

LA SANTÉ À LA UNE Obamacare, cinq ans après la loi

Victor G. Rodwin

L'Obamacare est la plus importante réforme du système d'assurance santé américain depuis 1965. Sa mise en place a provoqué des controverses sans précédent entre démocrates et républicains. Si beaucoup reste à faire, elle a déjà permis d'étendre la couverture d'assurance maladie, de modifier le financement du système de santé, de mettre en place une réglementation fédérale des assurances privées, et surtout de promouvoir des innovations et des expérimentations visant à moderniser l'offre de soins. Vu de France, il est intéressant de suivre la floraison d'expérimentations en cours aux États-Unis visant à moderniser l'offre de soins : les adaptations des systèmes de paiement des hôpitaux et des médecins et les innovations organisationnelles pour améliorer l'offre de soins.

1. V.G. Rodwin, « L'assurance santé aux États Unis : la réforme Obama », *Les Tribunes de la santé*, n° 28, 75-82, automne 2010.

2. Pew Research Center, « Health care tops the news », 21 juin, 2010 (www.journalism.org/2010/06/21/health-care-tops-news/).

Le Patient Protection and Affordable Care Act (ACA), plus connu sous le nom d'Obamacare, a mis en place la plus importante réforme du système d'assurance de santé américain depuis celle du président Lyndon Johnson, en 1965, qui avait créé une assurance maladie publique pour les personnes âgées (Medicare) et pour les couches sociales les plus défavorisées (Medicaid)¹. Cette réforme, plus encore que celle proposée par le président Clinton en 1993, a provoqué les controverses les plus importantes au sein du Congrès américain, scindé comme jamais depuis la Seconde Guerre mondiale entre républicains et démocrates. Ces controverses ont été reprises à la une de la presse. Entre le 1^{er} juin 2009 et le 31 mars 2010, le débat sur la réforme du système de santé est devenu un sujet prioritaire dans les médias grand public, devançant les articles sur l'économie et la guerre en Afghanistan².

Bien entendu, cette attention portée au système de santé n'a pas duré.

3. Kaiser Family Foundation, « Health News Coverage in the US Media » (<http://kff.org/other/health-news-coverage-in-the-u-s/>).

4. D. Blumenthal *et al.*, « The affordable care act at 5 years », *NEJM*, 2015 (doi:10.1056/NEJMp1503614).

D'une manière générale, la couverture des sujets de santé constitue moins de 4 % du contenu des médias et, dans cette catégorie, la plus grande partie se focalise sur les maladies (42 %), les épidémies possibles ou la contamination de l'alimentation (31 %). Le système de santé, lui, ne représente que 27 % des sujets santé, soit moins de 1 % du contenu des reportages tous sujets confondus³. Néanmoins, le passage de l'ACA en 2010 et les débats idéologiques autour de cette réforme repris à la une de la presse, ont certainement sensibilisé le grand public américain à ce qu'il y avait du nouveau dans leurs systèmes de santé.

L'évaluation de cette réforme serait prématurée en 2015, car les mesures les plus importantes n'ont été mises en œuvre qu'en 2013-14, et certaines dispositions sont encore à venir. Par ailleurs, bien que la Cour suprême ait soutenu cette loi à deux reprises, les républicains tentent encore de l'abroger. Cependant, cette réforme a déjà procédé à un certain nombre d'expérimentations du système de soins qui méritent l'attention des fonctionnaires et professionnels de santé en France. Je me pencherai donc sur ces expérimentations, après un rappel des forces et faiblesses de la réforme.

LES POINTS FORTS DE LA RÉFORME

L'Obamacare a déjà réussi à étendre la couverture d'assurance maladie, à modifier le financement du système de santé, à mettre en place une réglementation fédérale qui s'applique aux assurances privées, et surtout à promouvoir des innovations et des expérimentations visant à moderniser la structure de l'offre de soins.

