



« *Obamacare* » : réforme a minima ou nouvel élan progressiste?

Richomme Olivier

[Pour citer cet article](#)

Richomme Olivier, « « *Obamacare* » : réforme a minima ou nouvel élan progressiste? », *Cycnos*, vol. 29.1 (Législation et progrès socio-économique dans le monde anglophone), 2013, mis en ligne en avril 2016.

<http://epi-revel.univ-cotedazur.fr/publication/item/187>

Lien vers la notice <http://epi-revel.univ-cotedazur.fr/publication/item/187>

Lien du document <http://epi-revel.univ-cotedazur.fr/cycnos/187.pdf>

[Cycnos, études anglophones](#)

revue électronique éditée sur *épi-Revel* à Nice

ISSN 1765-3118 ISSN papier 0992-1893

AVERTISSEMENT

Les publications déposées sur la plate-forme épi-revel sont protégées par les dispositions générales du Code de la propriété intellectuelle. Conditions d'utilisation : respect du droit d'auteur et de la propriété intellectuelle.

L'accès aux références bibliographiques, au texte intégral, aux outils de recherche, au feuilletage de l'ensemble des revues est libre, cependant article, recension et autre contribution sont couvertes par le droit d'auteur et sont la propriété de leurs auteurs. Les utilisateurs doivent toujours associer à toute unité documentaire les éléments bibliographiques permettant de l'identifier correctement, notamment toujours faire mention du nom de l'auteur, du titre de l'article, de la revue et du site épi-revel. Ces mentions apparaissent sur la page de garde des documents sauvegardés ou imprimés par les utilisateurs. L'université Côte d'Azur est l'éditeur du portail épi-revel et à ce titre détient la propriété intellectuelle et les droits d'exploitation du site. L'exploitation du site à des fins commerciales ou publicitaires est interdite ainsi que toute diffusion massive du contenu ou modification des données sans l'accord des auteurs et de l'équipe d'épi-revel.

EPI-REVEL

Revue électronique de l'Université Côte d'Azur

« Obamacare* »: réforme a minima ou nouvel élan progressiste?

Olivier Richomme

Université Lumière Lyon II.
Maître de conférences à l'université Lumière Lyon II.
Spécialiste des questions raciales et électorales, il a récemment, co-dirigé avec Vincent Michelot, *Le bilan d'Obama* (Paris : Presses de Sciences-Po, 2012), et publié *De la diversité en Amérique : politiques de représentations des minorités ethno-raciales aux États-Unis* (Paris : Presses Universitaires de Paris-Sorbonne, 2013).

The Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 was not only a major socio-economic evolution, along with a long-time Democratic promise, but it was also the source of the greatest Democratic electoral defeat in decades. This article analyses the reasons why the Democrats defended their health-care reform as a pragmatic, cost-efficient measure and not as a social justice imperative. Cautious and convinced that such a large reform should rest on a broad political base, the Democrats looked in vain for a bipartisan compromise. Constrained by the American institutional framework and a highly polarized electorate, Barack Obama learnt the hard way the limits of a president's capacity to bring about change. The passage of Obama's controversial health-care reform illustrates the difficulties for the Democrats to establish a new form of political progressivism in America.

Barack Obama, « Blue Dogs », cost control, health-care reform, Medicare, Medicaid, patient progressivism, Protection and Affordable Care Act, universal rights, welfare state

*J'emploie le terme « Obamacare » malgré sa connotation péjorative, car premièrement il est rapidement passé dans le langage courant et deuxièmement l'administration Obama l'a faite sienne, bon gré mal gré.

