

États-Unis

L'Obamacare, acte II

*Catherine SAUVIAT **

Ce n'est qu'en 2014, soit quatre ans après son adoption, que la mise en œuvre des deux mesures clés de l'Affordable Care Act (ACA), plus connue sous l'appellation populaire d'Obamacare, a commencé : instauration de nouveaux marchés d'assurance subventionnés et réglementés d'une part, et élargissement de l'éligibilité à Medicaid, le programme public d'assurance dont l'accès est soumis à conditions de ressources d'autre part. Une première campagne annuelle d'inscription, ouverte au 1^{er} octobre 2013 et prolongée jusqu'à mi-avril 2014, a permis à 7,3 millions d'individus d'obtenir une couverture santé sur ces nouveaux marchés d'assurance. Par ailleurs, 7,2 millions de personnes s'étaient nouvellement inscrites au programme Medicaid à fin juin 2014. Ces 14 millions d'inscrits dès 2014 ont constitué un premier succès indéniable pour l'administration Obama et ce, en dépit des nombreux problèmes techniques apparus lors des inscriptions sur les plateformes Internet et d'un premier arrêt rendu par la Cour suprême en juin 2012, faisant de l'élargissement du programme Medicaid une option et non

une obligation pour les États (Sauviat, 2014).

Un an après, alors que la deuxième campagne d'inscription ouverte le 15 novembre 2014 et clôturée en février 2015 a eu lieu, que la Cour suprême a validé dans un arrêt rendu en juin 2015 la légitimité des subventions accordées à plus de 6 millions d'assurés, et qu'un nouvel État a choisi d'étendre le programme Medicaid, que peut-on dire des retombées de la réforme à ce stade ?

Le second arrêt de la Cour suprême de juin 2015, une étape décisive pour l'Obamacare

Rarement et depuis bien longtemps, une loi n'aura été autant combattue que l'Obamacare aux États-Unis, adoptée en mars 2010 par un Congrès encore à majorité démocrate, qui devait basculer quelques mois plus tard lors des premières élections de mi-mandat. Cette loi a en effet fait l'objet de plusieurs batailles judiciaires engagées par les républicains en vue de l'anéantir, certaines ayant fait leur chemin jusqu'à la Cour suprême. Un premier arrêt de la plus haute cour

* Chercheure à l'IRES.

de justice des États-Unis avait validé en juin 2012 la constitutionnalité de cette loi, notamment du mandat individuel (obligation de s'assurer), mis en cause par les plaignants au prétexte que la mesure violait un droit constitutionnel fondamental. Mais cet arrêt avait aussi, à cette occasion, laissé la liberté aux États de ne pas choisir d'assouplir les conditions d'éligibilité à Medicaid afin d'en étendre la couverture, en réduisant potentiellement la portée.

L'acharnement contre cette loi a conduit les républicains à ouvrir un nouveau front judiciaire en juillet 2014, en remettant en cause la validité des subventions accordées aux 6,4 millions d'assurés ayant obtenu une couverture santé *via* la plateforme fédérale dans les 37 États qui ont choisi de déléguer au gouvernement fédéral cette gestion, au prétexte d'une interprétation stricte des termes de la loi ¹. Par six voix contre trois ², les juges de la Cour suprême se sont prononcés le 25 juin 2015 en faveur de l'administration Obama, préservant ainsi l'une des conditions clés du succès de la loi, à savoir le système de subventions qui allège le coût des primes d'assurance pour les individus de moins de 65 ans dont le revenu est inférieur ou égal à 133 % (ou 138 %) ³ du seuil de pauvreté fédéral dans les États ayant choisi l'extension du programme

Medicaid. Le juge John Roberts, nommé à ce poste par George W. Bush en 2005, a rappelé à cette occasion le contexte de la loi, indiquant clairement que « le Congrès avait voté la loi sur l'assurance santé pour améliorer le marché de l'assurance, et non pas pour le détruire ». Car sans les subventions, le marché de l'assurance individuelle se serait probablement effondré : beaucoup de personnes auraient en effet dû renoncer à leur couverture santé, faute de pouvoir payer des primes qui auraient pu connaître en 2016 des augmentations jusqu'à 35 % en moyenne selon le Urban Institute. Les États qui auraient été les plus touchés sont notamment la Floride avec 1,6 million d'assurés concernés, le Texas avec plus d'un million, la Caroline du Nord avec plus de 550 000 et la Pennsylvanie avec plus de 430 000. Par ailleurs, le Parti républicain n'avait aucune stratégie alternative si l'ACA avait dû être remise en cause par cette décision de la haute cour, ne réunissant pas la super majorité au Sénat (60 voix) indispensable pour faire adopter un plan B.