Une extension de la couverture d'assurance maladie

Entre 2010 et 2014, le nombre d'adultes américains (de 19 à 64 ans) sans assurance maladie est passé de 37 à 29 ou 21 millions, selon les estimations, soit de 20 à 16 ou 11 % de la population d'adultes non couverts par le programme Medicare pour les personnes âgées de 65 ans et plus⁴. Ces résultats sont dus à plusieurs mesures de la loi. Tout d'abord, l'élargissement de la couverture à 3 millions de jeunes par une réglementation obligeant les assureurs privés à couvrir les enfants dépendant des parents jusqu'à l'âge de 26 ans. En second lieu, l'élargissement du programme Medicaid, destiné aux populations les plus défavorisées, grâce à l'extension des droits à un seuil fédéral de pauvreté dans les 28 États qui ont décidé de profiter des subventions de l'État fédéral. Enfin, la mise en place de marchés régulés offrant une couverture de base en assurance maladie et des subventions sous forme de crédit d'impôt pour les personnes dont les revenus peuvent atteindre 400 % du seuil de pauvreté.

L'adoption de l'ACA a permis d'améliorer la protection et la couverture de l'assurance maladie pour plus de 30 millions d'Américains – un chiffre qui dépasse de loin celui des non-assurés (de 7 à 16,4 millions selon les estimations) qui sont actuellement couverts, grâce à l'ACA, par un plan d'assurance maladie.

Une réforme fiscale pour le financement des soins

Depuis 2013, le financement du programme Medicare pour les personnes âgées est modifié. La cotisation prélevée sur les salaires est augmentée (de 1,45 à 2,35 %) et étendue à l'ensemble des revenus individuels supérieurs à 200 000 dollars par an ou aux ménages déclarant un revenu supérieur à 250 000 dollars. Cet impôt représente une rupture avec la politique sociale suivie depuis le président Ronald Reagan, qui a consisté à diminuer l'imposition fiscale des couches sociales les plus favorisées aux États-Unis. L'ACA prélève en même temps un impôt sur les assureurs qui fournissent une couverture particulièrement généreuse (au-delà d'une prime de 27 500 dollars par famille). Cette dernière mesure ne devrait pas entrer en vigueur avant 2018 et risque d'être allégée.

Une réglementation fédérale des assureurs privés

Depuis 2014, tous les assureurs privés sont soumis à une réglementation fédérale interdisant notamment la prise en compte des antécédents médicaux, la mise en place de plafonds de remboursement annuels et imposant un plafond sur les restes à charge des assurés en fonction des revenus. Toutes les assurances offertes sur les marchés régulés sont donc contraintes de couvrir un panier minimum de services, y compris des services de prévention. Il s'agit d'une rupture avec la période antérieure, où la réglementation des assureurs était surtout du ressort des États fédéraux. En ce qui concerne les assurés couverts par Medicare, l'ACA élargit leur couverture en médicaments.

Une modernisation de l'offre de soins médicaux

Si le débat public s'est surtout focalisé sur l'extension de la couverture de l'assurance maladie, qui n'est entrée en vigueur que depuis quelques années, l'ACA a surtout aidé à promouvoir l'innovation du côté de l'offre de soins en finançant, par tranches d'un milliard de dollars par an, un nouveau Center for Medicare and Medicaid Innovation (CMMI). Le CMMI a permis la mise en place d'expérimentations afin de moderniser le système de soins et d'améliorer ses performances. Ces expériences pilotes reflètent une convergence d'idées – plutôt technocratiques – sur lesquelles un consensus s'est largement établi

5. J. Oberlander, R.K. Weaver, « Unraveling from within? The affordable care act and self-undermining policy feedbacks », *The Forum*, 13 (1), 2015.

entre républicains et démocrates. Elles inscrivent des tendances qui auront vraisemblablement le plus grand impact sur le système de santé des États-Unis.