Les débats pour le moins passionnés autour de la réforme de l'assurance maladie, réforme phare du premier mandat de l'administration Obama, nous ont rappelé à quel point cette question était source d'un clivage politique profond aux États-Unis. Pour les républicains, et ce d'autant plus depuis la révolution néoconservatrice des années 1980, la réforme de l'assurance maladie représente l'intervention de l'État dans ce qu'elle a de plus bureaucratique. Source d'inefficacité économique, cette immixtion de la puissance publique dans la vie privée des Américains serait non seulement une entrave à leur liberté fondamentale mais représenterait l'avènement d'un modèle social « à l'européenne » supposément incompatible avec les valeurs américaines. Toutefois, les carences du système de santé américain sont devenues

sur le plan intérieur, comme sur le plan international, le symbole du caractère « inachevé » du système d'État providence états-unien. Les démocrates et les progressistes avaient donc fait de la réforme de l'assurance maladie un de leurs buts premiers et ce dès les années 1930. Ainsi, nous nous proposons d'analyser le passage du *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA) de 2010 et ses conséquences pratiques afin d'étudier dans quelle mesure la réforme mise en place par l'administration Obama représenterait non seulement une avancée socio-économique importante mais aussi une avancée politique majeure dans la mesure où elle incarnerait une tentative de synthèse d'un nouveau progressisme américain.

Le contexte politique

À la veille de l'élection de Barack Obama en 2008, et de surcroît après sa prise de fonction en 2009 lorsque la crise financière menaçait d'entraîner l'économie américaine dans une véritable dépression, tenter de réformer l'assurance maladie était devenu pour les démocrates à la fois incontournable et politiquement risqué. Le nombre d'Américains sans assurance maladie continuait de croître au rythme d'un million par an. À titre indicatif, notons par exemple, qu'entre 2000 et 2006 l'inflation totale atteignit 3,5 %, l'augmentation des salaires 3,8 % et l'augmentation des cotisations des mutuelles (*health-care premiums*) 87 %. Les prix des assurances privées ne cessaient de croître : en 2006 le coût des dépenses de santé était bien plus élevé que dans les autres pays comparables, atteignant 2 000 milliards de dollars, soit 6697 dollars par personne. En 2005, 36 % des dépenses individuelles de santé étaient payées par les assurances privées, 35 % par l'État fédéral, 11 % par les États fédérés et les collectivités locales, et 15 % par les patients eux-mêmes (Vaudagna : 149-167). En 2008, plus d'un tiers des familles vivant en dessous du seuil de pauvreté n'avait pas d'assurance maladie. 19 % des Afro-Américains ainsi que 30 % des Hispaniques n'avaient pas de couverture maladie, contre seulement 11 % pour les Américains blancs (DeNavas-Walt, Proctor, Smith). Cependant, plus de la moitié des personnes sans assurance maladie ne vivait pas sous le seuil de pauvreté mais était des « travailleurs pauvres » : des Américains dont le travail payait si mal qu'ils ne pouvaient s'offrir une assurance maladie pour eux-mêmes ou pour les 9 millions d'enfants sans couverture maladie issus de ces familles. De plus, souscrire à une assurance ne garantissait pas de ne pas être exposé à de vrais risques. D'après une étude de 2007, 62 % des banqueroutes personnelles aux États-Unis étaient dues à des dépenses médicales, alors même que les trois-quarts de ces personnes avaient une forme de couverture santé (Himmelstein, Thorne, Warren, Woolhandler : 741-746). Or, ce phénomène d'assurance qui ne protège pas du risque était déjà bien connu puisque depuis les années 1970 la concurrence au sein de l'industrie de l'assurance santé ne s'opérait plus sur le terrain des prix ou des services mais sur celui du risque : la plus grande partie des bénéfices des assureurs provenant des

assurances les plus chères (les 5 % les plus riches de la population), ces compagnies privées, dans une course à la rentabilité maximale, n'assuraient que les personnes avec un profil médical désirable et excluaient les personnes malades ou ne couvraient pas certains risques.

Les difficultés politiques de l'administration Obama étaient décuplées par le fait que l'opinion publique était très divisée sur la question de la réforme de l'assurance maladie: à cause des inégalités flagrantes engendrées par le système en place, les sondages d'opinions montraient une population plutôt favorable à une réforme de l'assurance maladie débouchant sur une forme de couverture universelle. Mais dans le détail, l'accroissement des impôts, l'ingérence de l'État dans la relation patient-médecin, la peur de la diminution de la qualité des services et l'excès de contrôle de l'État généraient une appréhension partagée par un pourcentage important d'un électorat qui apparaissait complètement ambivalent sur la question (Jacobson : 19-40).

