

Obamacare

Une loi toujours contestée

La mise en œuvre de l'Obamacare n'a rien d'une promenade de santé. Cinq ans après sa promulgation, la loi est régulièrement remise en question, au point de voir son avenir menacé pour des raisons techniques, politiques, juridiques et sociétales.

L'Obamacare définit un panier de soins minimum pour chaque assuré et instaure une véritable politique de prévention.



Le "Patient Protection and Affordable Care Act", plus connu sous le nom d'Obamacare, a fêté ses cinq ans le 22 mars dernier. Selon la Maison Blanche, 16 millions d'Américains ont déjà pu bénéficier d'une couverture santé grâce à cette loi, soit près du tiers de la population visée. « Les chiffres continuent d'augmenter à chaque campagne de souscription lancée par les assureurs, mais il n'existe aucune étude de référence en la matière. La multiplicité des sources statistiques, sur un sujet aussi polémique, ne permet pas d'obtenir une vision agrégée de la situation », prévient d'emblée Claire Aubain, inspectrice générale des affaires sociales et conseillère pour les affaires sociales à l'ambassade de France à Washington. Pour des raisons techniques, politiques, juridiques et socié-

tales, la mise en musique du texte va crescendo. Plusieurs dispositions majeures ne sont toujours pas entrées en vigueur, à commencer par l'obligation faite aux entreprises de proposer une assurance santé à leurs salariés¹. D'autres mesures sont également trop récentes pour évaluer leur impact avec précision. C'est notamment le cas de l'obligation individuelle d'obtenir une couverture agréée ou, à défaut, de payer une cotisation au Trésor public.

Des avancées significatives

Les premiers effets de l'Obamacare sont néanmoins perceptibles. L'encadrement du marché de l'assurance privée, totalement libre jusqu'alors, y est pour beaucoup. Les critères de différenciation liés à l'état de santé, au sexe ou à l'âge ont

été assouplis, sinon supprimés. « Les antécédents médicaux ou le degré de gravité d'une maladie ne sont plus rédhibitoires », se réjouit Victor Rodwin, économiste américain de la santé. La hausse du prix des contrats a aussi été plafonnée à 10 % d'une année sur l'autre, sauf autorisation contraire d'une autorité administrative compétente. « Il y a un effet d'égalisation du poids financier de l'assurance, mais toutes ces règles n'ont pas nécessairement eu un impact positif sur l'accès aux soins, commente Claire Aubin. Les compagnies ont réduit le niveau de leurs prestations, accentuant de fait le reste à charge des patients. » Les impécunieux restent donc prisonniers de la médecine des réseaux (voir encadré). Autres innovations significatives : la possibilité offerte aux jeunes Américains d'être couverts par leurs parents jusqu'à 26 ans et la définition d'un panier de soins minimum pour chaque assuré. « La gratuité de certains services de prévention tels que la vaccination et la contraception constitue une réelle avancée sur le plan sanitaire », assure-t-elle.

Bon nombre d'observateurs pensent qu'il s'agit d'une révolution. Les critères d'éligibilité au dispositif public Medicaid ont été étendus aux citoyens les plus pauvres, autrement dit ceux dont les revenus sont inférieurs à 133 % du seuil de pauvreté fédéral. La volonté initiale du législateur n'a pourtant pas été totalement respectée. La mesure a été partiellement invalidée par la Cour suprême en 2012. La plus haute instance juridique du pays estimait alors qu'il appartenait à chaque Etat d'adopter ou non cette réforme. Résultat : 29 l'ont déjà mise en place, 15 l'ont rejetée. Les autres n'ont pas encore

tranché. « Entre trois et neuf millions de personnes ont tout de même pu en profiter », rappelle Claire Aubin.

Des freins multiples

L'imbroglio autour des conditions d'accès à Medicaid illustre toute la problématique de l'Obamacare. L'extrême complexité de la loi, qui comprend plus de 10 000 pages de réglementation, accroît le nombre de recours en justice. Une aubaine pour le camp républicain, opposé à la réforme depuis le premier jour. La voie législative a d'ailleurs été empruntée près de cinquante fois au cours des cinq dernières années pour abroger tout ou partie du texte. « La principale difficulté aura été de bâtir un nouveau système, sans négliger les bases fondatrices du précédent. C'était le seul moyen d'obtenir l'approbation du Congrès. L'idée d'une protection sociale universelle a très vite été abandonnée pour des raisons politiques et culturelles », explique Claire Aubin. D'après le dernier sondage de Kaiser Family, un think tank spécialisé dans les questions sanitaires, 43 % des Américains sont contre la loi, 41 % y sont favorables et 16 % n'ont pas d'avis particulier. « La liberté de choix de son plan de santé est une valeur capitale pour les habitants de ce pays, confirme Victor Rodwin. Une large majorité perçoit l'obligation de s'assurer comme une menace. » Les réticences politiques, juridiques et sociétales s'accompagnent également de difficultés techniques. Le déploiement

