



Obamacare : genèse, bilan, futur

Thomas Rapp

DANS **POLITIQUE ÉTRANGÈRE 2017/3 Automne** , PAGES 139 À 151
ÉDITIONS **INSTITUT FRANÇAIS DES RELATIONS INTERNATIONALES**

ISSN 0032-342X

ISBN 9782365677202

DOI 10.3917/pe.173.0139

Date de mise en ligne : 06/09/2017

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-politique-etrangere-2017-3-page-139?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Institut français des relations internationales.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur [cairn.info/copyright](https://shs.cairn.info/revue-politique-etrangere-2017-3-page-139?lang=fr).

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

Obamacare : genèse, bilan, futur

Par **Thomas Rapp**

Thomas Rapp est maître de conférences à l'université Paris Descartes, Sorbonne Paris Cité, et co-titulaire de la chaire Économie de la santé et du vieillissement. Il est par ailleurs *Harkness Fellow* à l'université Harvard.

L'*Affordable Care Act* (ACA), plus connu sous le nom d'Obamacare, est une réforme ambitieuse du système de santé américain. Entrée en vigueur en 2010, elle vise d'une part à élargir l'accès à l'assurance santé et d'autre part à réorganiser la distribution des soins. 25 millions d'Américains ont ainsi pu obtenir une assurance santé. Le bilan de cette réforme est néanmoins mitigé. Donald Trump a engagé un processus de retrait de l'ACA. Il n'est toutefois pas certain qu'il parvienne à ses fins.

politique étrangère

L'*Affordable Care Act* (ACA) promulgué le 30 mars 2010 est une réforme complexe et sans précédent du système de soins américain menée par l'administration Obama. Elle ne correspond pas à l'introduction d'une assurance maladie universelle, mais plutôt à une refonte complète de l'offre de soins aux États-Unis. Son objectif est d'élargir l'accès aux soins d'une partie de la population américaine, jusqu'ici exclue du système de santé, et comme son nom l'indique, de rendre les soins plus abordables.

Pour comprendre la genèse de l'ACA, il est utile de se pencher sur l'un des problèmes de santé publique majeurs de l'Amérique au moment de la campagne de 2008 : celui des larges inégalités de santé, notamment pour les patients issus des minorités. Ces inégalités se sont aggravées depuis les années 1990, et touchent principalement les patients afro-américains. Ces derniers sont en moins bonne santé et présentent des taux de mortalité plus élevés que les autres patients. Ce qui s'explique par deux raisons majeures : d'une part ils ont moins accès aux soins et à l'assurance santé ; d'autre part, ceux qui accèdent au système de santé bénéficient souvent de soins de moindre qualité.

Un exemple représentatif de ces inégalités est celui de l'accès aux soins pour les cancers du côlon, troisième cancer le plus diagnostiqué aux États-Unis au moment de la campagne présidentielle de 2008. Si certaines chimiothérapies sont efficaces pour lutter contre cette maladie, l'accès au diagnostic est primordial pour la détecter et prendre en charge les malades suffisamment tôt. Or l'on constate, depuis les années 1990, que les patients afro-américains ont un accès plus réduit aux diagnostics et aux chimiothérapies, et ce même dans la population couverte par Medicare¹, c'est-à-dire ceux dont les dépenses de santé sont couvertes par un mécanisme d'assurance publique.

Certes, quelques actions publiques de sensibilisation sur l'existence de ces inégalités ont été entreprises par les administrations Bush (père) puis Clinton, et ont permis de réduire certaines inégalités d'accès aux spécialistes². Dès 2002, les taux d'accès aux oncologues deviennent presque identiques entre les différentes populations de patients. Mais au moment où Barack Obama achève sa première campagne présidentielle, on observe un phénomène de creusement des inégalités pour l'accès à la chimiothérapie³. L'accès réduit à une couverture d'assurance santé – notamment dans la population afro-américaine – pèse en effet sur l'accès à des traitements dont les coûts sont importants. De même, les personnes âgées de plus de 80 ans, bien qu'assurées sous le régime Medicare, ont un accès réduit à ces soins, sans que cela soit justifié par une efficacité réduite des traitements⁴.