Cette décision de la Cour suprême, que 62 % des Américains approuve selon un sondage réalisé par la Kaiser Family Foundation ⁴, repousse le spectre d'un démantèlement de l'ACA, rendu dorénavant beaucoup plus difficile. Mais il ne fait nul doute qu'après une période de

1. La loi énonce que « les crédits d'impôt peuvent être versés aux individus qualifiés pour une couverture santé sur un marché réglementé d'assurance mis en place par un État ». Cet énoncé signifie-t-il que ces crédits d'impôt ne peuvent être versés sur les marchés réglementés d'assurance organisés par le gouvernement fédéral pour les États ? Telle a été l'interprétation des quatre plaignants de Virginie.

2. Les quatre juges « libéraux », minoritaires, ont voté en faveur de l'interprétation gouvernementale de la loi (R. Ginsburg, S. Breyer, S. Sotomayor et E. Kagan), ainsi que deux juges « conservateurs » (A. Kennedy et J. Roberts, le président de la haute cour) sur les cinq nommés par des présidents républicains.

3. Il est en général appliqué une déduction standard de 5 % du revenu servant de référence au calcul de cette éligibilité, portant le seuil effectif d'éligibilité à Medicaid de 133 à 138 % du seuil fédéral de pauvreté, soit en 2014 12 316 dollars par an (soit 10 971 euros) pour une personne seule de moins de 65 ans sans enfant et 16 377 dollars par an (soit 14 590 euros) pour un couple avec un enfant dont le chef de famille a moins de 65 ans.

4. <http://kff.org/health-reform/>.

calme, cette loi devrait assez vite redevenir un enjeu du débat lors des prochaines élections présidentielles.

La résistance des États à l'élargissement du programme Medicaid

L'assouplissement des conditions d'éligibilité à Medicaid par l'ACA, pris en charge à 100 % par le gouvernement fédéral de 2014 à 2016, puis progressivement jusqu'à hauteur de 90 % d'ici 2020¹, devait aboutir à y intégrer potentiellement 15 millions de personnes devenues nouvellement éligibles, éliminant de fait l'exclusion du programme depuis sa création des adultes sans enfants². Mais les juges de la Cour suprême en ont décidé autrement, en rendant cette extension optionnelle. Ainsi, 27 États plus le District de Columbia avaient décidé d'étendre Medicaid en 2014 (Sauviat, 2014). En 2015, trois nouveaux États (Alaska, Indiana et Montana³) ont choisi d'en faire autant, cette décision n'étant pas limitée dans le temps et pouvant être réversible. Ainsi, 30 des 50 États fédérés plus le district de Columbia, lesquels représentent 60 % de la population américaine, bénéficient d'un programme Medicaid étendu.

Ce mouvement pourrait se poursuivre du fait non seulement de l'incitation financière qu'ont les États à étendre la couverture Medicaid et à réduire ce faisant le nombre de leurs résidents non assurés,

mais également de la possibilité qui leur a été donnée de le faire non pas conformément au programme standard mais en développant des programmes spécifiques, moins coûteux pour leurs finances et/ou plus contraignants pour les bénéficiaires, sous la forme de dérogations accordées par le ministère de la Santé. Ainsi certains gouverneurs et législateurs, pourtant opposés à l'ACA, se sont résolus à adopter l'extension de Medicaid dans leurs États respectifs, mais sous une forme particulière, la section 1115 de la loi de Sécurité sociale. Dans ce cadre, les centres de service Medicare et Medicaid du ministère de la Santé peuvent en effet accorder aux États la possibilité de se soustraire à certaines obligations standards de Medicaid et leur permettre d'expérimenter de nouvelles approches à durée limitée (Wishner *et al.*, 2015). Ainsi, six États jusqu'à maintenant ont choisi cette option (Arkansas, Indiana, Iowa, Michigan, New Hampshire et Pennsylvanie)⁴.

