatoire de *Medicare* (partie A), deux mesures ont été adoptées. D'une part, les salaires supérieurs à 200 000 \$ par an (ou 250 000 \$ pour un couple) seront soumis à partir de 2013 à une cotisation sociale de 2,35 % (et non plus de 1,45 % comme par le passé) affectée au financement des frais d'hospitalisation. D'autre part, un impôt de 3,8 % est introduit sur les revenus du capital des plus hauts revenus.

Les compagnies d'assurance seront mises à contribution à partir de 2014 avec l'introduction d'une nouvelle taxe rapportant 8 milliards de recettes fiscales la première année et 14,3 milliards en 2018. Les années suivantes, ces prélèvements s'élèveront en proportion du taux de croissance des primes d'assurance, dans une optique de contrôle des coûts. Les

1. Ces plans permettent à leurs bénéficiaires de recevoir des prestations supplémentaires par rapport aux plans *Medicare* traditionnels, dans le cadre des réseaux de soins du secteur privé.

ETATS-UNIS

contrats d'assurance dits « Cadillac », dont la couverture est à la fois coûteuse et généreuse, devront à partir de 2018 être assortis d'un impôt de 40 % sur la valeur du contrat excédant 8 900 \$ par individu ou 24 000 \$ par famille. Cette décision est le reflet de l'accord trouvé entre la Maison Blanche et l'AFL-CIO. La centrale s'est opposée à la proposition initiale du Sénat, dont l'application était prévue dès 2013, et dont les seuils à partir desquels la taxe s'imposait avaient initialement été fixés plus bas que ceux finalement retenus. Les syndicats cherchent ainsi à protéger les assurances santé relativement généreuses qu'ils négocient pour leurs membres comme composantes de leur rémunération.

Un prélèvement obligatoire visant les laboratoires pharmaceutiques sera mis en place à partir de 2012-2013. Son montant, de 2,8 milliards de dollars par an, augmentera progressivement jusqu'à atteindre 4,1 milliards en 2018, pour revenir à 2,8 milliards à partir de 2019 et au-delà.

Les employeurs ne pourront plus bénéficier, à partir de 2013, de la déduction fiscale sur la subvention fédérale octroyée aux entreprises qui offrent une couverture médicaments à leurs retraités, éligibles à *Medicare*¹.

Quelles nouvelles régulations des marchés de l'assurance ?

La création de marchés organisés d'assurance au niveau des Etats pour les individus et les PME vise un double objectif. Il s'agit d'une part d'introduire de la concurrence dans des marchés régionaux où, bien souvent, une ou deux com-

pagnies d'assurance dominent le marché. Très concentré, ce marché de l'assurance reste en effet l'un des seuls à ne pas être soumis à la loi fédérale anti-trust de 1945. Les stratégies de prix des compagnies d'assurance devraient donc s'en trouver affectées. Il s'agit d'autre part de diversifier l'offre d'assurance maladie jusqu'ici très limitée. En effet, l'idée que les Américains disposent d'un grand degré de liberté parmi les contrats d'assurance qui leur sont proposés (soit par les compagnies d'assurance, soit par les employeurs) reste un mythe.

De toutes les dispositions de la réforme, c'est probablement la plus centrale et, potentiellement, la plus prometteuse du point de vue de la transformation du système d'assurance. Mais tout dépendra de la façon dont les Etats réguleront ces marchés.

Conclusion

Cette réforme constitue sans nul doute un progrès dans l'équité du système de santé en procurant une couverture santé aux plus pauvres et aux plus malades, en permettant à ceux qui perdent leur emploi ou qui décident d'en changer de retrouver une assurance à un coût abordable, en moralisant les comportements des assureurs. Elle constitue aussi une nouvelle étape dans la tentative de contrôler les montants croissants des dépenses de santé. Elle ne remet toutefois pas en cause la logique libérale d'un système hybride, dans lequel les compagnies d'assurance, animées par une logique de retour sur investissement pour leurs actionnaires, continueront de jouer un rôle

1. Depuis 2006, ces entreprises reçoivent une subvention fédérale, non imposable et plafonnée à 1 330 \$ par retraité, qu'ils peuvent de surcroît déduire de leur bénéfice imposable.

central. Elle ne bouleverse pas non plus les modalités de son financement, notamment le système d'incitation fiscale en faveur des employeurs qui explique pourquoi près de 60 % des Américains sont assurés dans le cadre de leur emploi.

Au-delà de ce constat général, il est très difficile de tirer de cette réforme des enseignements plus précis, d'autant que sa mise en œuvre est progressive, la plupart de ses mesures clés ne prenant effet qu'en 2014. Nul doute que les Républicains n'auront de cesse de les remettre en cause, surtout si certaines peuvent être annulées par de nouveaux votes budgétaires, à l'instar des amendements proposés par la Chambre des représentants et votés dans le cadre de la loi de réconciliation budgétaire. D'ores et déjà, plusieurs dizaines d'Etats dirigés par des gouverneurs républicains se sont mobilisés pour tenter de remettre en cause l'obligation individuelle de s'assurer, en activant toutes les formes possibles d'obstruction à la nouvelle loi.

Au-delà de ces incertitudes sur l'avenir de la réforme, de nombreuses questions restent en suspens. Ainsi, il n'est pas sûr que les familles américaines disposant d'une couverture santé ne continueront pas à être mises en difficulté financière en cas de maladie grave. Sur les marchés organisés de l'assurance, certains contrats ne couvriront au mieux que 60 % des dépenses de santé. Le risque de faillite personnelle pour raisons médicales n'est donc pas totalement écarté, y compris pour les ménages de la classe moyenne. De plus, le gouvernement fédéral ayant confié aux Etats de larges responsabilités dans la mise en œuvre de la loi, notamment celle d'organiser ces marchés de l'assurance, le succès de la réforme pourra être très différent d'un Etat

à l'autre et les systèmes de santé continuer à présenter de grandes disparités géographiques. Enfin, s'engager dans une politique de réduction des dépenses de santé suppose d'agir sur les nombreuses et complexes interactions entre les différents acteurs du marché de la santé que sont les assureurs, les fournisseurs de soins (médecins, hôpitaux), les employeurs, les laboratoires pharmaceutiques et le système d'incitation fiscale, etc. Or, cette réforme a davantage ciblé l'assurance santé que le système de santé lui-même, rendant son impact sur les coûts incertain.

Sources :

Health Affairs (2010), *Individual Mandate*, Health Policy Brief, 13 January.

Kaiser Foundation Family (2010a), « Health Reform Implementation Timeline », <http://www.kff.org/healthreform/8060.cfm>.

Kaiser Foundation Family (2010b), « Side-by-Side Comparison of Major Health Care Reform Proposals », <http://www.kff.org/healthreform/sidebyside.cfm>.

Lepri C., Millender E. (2009), « 3 clés pour mieux comprendre la réforme de l'assurance santé aux Etats-Unis », 5 octobre, http://www.ilovepolitics.info/3-cles-pour-mieux-comprendre-la-reforme-de-l-assurance-sante-aux-Etats-Unis_a1514.html.

Planel N. (2010), « L'incroyable épopée de la réforme de la santé américaine », *I love politics*, 28 mars, http://www.ilovepolitics.info/L-incroyable-epopee-de-la-reforme-de-la-sante-americaine_a1551.html.

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

Schlobohm A. (2009), « The Process of Health Reform Legislation », Kaiser Family Foundation, <http://healthreform.kff.org/>.

Washington Post, New York Times, The Economist.