Ainsi, au cours de la campagne de 2008, le plan stratégique de réforme de santé « Obama-Biden », prélude de l'ACA, présente l'élimination des inégalités de santé et l'amélioration de l'accès à l'assurance santé comme deux priorités. L'administration Obama doit donc répondre à un double défi : réformer le fonctionnement de l'offre de soins pour améliorer l'accès à des soins de qualité pour tous, et donner les moyens aux minorités et aux populations les moins aisées d'accéder à une couverture santé. La crise économique de 2008 contribue à faire émerger un troisième enjeu pour la politique de santé : les États-Unis font face depuis les années 1990 à une accélération significative du taux de

1. A. Davidoff *et. al.*, « Trends in Disparities in Receipt of Adjuvant Therapy for Elderly Stage III Colon Cancer Patients: The Role of the Medical Oncologist Evaluation », *Medical Care*, n° 47, p. 1229-1236, 2009.

2. S. Siegel, E. Moy et H. Burstin, « Assessing the Nation's Progress toward Elimination of Disparities in Health Care », *Journal of General Intern Medicine*, 2004, n° 19, p. 195-200.

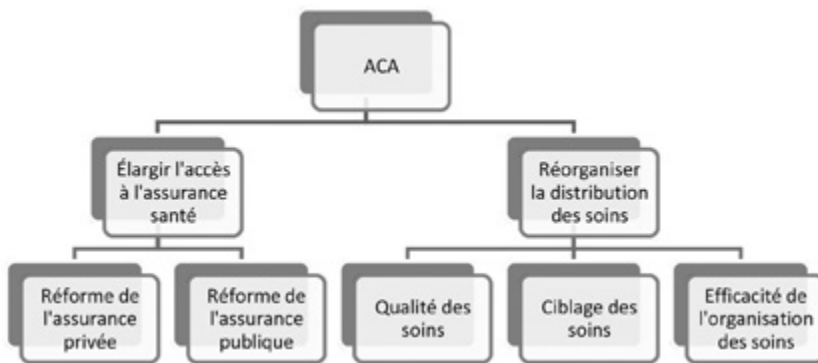
3. A. Davidoff *et. al.*, « Trends in Disparities in Receipt of Adjuvant Therapy For Elderly Stage III Colon Cancer Patients: The Role of the Medical Oncologist Evaluation », *op. cit.*

4. I. Zuckerman *et. al.*, « Effect of Age on Survival Benefit of Adjuvant Chemotherapy in Elderly Stage III Colon Cancer Patients », *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 57, p. 1403-1410, 2009.

croissance des dépenses de santé, alors que la crise réduit sensiblement leur capacité de financement. Pour mener à bien sa réforme, l'administration Obama doit donc aussi tenter de réduire drastiquement et durablement les coûts de fonctionnement du système de santé. Le défi posé est donc majeur.

Une réforme très ambitieuse

L'ACA repose sur deux axes principaux : l'élargissement de l'accès à l'assurance santé, et la réorganisation de l'offre de soins. Sa mise en œuvre mobilise des outils d'incitation variés, comme des déductions fiscales, des abondements fédéraux pour les dépenses de soins engagées par les États, et des pénalités financières pour les acteurs du marché qui ne se conforment pas aux exigences de la réforme. Le graphique suivant illustre les grands axes et objectifs de l'ACA⁵.



Premier axe de l'ACA : élargir l'accès à l'assurance santé

L'ACA met en avant la responsabilité des individus pour souscrire à une assurance santé minimale, et l'obligation des entreprises de proposer un choix minimal de couverture. Elle prévoit deux principaux mécanismes d'incitation. Le premier est la mise en place de pénalités financières poussant à respecter l'obligation d'assurance. Au niveau individuel, la pénalité peut aller jusqu'à 2 085 dollars. L'obligation d'assurance est contrôlée dans les déclarations fiscales des Américains, qui doivent indiquer à quelle couverture d'assurance ils ont adhéré au moment de leur déclaration annuelle d'impôt sur le revenu. Néanmoins, certaines exemptions

5. Notre description de l'ACA s'appuie notamment sur la description exhaustive publiée par le Commonwealth Fund : « Fund Health Reform Resource Center and Timeline », disponible sur : www.commonwealthfund.org.

sont prévues, notamment pour les personnes qui n'ont pas pu avoir accès à une assurance au coût inférieur à 8 % de leur revenu. Les entreprises de plus de 50 salariés s'exposent également à une pénalité financière pouvant aller jusqu'à 2 000 dollars par employé, si elles ne leur proposent pas une couverture d'assurance santé. Le second mécanisme consiste en des déductions fiscales, dont l'objectif est de garantir l'accessibilité aux plans d'assurance santé des ménages les moins aisés. Des crédits d'impôts sont prévus pour les entreprises de moins de 25 salariés qui offrent des plans de couverture médicale. Les très petites entreprises (moins de 10 salariés) se voient proposer des exemptions fiscales dès lors qu'elles contribuent au paiement des primes d'assurance de leurs salariés. Au niveau individuel, sont prévues les déductions fiscales des primes d'assurance et des plafonds de reste à charge pour les ménages les moins aisés.