Ces approches alternatives au programme standard réorientent Medicaid d'une façon plus conservatrice et/ou restrictive : les assurés peuvent être intégrés dans des plans d'assurance privés au lieu des plans de santé traditionnels (paiement à l'acte) ou même de ceux gérés dans le cadre de réseaux de soins coordonnés (*managed care*) ; en général, ils incluent un ticket modérateur plus élevé, ils cherchent à responsabiliser

1. Un financement bien supérieur à la prise en charge standard de Medicaid par l'État fédéral, habituellement entre 50 et 73 % selon le revenu par tête des habitants des États.
2. Medicaid était en effet à l'origine un programme réservé aux mères les plus pauvres et aux handicapés ainsi qu'aux enfants et femmes enceintes. Avec l'ACA, c'est devenu un programme couvrant tous les résidents gagnant 130 % du seuil fédéral de pauvreté, quelle que soit leur situation familiale.
3. L'extension de Medicaid, promulguée en avril 2015 par le gouvernement du Montana, est conditionnée cependant à l'approbation par les services du ministère de la Santé d'une demande de dérogation (voir *infra* dans le texte).
4. Début septembre 2015, la Cour suprême de l'Alaska a levé le blocage temporaire de l'extension de Medicaid qui avait été voté par les parlementaires de l'État, en faisant le 29^e État à faire ce choix.

Tableau 1. Les thèmes clés des dérogations pour les États ayant choisi d'étendre le programme Medicaid dans le cadre de l'ACA ¹

	Crédit d'impôt (aide à la prime d'assurance)	Participation à la prime d'assurance	Incitation à une meilleure santé	Élimination de certaines prestations	Copaiement
Arkansas	Obligatoire pour les plans de santé qualifiés ²	x			
Iowa	Optionnel pour les plans de santé qualifiés ²	x	x	x	
Indiana	Optionnel pour les plans de santé d'employeur	x	x	x	x
Michigan		x	x		
Pennsylvanie ³		x	x	x	

1. Le New Hampshire ne figure pas dans ce tableau car sa demande de dérogation a été la dernière des six États à être approuvée par l'administration de la santé.

2. Sur les marchés réglementés d'assurance.

3. Le nouveau gouverneur de Pennsylvanie pourrait s'orienter vers une extension standard et ne pas appliquer les mesures d'exemption initiées par son prédécesseur.

Source : Rudowitz *et al.* (2015).

individuellement leurs bénéficiaires au moyen de plans individuels d'épargne santé ¹ de même qu'à les inciter à adopter un comportement vertueux (tableau 1). Cependant, les services du ministère de la Santé approuvent au cas par cas ces possibilités des États de déroger aux obligations standards de Medicaid, en fonction du contexte local au plan politique et économique et elles ne sont accordées que si elles n'aggravent pas le déficit fédéral et si elles couvrent au moins autant de personnes qu'avec l'extension standard du programme permis par l'ACA. Ces règles sont en outre soumises à transparence et à des commentaires du public avant l'approbation par les services du ministère de la Santé et les programmes doivent faire ensuite l'objet d'une évaluation.

Ces changements introduits dans les États sont le résultat des pressions croissantes subies par les gouverneurs républicains ou les législateurs de la part des conservateurs pour limiter l'extension du programme Medicaid, pressions conduisant à en durcir les conditions pour les bénéficiaires. Mais quelles que soient les dérogations accordées par les services du ministère de la Santé, dont le contenu évolue au fil du temps et des contextes locaux, il reste que ces États ont pu accroître par ce biais leur population de résidents assurés, ce qui est le but ultime de l'ACA et donc celui poursuivi par l'administration fédérale. Entre le début de l'extension du programme Medicaid à l'automne 2013 et mars 2015, le nombre d'assurés a augmenté de 12,2 millions. L'augmentation du nombre de

1. Depuis 2008, leur nombre a plus que doublé, passant de 4,2 à 10,6 millions et leur montant a quadruplé, passant de 5,7 à 22,1 milliards de dollars (soit de 5,1 à 19,6 milliards d'euros environ). Cependant, tous les individus n'ont pas accès à de tels comptes : il faut avoir souscrit une police d'assurance à franchise élevée et avoir moins de 65 ans.

bénéficiaires est évidemment beaucoup plus importante dans les États qui ont choisi l'extension à cette date (+28,1%) que dans ceux qui l'ont refusée (+8,6%)¹. Et de fait, avec plus de 70 millions d'assurés, Medicaid tend à devenir plus important en termes de couverture que Medicare, l'autre grand programme public de santé réservé aux personnes âgées de 65 ans et plus, qui ne compte que 54 millions d'assurés en 2014.