LES FAIBLESSES DE LA RÉFORME

D'un point de vue historique, nous sommes encore loin des objectifs des réformateurs américains qui mènent une campagne depuis le début du siècle pour l'instauration d'un système de protection sociale universelle. Le projet d'un payeur public unique a été abandonné lorsqu'il est apparu que le Parti démocrate lui-même s'y serait opposé⁵. Par ailleurs, la maîtrise de l'augmentation des dépenses de santé n'est pas prise en compte : rien dans la loi ne permet de contrôler les prix, qu'il s'agisse des primes des assurances privées ou des tarifs de remboursement des multiples payeurs privés. Enfin, bien que le panier minimum de services soit fixé, rien n'empêche les assureurs de restreindre les réseaux de médecins et d'hôpitaux où les assurés (qu'ils le soient via leurs employeurs ou via les marchés régulés) sont pris en charge pour leurs soins.

Une couverture incomplète

Bien que le fond de la réforme soit d'inspiration républicaine – étendre la part de marché des assurances privées, favoriser le choix des consommateurs de soins entre des assurances concurrentes offrant, sur un marché régulé, des niveaux de restes à charge variables (un plan bronze, argent, or ou platine) –, le Parti républicain s'est mobilisé pour abroger cette loi après la signature de l'ACA par le président Obama. Un premier recours judiciaire a concerné l'obligation de souscrire à une assurance. La Cour suprême a soutenu cette obligation en la considérant comme un impôt fédéral mais en contrepartie a décidé que l'État fédéral n'avait pas le droit de contraindre les États fédéraux à élargir le programme Medicaid. Seuls 28 d'entre eux ont jusqu'à présent saisi l'option d'étendre le seuil d'éligibilité pour Medicaid et de couvrir ainsi une plus grande partie de leur population très défavorisée. Les États fédéraux qui ont refusé sont les plus pauvres, avec des populations noires et hispaniques qui ont le plus grand besoin d'une couverture d'assurance maladie.

En juin 2015, la Cour suprême a de nouveau soutenu l'ACA par rapport à un deuxième recours judiciaire (*King vs Burwell*) qui concernait la subvention accordée aux personnes dont les revenus peuvent atteindre quatre fois le seuil de pauvreté, et qui souscrivent à une assurance maladie dans un marché régulé mis en place par le gouvernement fédéral. Une interprétation stricte de la loi prétendait que ces subventions ne s'appliquent qu'aux marchés régulés mis en place par les 16 États fédérés et non pas aux marchés organisés par le ministère fédéral dans les autres États fédérés qui ont choisi de ne pas mettre

6. « Health care Supreme Court case: who would be affected? », *New York Times*, 12 mars 2015 (www.nytimes.com).

7. T. Marmor, « Health reform 2010: the missing philosophical premises in the long-running health care debate », *J. Health Politics, Policy and Law*, 36 (3), 2011.

8. National Health Expenditure Accounts, Baltimore, Centers for Medicare and Medicaid Services, 2014 (www.cms.gov).

9. V.R. Fuchs, « The gross domestic product and health care spending », *NEJM*, 369, 2013.

10. D.M. Cutler, N.R. Sahni, « If slow rate of health care spending growth persists, projections may be off by \$770 billion », *Health Affairs*, 32 (5), 841-850, 2013.

11. J. Oberlander, « Throwing darts: Americans' elusive search for health care cost control », *J. Health Politics, Policy and Law*, 36 (3), 2011.

en place leurs propres marchés régulés. Si la Cour suprême avait statué en faveur de l'interprétation stricte de l'ACA, 7,5 millions d'Américains auraient perdu leurs subventions, ce qui aurait rendu leur souscription à l'assurance maladie difficilement soutenable et aurait eu pour conséquence de réduire considérablement la couverture apportée par l'Obamacare⁶.

Une maîtrise des coûts inachevée

Le président Obama a toujours défendu l'ACA en soutenant l'obligation d'une assurance maladie financièrement abordable et la réduction du nombre de personnes sans couverture. Mais il n'a pas mené campagne pour défendre l'extension de la couverture maladie universelle sur la base de principes moraux⁷. L'un des objectifs récurrents était de maîtriser l'augmentation des dépenses de santé (« *to bend the cost curve* »). Dans le même ordre d'idées, on visait à encourager la prévention des maladies et à promouvoir la santé, à moderniser le système de soins et à l'informatiser par le biais des dossiers électroniques.