Les souscriptions et les échanges des contrats d'assurance sont réalisés sur des « places de marché ». Elles ont un double rôle : garantir l'intégrité financière du marché de l'assurance santé au niveau de chaque État, et évaluer si les plans proposés présentent une couverture minimale. En effet, les plans proposés doivent couvrir au moins 60 % des frais médicaux pour dix catégories de soins « essentiels » définis par la loi : ambulatoires, urgence, hospitalisation, maternité, prescriptions médicamenteuses, santé mentale, analyse médicale en laboratoires, réhabilitations et services pédiatriques. Les plans de santé doivent aussi couvrir des actes de prévention comme les vaccins, tests de dépistage, bilans de santé recommandés par les différents organismes de santé publique fédéraux, sans reste à charge pour les assurés.

L'ACA prévoit une surveillance étroite de la santé financière des « places de marché », notamment par la mise en place d'un « ratio de perte médicale » pour les plans d'assurance publics et privés. Ce ratio permet d'évaluer la part du budget des plans allouée aux dépenses administratives ou aux dépenses inutiles, c'est-à-dire qui ne contribuent pas à améliorer la qualité de vie des patients. Les plans qui ne consacrent pas au moins 85 % de leur budget aux dépenses médicales améliorant la qualité de vie des patients s'exposent ainsi à des sanctions. La réforme prévoit également la création d'un droit d'accise de la couverture santé, au-delà de certains niveaux de coût des plans d'assurance, ou encore d'une évaluation annuelle du taux de croissance des primes d'assurance, pour interdire des hausses de plus de 10 %.

En outre, l'ACA cherche à renforcer la protection des assurés, notamment de ceux qui souscrivent pour la première fois à une assurance santé. Les pratiques des assureurs privés sont plus encadrées. Ils ont,

par exemple, l'interdiction de sélectionner les individus présentant les risques de dépenses de santé les plus faibles, en leur proposant des plans d'assurance santé plus avantageux, de limiter la couverture des soins au-delà d'un certain âge ou d'un certain montant annuel de dépenses de santé, ou encore d'induire toute autre forme de discrimination, comme celles relatives à des maladies antérieures. Certaines mesures ont également pour objectif de faciliter les périodes de transition de la vie, au cours desquelles les assurés sont particulièrement vulnérables : une dotation publique de 5 milliards de dollars pour soutenir la réassurance temporaire des jeunes retraités par leurs anciens employeurs ; ou encore le report de l'âge limite (à 26 ans) au-delà duquel les enfants ne peuvent plus bénéficier de l'assurance santé de leurs parents.

L'encadrement des assureurs privés

L'ACA prévoit aussi d'accroître la dotation financière des deux programmes fédéraux d'assurance publique : Medicaid, le programme de financement des soins pour les plus pauvres, et Medicare, le programme pour les retraités. Cet effort cible deux groupes d'assurés en particulier : les personnes assurées doublement par Medicaid et Medicare – communément appelés les *duals* –, et les assurés Medicare confrontés à la situation dite de *Donut Hole*. D'une part, les *duals* représentent un groupe de patients aux besoins de santé importants : ce sont souvent des assurés Medicare en situation de dépendance, pour lesquels le programme Medicaid prend en charge les dépenses de long terme liées à des services d'aide à la personne. La solution apportée par l'ACA consiste à permettre à ces individus de bénéficier d'une aide plus personnalisée, notamment en augmentant la part des financements publics allouée aux services d'aide à la personne dans une communauté donnée, et en réduisant celle allouée aux soins institutionnels. D'autre part, la situation dite de *Donut Hole* correspond à l'absence de couverture pour les assurés Medicare qui font face à des prescriptions dont les montants sont compris entre 2 800 et 4 550 dollars. L'ACA prévoit un objectif ambitieux : atteindre un montant de reste à charge correspondant à 25 % du coût des médicaments, quel que soit le montant de la facture de l'ordonnance, d'ici à 2025.