des sites publics, qui devaient rassembler toutes les offres des assureurs privés de manière transparente, n'a pas été un long fleuve tranquille. Par méfiance ou par défiance, plusieurs Etats ont refusé de le faire, contraignant ainsi l'administration fédérale à prendre le relais à l'échelon national. Lorsque l'obligation de souscrire une assurance individuelle est devenue effective, le 1^{er} janvier 2014, le site a craqué sous le poids des demandes. Il est resté inopérant durant de longues semaines. « Cet épisode a écorné l'image de marque de la réforme, constate Claire Aubin. Il a donné des arguments supplémentaires à ses détracteurs qui la jugent trop complexe, voire impossible à mettre en œuvre. »

Un avenir menacé ?

Une ombre inquiétante plane sur l'Obamacare. Des millions d'Américains se sont vu accorder un crédit d'impôt pour décrocher une assurance santé à des tarifs plus abordables. Ce « deuxième étage », qui regroupe les personnes dont les revenus sont très légèrement supérieurs aux bénéficiaires du Medicaid, pose aujourd'hui un problème juridique de fond. Là encore, il incombe aux Etats de procéder à la manœuvre via un site internet dédié (34 d'entre eux ne s'y sont pas soumis). Là encore, le gouvernement a pallié le manque. La démarche, perçue comme contraire à l'esprit de la loi, s'est récemment sol-

dé par un nouveau recours devant la Cour suprême. Le verdict est attendu en juin. Il pourrait avoir des conséquences dramatiques. « Sans ces subventions, qui diminuent parfois de moitié le coût de l'assurance, plus de huit millions de personnes risquent de perdre leur couverture santé. Nul ne sait quelle sera la décision des neuf juges, mais la menace est sérieuse. C'est une vraie hypothèse sur l'avenir de la réglementation », redoute Victor Rodwin. Barack Obama pourrait faire usage du droit de veto présidentiel... pour la première fois.

Cinq ans après la promulgation de la loi, les objectifs affichés sont loin d'être atteints. 25 millions d'Américains n'ont toujours pas de couverture santé. L'accès limité au dispositif Medicaid, notamment dans les Etats du Sud, la méconnaissance ou le rejet de l'opinion publique, l'hostilité des républicains et les multiples recours juridiques qui en découlent, sans même parler des milliards de dollars investis, sont autant d'explications. La réforme pourrait bien ne pas survivre au départ du président américain à l'automne 2016. ■

Jonathan Icart

(1) Cette mesure entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Elle concernera les entreprises de plus de 50 salariés.

France/Etats-Unis : si proche, mais si loin...

C'est l'universalité qui fait la différence entre les deux rives de l'Atlantique. « La France a un système centralisé et encadré par la puissance publique. Aux Etats-Unis, tout est décentralisé. Les mécanismes de marché ont une place plus importante*. Un tiers des habitants sont couverts par des dispositifs publics**, mais la gestion est souvent déléguée à des opérateurs privés. La Sécurité sociale prend tout le monde en charge, sans distinction de revenus », explique Claire Aubin, inspectrice générale des affaires sociales et conseillère pour les affaires sociales à l'ambassade de France à Washington.

Dans le domaine du médicament, les différences sont criantes. « Il n'y a pas de dispositif unique de fixation des prix. Ils varient parfois du simple au triple, en fonction du contrat souscrit. Les assureurs négocient directement avec les laboratoires pharmaceutiques », observe Victor Rodwin, économiste américain de la santé. Ceux qui n'ont pas les moyens subissent également les inconvénients des réseaux de soins. « Plus vous avez d'argent, plus le choix de votre médecin s'élargit et les conditions de remboursement s'améliorent », poursuit-il.

« Notre assurance maladie est largement incomprise. Pour les Français, notre organisation est individualiste et privatisée, mais nos modèles ne sont pas si éloignés », estime-t-il encore. L'Obamacare tend à rapprocher les systèmes français et américain, au moins dans leur philosophie. « La santé n'est plus considérée comme un produit commercial pareil à n'importe quel autre », souligne Claire Aubin.

(*) Il y a environ 1 300 assureurs privés sur le sol américain. Parmi eux, 25 compagnies détiennent plus des deux tiers du marché.

(**) Medicare qui couvre les plus de 65 ans (13 % de la population) et Medicaid qui couvre les personnes les plus pauvres (20 % de la population). Crées en 1965 par le gouvernement Johnson, ces deux systèmes d'assurance maladie obligatoire sont financés par l'impôt et les cotisations.