La deuxième campagne d'inscriptions sur les marchés réglementés d'assurance

Quand le Congrès a adopté la loi ACA en 2010, les projections prévoyaient 21 millions d'assurés sur les nouveaux marchés réglementés d'assurance pour 2016. Au vu des deux premières campagnes d'inscription qui ont déjà eu lieu², et selon les dernières données du ministère de la Santé, ce sont au total 10,2 millions de personnes qui ont signé pour obtenir une assurance sur les nouveaux marchés réglementés d'assurance³ et qui avaient effectivement payé leur prime d'assurance à fin mars 2015, soit environ la moitié de la projection initiale. 85 % d'entre eux ont reçu une subvention de 272 dollars par mois en moyenne pour les aider à payer leur prime d'assurance, avec les taux de personnes subventionnées les plus élevés dans les États du Sud. Plus des deux tiers (68%) d'entre eux avaient sélectionné des polices dont le reste à charge pour le patient est de 30% (Silver plans), déjà les plus populaires en 2014, et 21% des polices un peu moins

généreuses (Bronze plans), dont le reste à charge atteint 40%.

Un rapport du ministère de la Santé daté du 5 mai 2015⁴ indique qu'au total, 16,4 millions d'individus auraient obtenu une assurance santé depuis l'adoption de la loi, y compris ceux qui ont pu bénéficier de l'extension de Medicaid. Soit 14,1 millions d'adultes depuis la première campagne d'inscription ouverte (dont 3,4 millions de jeunes adultes de moins de 26 ans) en octobre 2013 et 2,3 millions de jeunes adultes autorisés à rester sur l'assurance santé de leurs parents jusqu'à l'âge de 26 ans entre 2010 et le début de la première campagne d'inscription. Or l'un des objectifs primordiaux de l'Obamacare était de réduire le nombre de personnes sans assurance santé en facilitant l'accès et l'éligibilité à travers l'extension de Medicaid, la consolidation du système d'assurance santé *via* l'emploi et l'octroi de subventions aux individus (Sauviat, 2014).

De ce point de vue, le pari est en partie gagné : d'après les dernières données du ministère de la Santé (Cohen, Martinez, 2015), le nombre de non-assurés en 2014 n'était plus que de 36 millions tous âges confondus (11,5% de la population) contre 48,6 millions (15,4% de la population) en 2010, date d'entrée en vigueur des premières mesures de l'ACA (Sauviat, Sommeiller, 2010), soit une diminution de 12,6 millions d'individus. Mais c'est entre 2013 et 2014 que cette diminution a été la plus forte (8,8 millions de non-assurés en moins), date d'entrée en vigueur des mesures au cœur de la loi (Sauviat, 2014).

1. Department of Health and Human Services, « Medicaid & CHIP March 2015 Monthly Applications, Eligibility Determinations and Enrollement Report », CMS, June 4, 2015.

2. Une troisième campagne devrait s'ouvrir à partir du 1^{er} novembre 2015 jusqu'au 31 janvier 2016.

3. Sur ces 10,2 millions, 6,4 millions se sont inscrits *via* la plateforme de l'État fédéral et 2,3 millions *via* celles des États.

4. http://aspe.hhs.gov/health/reports/2015/uninsured_change/ib_uninsured_change.pdf.

Parmi cette population qui reste non assurée, un peu plus de la moitié (55 %) serait pourtant, selon Majerol *et alii* (2015), éligible à une forme d'assistance financière pour obtenir une couverture soit à travers Medicaid (30%), soit à travers les marchés réglementés d'assurance (25%). En revanche, un peu moins d'un quart (24%) a des revenus supérieurs aux seuils fixés pour avoir droit à une subvention, 13% sont des immigrés en situation irrégulière qui restent inéligibles à la couverture santé *via* l'ACA quel que soit leur niveau de revenu et 10% ont bien un revenu en dessous du seuil de pauvreté fédéral mais vivent dans des États qui ont refusé l'extension du programme Medicaid. Donc, en dépit de l'Obamacare, il est estimé que 29 millions de personnes pourraient rester non assurées d'ici 2018, terme prévu de la pleine application de la loi de réforme de la santé (ACA), un score pas trop éloigné de l'objectif initial qui était de réduire le nombre de non-assurés de 52 à 23 millions (Sauviat, Sommeiller, 2010).

Vers une augmentation du prix des primes et une concentration du secteur de l'assurance santé

L'ACA était supposé non seulement élargir la couverture santé à davantage de résidents mais aussi diminuer les coûts de l'assurance ¹ en introduisant la concurrence sur les marchés des États. La loi n'oblige cependant pas les assureurs à offrir toute la gamme de leurs plans de santé disponibles à l'ensemble des États. Il y a donc de grandes variations selon les régions géographiques et

les États quant au nombre de compagnies d'assurance participant aux nouveaux marchés réglementés, quant au nombre de polices d'assurance proposées et quant à la distribution des primes d'assurance en termes de prix. Chaque État a le pouvoir de décider du nombre de régions couvertes par les marchés réglementés et des aires géographiques couvertes au sein de chaque région. Les régions rurales sont moins attractives pour les assureurs qui demandent des primes en général plus élevées aux résidents (Dickstein *et al.*, 2015).