La réforme prévoit enfin l'expansion du programme Medicaid, en abaissant les seuils de pauvreté requis au niveau fédéral pour définir son éligibilité, et en proposant un abondement fédéral de certaines dépenses réalisées par les États, afin d'accroître sa générosité. Cette expansion est notamment mise en place dans le cadre du *Balancing Incentive Program* (BIP), introduit dès 2012. Cette mesure prévoit une

incitation financière aux États qui s'engagent à accroître la générosité de la couverture Medicaid pour les soins de long terme, à améliorer l'accès aux soins à domicile, et à mieux intégrer les soins médicaux et non médicaux. Au total, 2,4 milliards de dollars sont investis dans le programme sous forme d'un abondement fédéral aux dépenses engagées par les 21 États sélectionnés pour le programme⁶, ce qui représente un effort financier considérable.

Deuxième axe de l'ACA : réorganiser la distribution des soins

L'ACA prévoit un investissement de 11 milliards de dollars pour améliorer trois aspects de la distribution des soins médicaux : leur qualité, leur ciblage et leur efficacité.

Sept objectifs prioritaires sont fixés pour améliorer la qualité des soins : créer de nouvelles mesures individuelles d'efficacité des soins, identifier les zones où l'amélioration de la qualité des soins est possible, réduire les disparités de qualité, renforcer l'intégration des soins financés par Medicaid et Medicare, accroître le recours aux données de santé, améliorer l'offre pour les patients atteints de plusieurs co-morbidités, perfectionner la dissémination des recommandations de « bonnes pratiques » définies au niveau fédéral, et enfin réduire les inégalités d'accès aux soins. L'ACA promeut le recours à des outils innovants, souvent issus des nouvelles technologies, comme la création d'un site internet permettant de comparer la qualité et la performance de l'offre de soins produite par les médecins, ou encore le recours au *Big Data*.

L'offre sanitaire doit désormais mieux cibler certaines populations de malades, aux besoins de santé importants, et qui font face à des coûts de santé élevés. Plusieurs catégories de patients sont ciblées : les *duals*, qui font généralement face à des problèmes de coordination entre Medicaid et Medicare ; les femmes, à travers notamment la mise en place de programmes de prévention de maladies comme le cancer du sein ; les personnes âgées dépendantes et leur entourage, qui font face à une forte fragmentation de l'offre de soins et services de long terme ; et les

6. Le programme est ouvert entre le 1^{er} octobre 2011 et le 30 septembre 2015. La participation des États est libre, mais conditionnée à un plan de réforme et à un engagement de consacrer entre 25 % et 50 % des dépenses Medicaid en direction des soins de long terme dispensés à domicile. Au final, 21 États sont sélectionnés pour participer au programme : l'Arkansas, le Connecticut, la Georgie, l'Indiana, l'Iowa, le Kentucky, la Louisiane, le Maryland, le Mississippi, le Missouri, le New Hampshire, le New Jersey, New York, le Texas, l'Illinois, le Maine, l'Ohio, le Nevada, le Massachusetts, la Pennsylvanie et le Nebraska. L'objectif est en termes de santé publique de maintenir l'autonomie des personnes âgées résidant dans les États, en leur proposant à un accès étendu à des services d'aide à domicile. Pour une description complète du programme, voir sur : <www.balancingincentiveprogram.org>.

minorités, à travers l'accroissement de l'effort mené pour trouver des solutions aux problèmes de disparités d'accès aux soins auxquels elles sont confrontées.

L'ACA prévoit enfin de recentrer l'offre de soins sur les intérêts des patients. Elle introduit les Accountable Care Organizations (ACOs), entités regroupant plusieurs acteurs du système de soins (hôpitaux, institutions, soins primaires) pour favoriser le suivi des patients, la coordination et l'intégration des soins. Deux objectifs principaux sont poursuivis : engager les patients et leurs aidants familiaux dans l'organisation de l'offre de soins primaires, et développer l'offre de soins et services d'aide à domicile. Les modes de rémunération des soins sont également modifiés, à travers l'introduction de programmes de paiement à la performance pour certains soins hospitaliers particulièrement coûteux, notamment en cancérologie.