À cause de ces difficultés, Obama a évité de justifier sa réforme de l'assurance maladie en termes de droits sociaux. Il a préféré adopter un vocable à mi-chemin entre les valeurs exprimées par les conservateurs, c'est-à-dire la primauté de l'individu, du marché et de la responsabilité personnelle, et les valeurs démocrates de l'obligation sociale, de la régulation de l'État et de l'entraide vis-à-vis des plus vulnérables. L'administration Obama, qui comptait de nombreux membres de l'administration Clinton tenta, de tirer les leçons de l'échec de cette dernière en 1993. En effet, l'équipe Obama voulut éviter d'un côté, un discours sur une « couverture universelle » qui signifiait que la réforme bénéficierait principalement aux pauvres alors que le sentiment de solidarité nationale n'était pas de mise malgré l'ampleur de la crise économique. Il fallait donc convaincre la classe moyenne que la réforme était en sa faveur¹. De l'autre côté, la discussion sur les bienfaits de la réforme ne devait surtout pas dériver vers le thème du rôle de l'État, car les républicains avaient construit un discours économique basé notamment sur l'inefficacité de l'intervention de la puissance publique sur les marchés.

Pour s'attirer les faveurs de la classe moyenne, Obama insista sur le fait que sa réforme permettait de diminuer des impôts superflus : « et c'est pourquoi certains d'entre nous qui ont une assurance maladie paient aussi un impôt caché, en augmentation, pour ceux qui n'ont pas d'assurance, environ 1000 \$ par an que nous versons aux collectivités locales pour qu'elles viennent en aide aux plus démunis » (Obama).

¹ On était donc très loin du contexte politique des dernières grandes réformes en matière de santé, c'est-à-dire la création de *Medicare* et *Medicaid* sous l'administration Johnson et sa politique de la guerre contre la pauvreté.

Et en même temps, Obama tenta de s'attirer les bonnes grâces du monde des entreprises en expliquant que le patronat souffrait du poids intolérable de l'augmentation des cotisations patronales :

C'est pour cette raison qu'autant d'employeurs, en particulier de PME, sont contraints de demander à leurs employés de contribuer plus, ou tout simplement de ne plus offrir d'assurance maladie. C'est pourquoi tant de jeunes entrepreneurs ne peuvent pas lancer leur entreprise et pourquoi les entreprises américaines, tels que les constructeurs automobile, ont un tel désavantage sur la scène internationale. (Obama)

Ces deux impératifs politiques rendaient les motivations et les buts d'une réforme très technique peu lisibles. De plus, Obama dut composer avec les tensions inhérentes à la coalition démocrate.

La réforme des « Blue Dogs »

Comme tous les textes législatifs de cette envergure, le PPACA est le produit d'un contexte partisan particulier. Rétrospectivement, il semble bien, que dans une période marquée par une polarisation politique extrême, la majorité démocrate du 111^{ème} Congrès était trop large et donc trop hétérogène pour être vraiment efficace. À l'inverse, si les républicains étaient si unis, c'était en grande partie parce qu'ils avaient perdu énormément de sièges lors des deux élections de 2006 et 2008. Les républicains qui avaient survécu, en particulier à la Chambre des représentants, appartenaient à des circonscriptions très conservatrices. Leurs préférences idéologiques étaient donc alignées sur celles des groupes de pression des dites circonscriptions. Si les démocrates étaient moins unis c'est, d'une part, parce que leur parti l'est traditionnellement moins et, d'autre part, parce qu'un grand nombre d'entre eux avait été élu en 2006 (à la faveur de l'opposition à la guerre en Irak) et 2008 (grâce à la déception de la présidence Bush et l'engouement suscité par la campagne d'Obama) dans des circonscriptions un peu plus conservatrices. Par conséquent, d'un point de vue stratégique, toute la question était de savoir comment les démocrates modérés, ou « Blue Dogs », segment le plus crucial de la coalition démocrate, allaient se comporter. L'orientation du PPACA est en grande partie due à ces élus qui, ironie de l'histoire, furent attaqués par l'opposition dès 2010. Tant et si bien qu'en 2012, ils avaient pratiquement disparu².