Il se trouve que la mise en œuvre de l'ACA coïncide avec une diminution des taux de croissance des dépenses de santé aux États-Unis. En mai 2015, on constate qu'entre 2010 et 2013 les dépenses de santé *per capita* ont augmenté de 3,2 % par an, par rapport à une moyenne de 5,6 % par an pendant les dix dernières années⁸. Certains économistes prétendent que ces chiffres sont liés à l'impact de la récession de 2008⁹. D'autres estiment qu'il s'agit d'effets à la fois psychologiques et liés aux mesures en cours sur le système de soins¹⁰. Pour ma part, je constate, tout comme plusieurs observateurs des systèmes de santé dans les pays de l'OCDE, que l'ACA n'a pas introduit les outils de maîtrise des dépenses des systèmes connus, à savoir le contrôle des prix et la prévision des dépenses¹¹. Il serait donc étonnant que ces tendances récentes puissent perdurer.

Une stratégie réaliste visant à la maîtrise des dépenses de santé doit nécessairement réduire les revenus des plus grands producteurs de soins – hôpitaux, médecins, industrie pharmaceutique. Le président Clinton a bien compris cette évidence en proposant sa réforme, en 1992. Ce fut, sans doute, la raison principale de son échec, car l'opposition d'une industrie qui pèse 3 trillions de dollars est assez puissante pour infléchir la stratégie de maîtrise des dépenses de santé la plus élaborée.

Une liberté de choix liée aux restes à charge des assurés

Depuis la révolution tranquille du *managed care* à partir des années 1970-2000 aux États-Unis, les Américains bien assurés par leurs employeurs se sont

12. V.G. Rodwin, « La révolution tranquille du *managed care* aux États-Unis », in : P.-L. Bras, G. de Pourville, D. Tabuteau (dir.), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, 2009, chap. 21.

13. Supplément à D. Blumenthal *et al.*, art. cité.

toujours confrontés à une forme d'arbitrage, qui consistait à payer des primes plus élevées pour obtenir une plus grande liberté de choix de médecins et d'hôpitaux¹². L'ACA renforce ces mécanismes de marché par sa stratégie de mise en place de marchés régulés dans tous les États fédérés. Or, beaucoup de plans d'assurance maladie vendus sur les marchés régulés obligent leurs assurés à se faire soigner dans des réseaux de médecins et d'hôpitaux bien délimités. À l'évidence, en restreignant le choix des producteurs de soins, les plans santé parviennent à limiter les restes à charge des assurés. En France, où on ne restreint pas le choix des médecins et des hôpitaux, limiter les restes à charge peut contribuer à plus d'égalité, mais l'ACA, en limitant les restes à charge pour chaque catégorie du plan santé, a créé une incitation à la restriction du choix des prestataires de soins pour les couches sociales les plus sensibles aux restes à charge, ce qui renforce les inégalités d'accès aux soins.

À l'avenir, les assurés ayant opté pour des réseaux contraignants pourraient porter plainte et résister comme les consommateurs l'ont fait lors du *backlash* contre le *managed care* des années 1990. Autre scénario possible, les assurés ayant opté pour une plus grande liberté de choix et des restes à charge plus élevés pourraient se trouver devant des forfaits et des tickets modérateurs suffisamment élevés pour limiter leur accès aux soins, ce qui serait évidemment contraire à l'objectif de l'ACA.

LES EXPÉRIMENTATIONS DU SYSTÈME DE SOINS

L'analyse des forces et des faiblesses d'Obamacare est surtout pertinente pour le débat interne aux États-Unis sur l'avenir de cette réforme. Il semble plus intéressant pour la France de suivre les expérimentations en cours aux États-Unis visant à moderniser l'offre de soins. Deux types d'expérimentations retiennent particulièrement l'attention : les adaptations des systèmes de paiement des hôpitaux et des médecins et les innovations organisationnelles pour améliorer l'offre de soins¹³.