Le bilan mitigé de l'Obamacare

Des succès indéniables, mais fragiles

L'ACA a permis à plus de 25 millions d'Américains d'obtenir une assurance santé, avec environ 16,5 millions de néo-accédants⁷. Elle a aussi contribué à réduire les dépenses de santé. Après cinq années, sa mise en place coïncide avec une baisse régulière du taux de croissance des dépenses de santé publiques et privées aux États-Unis, qui pourrait conduire à une économie totale cumulée de 2,9 billions de dollars si elle était maintenue jusqu'à 2024⁸. À de nombreux égards, cette baisse des dépenses semble liée au développement des ACO, qui ont permis de mieux intégrer les parcours de soins des malades⁹.

Néanmoins, ces succès restent fragiles. La croissance des primes de santé observée au cours de l'année 2017 fait craindre un ralentissement du taux d'accès à l'assurance santé dans la population non encore assurée. Par ailleurs, on assiste pour l'année 2017 à un retour du taux de croissance des dépenses de santé à leur niveau d'avant la crise de 2007. Selon C. Schoen, trois facteurs pourraient maintenir cette tendance : l'explosion des coûts administratifs observés dans le secteur

7. D. Blumenthal, « Testimony: The Affordable Care Act at Five Years », *The Commonwealth Fund*, mars 2015, disponible sur : <www.commonwealthfund.org>.

8. C. Schoen, « The Affordable Care Act and the U.S. Economy: A Five-Year Perspective », *The Commonwealth Fund*, février 2016, disponible sur : <www.commonwealthfund.org>.

9. M. McClellan, S. L. Kocot et R. White, « Medicare ACOs Continue To Show Care Improvements — And More Savings Are Possible », *Health Affairs Blog*, 5 novembre 2015, disponible sur : <<http://healthaffairs.org>>.

de la santé, l'apparition de nouvelles thérapies médicamenteuses aux prix très élevés pour certaines maladies (hépatite C, cancer, etc.), et un accroissement des mouvements de fusion-acquisition dans le secteur des industries de santé, qui est de nature à exercer une pression à la hausse sur les prix et à réduire l'offre¹⁰.

Le cas du *Balancing Incentive Program*

Si les premiers résultats de l'ACA sont sensibles à l'évolution de la conjoncture (hausse des taxes et de certains prix), l'évaluation économique de certaines mesures permet d'apprécier son impact dans une plus longue perspective. En particulier, on dispose aujourd'hui du recul suffisant pour mesurer l'impact de l'une des mesures phares, le BIP.

Mesurer les performances des États

L'efficacité de cette mesure peut être explorée à l'aide des données de l'enquête Health and Retirement Study (HRS¹¹), qui permet un suivi longitudinal du niveau d'autonomie des personnes âgées aux États-Unis. Pour ce faire, il est utile de distinguer deux catégories d'États¹² : ceux qui présentent une très bonne performance dans la délivrance des soins de long terme au moment de l'introduction du BIP, et ceux qui sont classés parmi les moins performants. La performance est ici définie par cinq dimensions : l'accès aux soins, la diversité des choix, la qualité des soins, le soutien proposé aux familles d'aidants, et l'efficacité des transitions entre la communauté, les hôpitaux et les institutions spécialisées¹³.

Le graphique suivant montre que dans les États les plus performants, la mise en place du BIP à partir de 2012 a eu un impact significatif sur les chances de maintien de l'autonomie dans la population âgée. En effet, avant la mise en place du BIP, la proportion de personnes autonomes évolue parallèlement dans les États sélectionnés ou non pour le BIP. En revanche,

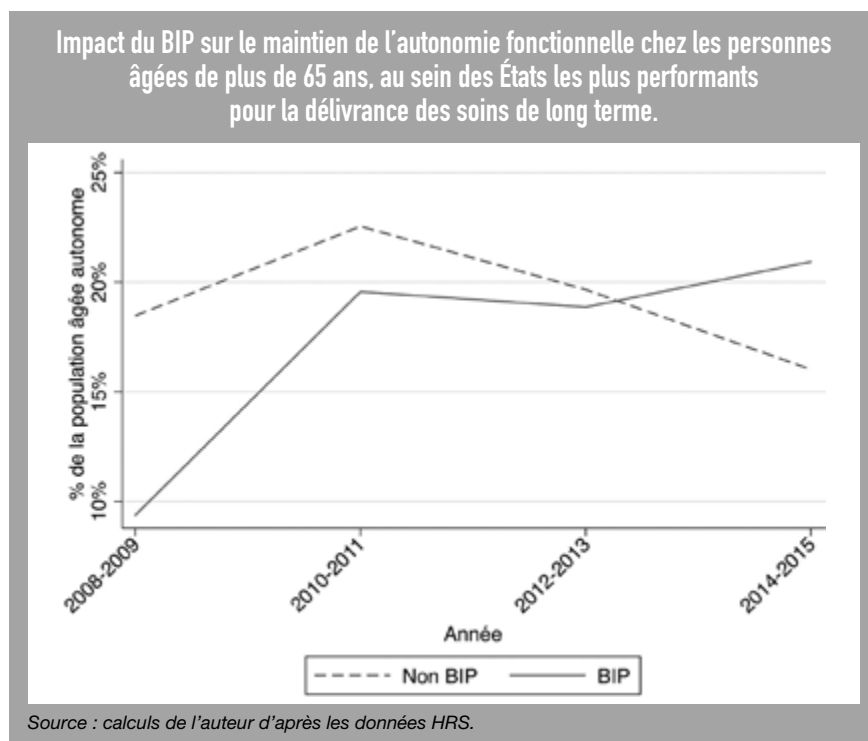
10. C. Schoen, « The Affordable Care Act and the U.S. Economy: A Five-Year Perspective », *op. cit.*