Il en résulte une grande disparité des prix. Beaucoup d'assureurs ont au début proposé des polices d'assurance à des prix plutôt bas pour capter une part du marché mais rien n'indique que ces prix soient soutenables à long terme. D'ailleurs, les polices d'assurance les moins chères en 2014 ont vu le prix de leurs primes augmenter fortement en 2015 et un assureur à but non lucratif parmi les 23 existants créés par l'ACA pour accroître la concurrence, CoOpportunity Health, est en liquidation dans plusieurs États (Colorado, Iowa, Nebraska) à cause de pertes provoquées par des prix fixés à un niveau trop bas au départ.

Un peu partout, les primes des polices d'assurance augmentent (Cox *et al.*, 2015). Le régulateur de l'assurance santé en Oregon a approuvé, après deux années de croissance modeste, une augmentation des primes de 25,6 % en 2016, arguant qu'elle était nécessaire pour maintenir à flot les compagnies d'assurance concernées qui risquaient sinon de faire faillite. Selon une étude du National Bureau of Economic Research (NBER), les

1. Il importe de rappeler que les dettes médicales comptent pour plus de la moitié de l'endettement des Américains et 43 millions d'entre eux font défaut sur ce type de dettes, ce qui porte atteinte à leur historique de crédit et ce faisant, à leur possibilité d'emprunt bancaire dans le futur (*credit report*).

individus qui ont obtenu une couverture en argent ou en bronze sur le marché individuel de l'assurance ont vu leur prime et leur reste à charge augmenter de 14 à 28 %. Il est estimé que ce reste à charge des assurés après paiement des primes est de 13 200 dollars par an (11 746 euros) pour une police d'assurance couvrant la famille achetée sur les marchés réglementés d'assurance ¹. Il a d'ailleurs été estimé dans une enquête menée par Gallup qu'un Américain sur trois en 2014 a différé (pour lui ou un membre de sa famille) le recours aux soins médicaux à cause de leurs coûts ².

Parallèlement à cette augmentation tendancielle du prix des primes, on assiste à un mouvement de concentration oligopolistique dans l'assurance santé, avec des rapprochements sous la forme d'offres publiques d'achat (OPA) qui concernent les cinq premières compagnies d'assurance du secteur de la santé, toutes cotées en Bourse : UnitedHealth Group (chiffre d'affaires de 130,5 milliards de dollars, soit 116,1 milliards d'euros), Anthem (73,9 milliards de dollars, soit 67,8 milliards d'euros), Aetna (58 milliards de dollars, soit 51 milliards d'euros), Humana (48,5 milliards de dollars, soit 43,3 milliards d'euros) et Cigna (34,9 milliards de dollars, soit 31,1 milliards d'euros). Ainsi, Anthem a annoncé fin juillet 2015 l'acquisition de Cigna, une OPA qui s'avère la plus grosse jamais survenue dans le secteur de l'assurance santé. Aetna et Humana ont de leur côté annoncé leur intention de fusionner. Tous ces changements sont évidemment dus en partie à l'ACA, qui pousse les acteurs majeurs de l'industrie à fusionner pour

abaisser leurs coûts et consolider leur pouvoir de marché. La recherche de taille leur permet de mieux négocier avec les offreurs de soins (hôpitaux et médecins), lesquels sont en conséquence poussés également à se rapprocher. Le nombre de fusions d'hôpitaux a en effet beaucoup augmenté : en 2014, il est 50 % plus important qu'en 2009, soit juste un an avant l'adoption de la loi. Les hôpitaux sont également en train d'absorber des groupements de médecins, pour en faire des salariés ³. Si l'Obamacare a aussi pour but d'introduire plus de concurrence sur le marché de l'assurance santé, il n'est pas sûr que ce mouvement de concentration, qui va ramener le nombre de gros opérateurs à trois au lieu de cinq, aille dans le sens voulu par l'administration. Les autorités de régulation *antitrust* devraient d'ailleurs examiner de très près ces opérations avant de les approuver, compte tenu de la taille des compagnies d'assurance concernées.