Les adaptations des systèmes de paiement

Parmi les multiples adaptations des systèmes de paiement mises en place par l'ACA à partir d'octobre 2012, l'administration chargée de gérer le programme Medicare (CMS) a créé le Hospital Readmissions Reduction Program (HRRP) – une forme de paiement à la performance (P4P) qui vise à réduire les réhospitalisations pendant les 30 jours suivant la sortie d'une hospitalisation initiale. Par rapport au taux moyen de réhospitalisations, ajusté pour l'âge, le sexe et un indice de gravité de la maladie, le HRRP a pénalisé tous les hôpitaux au-dessus de la moyenne pour trois diagnostics : infar-

14. « Health policy brief: Medicare Hospital REadmissions Reduction Program », *Health Affairs*, November 12, 2013.

15. M.K. Gusmano, *et al.*, « Comparison of rehospitalization rates in France and the United States », *J. Health Services Research & Policy*, 2014 (doi: 10.1177/1355819614551849).

16. S.M. Burwell, « Setting value-based payment goals – HHS efforts to improve US health care », *NEJM*, 372, 2015.

17. S. Cavanaugh, « ACOs moving ahead », *CMS Blog*, 2014 (<http://blog.cms.gov/2014/12/22/acos-moving-ahead>).

tus du myocarde, insuffisance cardiaque et pneumonie. Pendant la première année du HRRP, le CMS a pénalisé plus de 2 200 hôpitaux pour un montant de 280 millions de dollars¹⁴. Depuis 2013, les pénalités augmentent, d'autres diagnostics s'ajoutent, et les taux nationaux de réhospitalisation diminuent légèrement, tout en restant, par ailleurs, au-dessus des taux en France¹⁵.

Indépendamment de cette intervention du CMS pour diminuer les réhospitalisations et inciter indirectement à améliorer les liens entre les hôpitaux et la médecine de premiers recours, l'ACA a renforcé un programme qui pénalise les hôpitaux ayant des problèmes liés à la qualité des soins et la sécurité des malades. Il semble qu'il y ait une diminution importante des infections nosocomiales et une hausse des indices de qualité, ce qui n'est pas étonnant, dans un premier temps, à la suite d'interventions de ce genre. Enfin, l'ACA a mis en place toute une série de mesures pour réduire l'importance du paiement à l'acte pour les médecins et du paiement à l'activité pour les hôpitaux. Près de 7 000 hôpitaux participent à différentes expérimentations de « *blended payment* » et le ministre de la Santé (Health and Human Services), Madame Burwell, a annoncé récemment que le gouvernement avait bien l'intention de minimiser la part du paiement à l'acte pour Medicare et de promouvoir des approches liées plutôt au paiement en termes de valeur par le biais de nouveaux modèles organisationnels¹⁶.

Les innovations organisationnelles

L'innovation organisationnelle la plus importante encouragée par l'ACA est certainement l'*accountable care organisation* (ACO) sous toutes ses formes. Ces organisations – quel que soit leur modèle spécifique (Pioneer ou Medicare shared savings program, MSSP) – sont des réseaux de médecins et d'hôpitaux soumis à une gouvernance unifiée, qui assument le risque en matière de qualité et de coûts des soins qu'ils délivrent. L'objectif de l'ACA est de promouvoir une meilleure intégration et coordination des soins pour une population à risque bien définie par ces opérateurs. Contrairement aux HMO des années 1970 ou aux *managed care organizations* de nos jours, les ACO n'obligent pas les assurés à s'inscrire. Le plus souvent, ceux-ci ignorent même qu'ils font partie d'un ACO ! La plupart des ACO (MSSP) ne font que partager les économies qu'ils réalisent avec le payeur (Medicare), et les Pioneer partagent le risque qu'ils assument, y compris les pertes.