11. Les données de l'enquête sont disponibles sur : <<http://hrsonline.isr.umich.edu>>.

12. S. C. Reinhard *et al.*, « Raising Expectations. A State Scorecard on Long-Term Services and Supports for Older Adults, People with Physical Disabilities, and Family Caregivers », AARP, The Commonwealth Fund, The Scan Foundation, 2014, disponible sur : <<https://assets.aarp.org>>.

13. À noter qu'en comparant les caractéristiques (âge, origine ethnique, habitudes de santé, genre, niveau d'éducation et niveau de santé général) des individus résidant dans les deux groupes d'États au moment de l'introduction de la mesure, on remarque qu'ils sont homogènes, ce qui permet de les comparer. « Au sein des États les plus performants, on peut ainsi comparer les taux de maintien de l'autonomie fonctionnelle chez les personnes âgées de plus de 65 ans dans le Connecticut et le Maine (bénéficiaires du BIP) avec les taux de maintien de l'autonomie fonctionnelle observés en Alaska, Californie, Colorado, District of Columbia, Hawaii, Minnesota, Oregon, Vermont, Washington et Wisconsin. Au sein des États les moins performants, on peut comparer les deux groupes suivants : Arizona, Floride, Indiana, Mississippi, et Ohio (bénéficiaires du BIP), avec Alabama, Dakota du Nord, Oklahoma, Tennessee, Utah, et Virginie-Occidentale ».

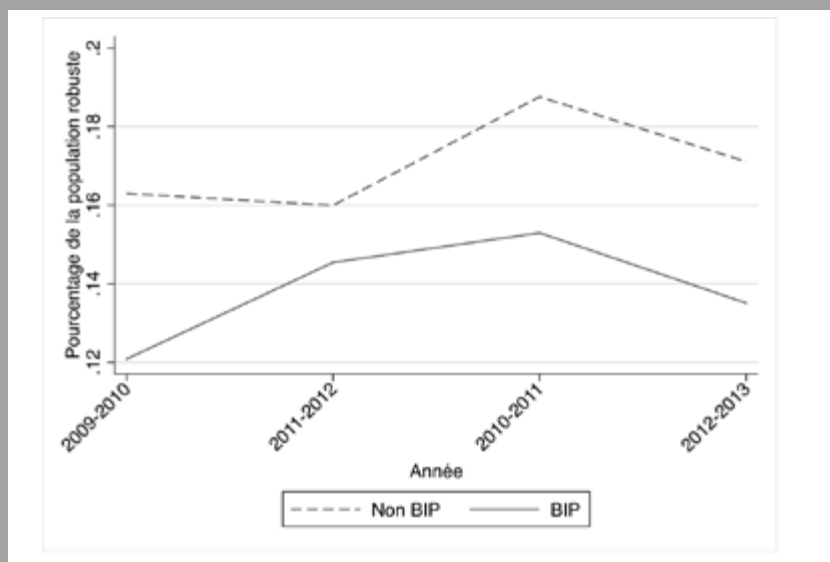
on observe un croisement des trajectoires au moment de la mise en place de la réforme : la proportion de personnes âgées robustes s'accroît dans les États sélectionnés pour le programme, alors qu'elle poursuit son déclin avec le temps dans les autres États. Selon nos calculs, le BIP a permis d'augmenter les chances d'un maintien de l'autonomie des personnes âgées de 9,1 % entre 2012 et 2015, et ce indépendamment des caractéristiques des individus, des différences (démographiques, politiques, économiques, etc.) entre États impliqués dans l'analyse, ou encore des effets liés à la conjoncture.