Conclusion

L'Obamacare reste un enjeu qui divise profondément les Américains et leurs élus, et ce de manière assez stable dans le temps. Deux des candidats à la présidence, Hillary Clinton et Jeb Bush, n'ont d'ailleurs pas tardé à exploiter la dernière décision de la Cour suprême, montrant qu'il ne faudra pas attendre longtemps avant que cette loi portant réforme du système d'assurance santé ne redevienne un enjeu électoral de taille. Il le reste en tous les cas pour les républicains qui, même après cette décision, n'ont pas dit leur dernier mot. Ils continueront de se

1. A.W. Gaffney, « Obamacare and Its Discontents », *In these Times*, March 25, 2015.

2. L. Radnofsky, « U.S. Health-Spending Growth Jumped to 5.5 % in 2014 », *The Wall Street Journal*, July 28, 2015.

3. « ObamaCare's Oligopoly Wave », *The Wall Street Journal*, June 19, 2015.

battre sinon pour l'abrogation de la loi, du moins pour son démantèlement pièce par pièce. Leurs prochaines cibles pourraient être la remise en cause de la taxe de 2,3 % imposée aux fabricants de matériel médical, l'une des mesures visant à financer la loi ou encore celle de la définition du temps plein retenu par l'ACA, soit au moins 30 heures de travail par semaine, en deçà duquel les employeurs ne sont pas tenus d'appliquer la loi (Sauviat, 2014). Cette bagarre devrait d'ailleurs s'illustrer dans le prochain débat budgétaire qui va commencer fin septembre 2015, avec des propositions de coupes dans le budget de Medicaid.

Mais la menace la plus sérieuse reste à venir. Elle consiste en de nouvelles dérogations aux obligations standards de Medicaid, que les États pourront mettre en place à partir de 2017, voire avant si le Congrès devait le décider. Contrairement à celles déjà en cours mentionnées dans cet article (section 1115) qui, bien qu'introduisant de la flexibilité pour les États dans la façon de se conformer aux objectifs de l'ACA, reposent néanmoins sur des buts et des valeurs partagées par tous (opposants comme partisans de l'ACA), ces nouvelles dérogations (section 1332, Waivers for State Innovation) porteront cette fois sur les mesures centrales de la loi (telles que les paniers de soins de base offerts, ou bien encore l'obligation d'avoir un marché réglementé, de s'assurer pour l'individu et de proposer une couverture santé pour l'employeur, etc.). Le Parlement du Vermont a ainsi préparé une demande d'exemption de ce type pour établir un système de caisse unique, que le gouverneur de l'État, qui l'avait pourtant appelé de ses vœux, a décidé de suspendre fin 2014, compte tenu du coût supplémentaire estimé d'une telle mesure

pour ses administrés (entreprises et assurés). Mais ces dérogations pourront aussi permettre à des États conservateurs de choisir des options allant à l'encontre même des principes de base de l'ACA.

Sources :

Cohen R., Martinez M. (2015), *Health Insurance Coverage: Early Released of Estimates from the National Health Interview Survey*, 2014, US Department of Health and Human Services, National Center for Health Statistics, June.

Cox C., Ma R., Claxton G., Levitt L. (2015), « Analysis of 2016 Premium Changes and Insurer Participation in the Affordable Care Act's Health Insurance Marketplaces », *Issue Brief*, The Kaiser Family Foundation, June.

Dickstein M.J., Duggan M., Orsini J., Tebaldi P. (2015), « The Impact of Market Size and Composition on Health Insurance Premiums: Evidence from the First Year of the ACA », *NBER Working Paper*, n° 20907, January.

Majerol M., Newkirk V., Garfield R. (2015), « The Uninsured: A Primer. Key Facts about Health Insurance and the Uninsured in America », *Report*, The Kaiser Family Foundation, January.

Rudowitz R., Artiga S., Musumeci M. (2015), « The ACA and Medicaid Expansion Waivers », *Issue Brief*, The Kaiser Family Foundation, Updated February.

Sauviat C. (2014), « États-Unis. 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, septembre, p. 3-18.

Sauviat C., Sommeiller E. (2010), « États-Unis. Une réforme de la santé en demi-teinte », *Chronique internationale de l'IRES*, n° 124, mai, p. 1-13.

Wishner J., Holahan J., Upadhyay D., McGrath M. (2015), *Medicaid Expansion, the Private Option, and Personal Responsibility Requirements: The Use of Section 1115 Waivers to Implement Medicaid Expansion Under the ACA*, Urban Institute, May.