On recense déjà 405 ACO constitués qui desservent 7,2 millions d'assurés couverts par Medicare¹⁷. CMS estime que ces organisations ont déjà réalisé 700 millions de dollars d'économies par rapport aux populations non couvertes par les ACO. Cependant, il est bien trop tôt pour conclure. Deux

18. L. Burns, M. Pauly, « Accountable care organizations may have difficulty avoiding the failures of integrated delivery networks of the 1990s », *Health Affairs*, 11, 2012.

19. M. Sparer, T. D'Aunno, « Understanding the impact of ACOs », étude en cours.

20. D. Blumenthal et al., art. cité.

21. *Ibid.*

22. D. Chinitz, V.G. Rodwin, « On health policy and management: mind the theory-policy-practice gap », *International J. of Health Policy and Management*, 2015 (doi.10.15171/ijhpm.2014.122).

économistes soutiennent, depuis 2012, que les ACO n'auront pas plus de succès que les HMO et que cette « innovation » se réduit à une tentative de renouer avec un passé perdu¹⁸. Un politologue et un professeur de gestion qui ont collaboré à une évaluation en cours ne sont pas plus optimistes sur la base de leurs premiers résultats¹⁹. Ceci dit, le seul fait que l'ACA ait suscité de multiples tentatives de réorganisation de l'offre de soins est en soi un signe des changements en cours dans le secteur de la santé.

Indépendamment des ACO, l'ACA soutient aussi des expérimentations cherchant à améliorer les soins primaires par le biais d'innovations en matière de paiements et d'accès aux soins de première ligne : la Comprehensive Primary Care Initiative, dans laquelle 30 payeurs différents et 492 cabinets médicaux desservent 2,5 millions de patients en testant toute une gamme d'innovations²⁰. Enfin, l'ACA soutient un programme pour attirer des jeunes médecins vers des zones mal desservies. Depuis 2009, ce programme a financé plus de 14 000 médecins, y compris 8 900 cliniciens en soins primaires²¹.

QUELLES LEÇONS POUR LA FRANCE ?

Les Américains sont depuis longtemps de tempérament optimiste, ils croient souvent que leur capacité à innover finira par résoudre les problèmes auxquels ils sont confrontés. Dans le secteur de la santé, la politique semble dominée par les économistes qui estiment encore que les incitations financières pourront changer le comportement des acteurs principaux du secteur : médecins, hôpitaux et assureurs privés. Cependant, ces stratégies n'ont pas, jusqu'à présent, eu un retentissement spectaculaire sur l'organisation de la pratique médicale et hospitalière aux États-Unis²².

Est-ce qu'Obamacare marquera une rupture par rapport aux efforts des réformateurs du passé ? Pour ce qui est de la couverture, la réponse est sûrement positive car il y a moins de personnes sans assurance et cette tendance se poursuivra si l'ACA n'est pas abrogé, ce qui est probable. En ce qui concerne la modernisation du secteur santé, la réponse est plus complexe car les forces qui poussent le secteur à se réorganiser – l'évolution des technologies médicales et administratives, le vieillissement de la population et l'épidémie des maladies chroniques – dépassent l'ACA et sont donc pertinentes pour la France, quel que soit l'impact de cette loi sur le système de santé américain.

Dans la mesure où les maîtres mots de la politique de santé française contemporaine – incitations à la performance, parcours de soins, parcours de santé, maisons médicales, maisons pluridisciplinaires, *chronic care model* (modèle de prise en charge des maladies chroniques) – sont souvent d'inspiration américaine, les expérimentations outre-Atlantique renforcées par

l'ACA semblent dignes d'intérêt pour la France. Les professionnels de la santé et les fonctionnaires français devraient suivre de près la floraison d'expérimentations en cours aux États-Unis, non parce qu'elles transformeront le système de santé américain, mais parce qu'elles apporteront des éléments de réflexion pour les réformes en cours en France.

contact

victor.rodwin@nyu.edu

Victor G. Rodwin est professeur de gestion et des politiques de santé à la Wagner School of Public Service, New York University.

L'auteur remercie Guilhem Fabre pour avoir accepté de l'aider à mieux formuler ses idées en français.