Le BIP a donc eu un impact significatif pour les États qui avaient déjà entrepris avec succès une transformation de leur offre de soins de long terme, notamment à travers la mise en place de réformes structurelles visant à réduire leur fragmentation.

En revanche, le graphique suivant montre que le BIP n'a pas produit d'effets significatifs pour les autres États, dans lesquels l'organisation de l'offre de soins et services de long terme est moins performante. En d'autres termes, le BIP a certainement été un catalyseur pour les États ayant entrepris des réformes avant la mesure, mais n'a pas encore produit d'effets significatifs pour les autres États.

Impact du BIP sur le maintien de l'autonomie fonctionnelle chez les personnes âgées de plus de 65 ans, au sein des 12 États les moins performants pour la délivrance des soins de long terme.



Source : calculs de l'auteur d'après les données HRS.

Deux explications – représentatives du succès et de certaines limites de l'ACA – peuvent être avancées. En premier lieu, les soins de long terme à domicile sont très chers et restent inabordables dans la plupart des États, et ce malgré l'accroissement des montants d'aide publique. En particulier, de nombreux patients issus des classes moyennes ne peuvent toujours pas s'offrir une assurance de soins de long terme et restent inéligibles au programme Medicaid parce qu'ils sont trop riches. Dans les États les moins performants, le taux d'assurés pour les soins de long terme est en effet de seulement 22 %, contre 68 % dans les États les plus performants¹⁴. Si l'ACA prévoit un assouplissement des règles d'éligibilité pour Medicaid, cette volonté a été freinée par un arrêt de la Cour suprême. Initialement, les États avaient l'obligation de respecter un seuil d'éligibilité de Medicaid fixé à 133 % du seuil de pauvreté, mais la Cour suprême a rendu cette obligation facultative en 2012. Les États gardent ainsi une grande liberté pour fixer les autres règles d'éligibilité du programme Medicaid, et ainsi

14. S. C. Reinhard et al., « Raising Expectations. A State Scorecard on Long-Term Services and Supports for Older Adults, People with Physical Disabilities, and Family Caregivers », *op. cit.*

restreindre le nombre d'assurés. En 2017, seuls 28 États et le district de Columbia ont abaissé les seuils d'éligibilité. Le manque de suivi des États (principalement républicains) de l'ACA a donc considérablement freiné les effets du BIP.

En second lieu, l'allocation des dépenses entre les soins à domicile et les soins en institutions est encore très inéquitable dans les États où l'offre de soins de long terme est la moins performante. On peut donc conclure que le BIP n'a eu un effet significatif qu'au sein des États qui avaient déjà entrepris une réorientation de l'offre de soins vers les services à domicile. Les personnes âgées ont des besoins forts pour des services basiques (comme le portage des repas) mais personnalisés leur permettant de maintenir leurs activités de la vie quotidienne¹⁵. Or, les États les plus performants sont aussi ceux qui ont mis en place des réformes améliorant l'offre de services individualisés. Ils sont aussi ceux qui prévoient un accompagnement des aidants familiaux : ils dépassent les critères fédéraux définis par l'ACA pour améliorer la prise en charge des aidants (congés payés étendus, lutte contre les discriminations, etc.).

L'analyse du BIP permet donc de souligner un élément important du bilan de l'ACA : son impact de long terme dépend fortement des actions complémentaires menées au niveau des États, et de l'adhésion des États à ses principes fondateurs. En effet, la réforme semble avoir très largement et très rapidement bénéficié aux patients des États (plutôt démocrates) ayant mis en place des réformes structurelles de l'offre de soins, en proposant une offre centrée autour des intérêts et des besoins des patients. Pour les autres États, l'effet n'est pas encore visible.

Quel futur pour l'ACA ?

L'ACA est une réforme ambitieuse du marché de la santé américain, et représente à de nombreux égards un progrès sociétal majeur pour un pays où l'étendue de la protection sociale est très restreinte. Au moment où la procédure d'abrogation de l'ACA est entamée par l'administration Trump, il est difficile de prévoir son futur. On peut penser que la présence d'un « effet de cliquet » permettra de maintenir certains progrès permis par cette réforme ; en particulier, l'accès à l'assurance santé est un acquis social sur lequel un nombre limité d'États cherchera à revenir. En revanche, deux problèmes majeurs de l'ACA susciteront certainement des modifications importantes.

15. J. Lynn, « Reliable and Sustainable Comprehensive Care for Frail Elderly People », *JAMA*, n° 310, p. 1935-1936, 2013.

Le premier problème est celui du prix des primes d'assurance, qui s'est accru de 7,5 % au cours de l'année 2016, contre 2,5 % en 2015¹⁶. Cette forte croissance s'explique en partie par une sous-évaluation des primes de risque de la part des assureurs au moment de l'introduction

Vers une hausse des primes d'assurance

de l'ACA. En effet, ceux-ci ne disposaient alors pas d'assez d'éléments fiables pour évaluer le niveau des primes de risque des personnes nouvellement assurées. Sept ans après l'introduction des « places de marché », ils disposent désormais d'assez de données pour réévaluer avec plus de précision les montants de ces primes. Malgré l'encadrement des pratiques, des ajustements à la hausse seront certainement faits à partir de 2017, ce qui contribuera sans doute à accroître le mécontentement des assurés.

Le second problème est celui des pénalités financières liées au non-respect des règles de couverture prévues par l'ACA : l'autre source de mécontentement majeure. À titre d'exemple, seule la moitié des personnes qui se sont rendues sur « les places de marché » en 2014 ont souscrit à un contrat d'assurance. Cette faible proportion s'explique par le fait que la moitié des personnes n'ayant souscrit à aucun contrat déclarent ne pas avoir trouvé de plan d'assurance abordable financièrement¹⁷. Il en résulte qu'un nombre croissant d'Américains fait face à des pénalités liées au non-respect de l'obligation d'assurance, ou au fait qu'ils souscrivent à une assurance ne proposant pas la couverture minimale définie par la loi. Des comportements d'inertie observés sur le marché de la demande d'assurance, et la complexité des plans proposés, contribuent à expliquer que certains ménages ayant souscrit en 2010 un plan non conforme n'ont pas nécessairement modifié leurs choix par la suite. Or ces pénalités se sont fortement accrues : en 2016, elles sont deux fois plus importantes qu'en 2015, et sept fois plus qu'en 2014¹⁸. Cette hausse des impôts sur le revenu lié aux pénalités sera certainement de nature à accroître le désamour de certains Américains pour la réforme.

Le retrait de l'ACA proposé par l'administration Trump, s'il se confirme, aura sûrement des conséquences sanitaires, sociétales et économiques désastreuses. Sur le plan sanitaire, on peut craindre que des millions

16. S. Kliff, « Why Obamacare Premiums Are Spiking in 2016 », 14 décembre 2015, Vox, disponible sur : www.vox.com.

17. S. R. Collins, P. W. Rasmussen et M. M. Doty, « Gaining Ground: Americans' Health Insurance Coverage and Access to Care After the Affordable Care Act's First Open Enrollment Period », *The Commonwealth Fund*, 2014, disponible sur : www.commonwealthfund.org.

18. T. S. Jost, « A Critical Year for the Affordable Care Act », *Health Affairs*, vol. 35, n° 1, 2016, p. 8-11.

d'Américains perdent leur assurance, et donc leur accès aux soins. Sur le plan sociétal, on peut ainsi redouter un nouveau creusement des inégalités lié à un accès réduit aux soins pour les minorités. Enfin, bien qu'ils doivent être considérés avec beaucoup de prudence, les premiers éléments chiffrés montrent que les mesures républicaines représenteraient un coût économique net moyen de 1 744 dollars par an par individu¹⁹.

Désastreux, ce retrait irait à contre-courant de l'histoire récente des politiques de santé américaines. On oublie souvent que plusieurs avancées majeures en matière de politiques de santé aux États-Unis, ces 20 dernières années, ont été réalisées sous des administrations républicaines. La dernière en date, Medicare Part D, avait permis d'élargir la couverture des prescriptions médicamenteuses, notamment pour les personnes âgées dépendantes. Il est donc permis d'espérer qu'une majorité au sein du parti républicain cherche à maintenir certains progrès obtenus par la réforme.



Mots clés

Politiques de santé
Politique publique américaine
Obamacare
Donald Trump

19. D. Cutler, J. Bertko et T. Spiro, «ACA Enrollees' Costs Would Spike under Republican Plans», Vox, 24 février 2017, disponible sur : <www.vox.com>.