En règle générale, chaque représentant doit faire face à des pressions qui lui sont propres dans la mesure où la plupart des enjeux des élections législatives

² Les causes de leur disparition sont nombreuses. On peut citer l'impact politique de la crise économique, le découpage électoral dominé par les républicains en 2010, et le manque d'agressivité et de créativité du leadership du Democratic Congressional Campaign Committee (DCCC).

américaines sont locaux. Toutefois, malgré le fait que ces démocrates modérés représentaient des circonscriptions qui, politiquement, ne correspondaient à aucune ligne des deux grands partis, certaines de leurs positions se rapprochaient. Bien qu'il y ait des exceptions, les positions des démocrates conservateurs au sein de la Chambre des représentants laissent transparaître une certaine constance depuis les batailles budgétaires des années Reagan jusqu'à la coalition « Blue Dog » de 2009. Ils sont élus, traditionnellement, dans des circonscriptions plus rurales et sont donc moins progressistes que les élus issus des grands centres urbains qui représentent eux, des populations souvent moins religieuses, avec un plus haut niveau d'éducation et qui vivent dans des banlieues plus riches. À une autre époque nombre de ces représentants auraient été républicains, mais aujourd'hui le centre de gravité du parti conservateur s'est tellement déplacé vers la droite que ces élus « centristes » ont disparu du parti de l'éléphant.

À partir de 2008, à cause notamment des effets de la crise économique, la différence majeure entre ces démocrates conservateurs et les élus républicains est qu'ils font plus campagne sur les thèmes de l'équilibre du budget, du déficit et du niveau de la dette que sur la réduction de la taille de l'État. Ils sont donc prêts à voter pour des augmentations d'impôts pour réduire les déficits publics. De plus, dans leurs circonscriptions, les théories économiques conservatrices restent très peu populaires. Comme le rappelle très justement Joseph White :

Ces circonscriptions, tout comme ces États, se sont souvent trouvées à la périphérie de l'économie nationale et ont historiquement eu besoin de l'aide de l'État fédéral. L'idée selon laquelle l'intervention de l'État dans l'économie empêcherait le mérite d'être récompensé apparaît beaucoup moins réaliste pour des électeurs qui dépendent des aides du ministère de l'agriculture, des programmes d'irrigation, des subventions énergétiques et autres contributions fédérales (White : 169-191).

Nous voyons ainsi que si les démocrates conservateurs ne tiennent pas une posture aussi ouvertement antiétatique que leurs homologues républicains, ils définissent aussi les causes des problèmes socio-économiques en des termes bien différents de l'orthodoxie démocrate. Alors que de nombreux progressistes sont convaincus que l'État doit être une force qui contrebalance le pouvoir des grandes entreprises et le monde des affaires, les « Blue Dogs » souhaitent une intervention des pouvoirs publics qui soutienne l'entrepreneuriat privé, source de la prospérité économique de leurs circonscriptions. Ils ne s'opposent donc pas, et surtout pas de manière ouverte et frontale, au monde des affaires et certainement pas à l'élite des PME locales qui comptent compagnies d'assurance, cliniques privées ou organisations de médecins. Ainsi, la réforme de l'assurance maladie les mettait en porte-à-faux. Dans une telle situation, lorsque toutes les options sont politiquement risquées, les élus préfèrent généralement s'en tenir au *statu quo*. Toutefois, le président ayant annoncé que le

passage d'une loi était le point névralgique de ses deux premières années au pouvoir, les « Blue Dogs » se trouvaient dans une impasse. Les démocrates s'étaient déjà trouvés dans cette position en 1993-94. Ils savaient qu'après l'échec de la réforme de l'assurance santé menée par l'administration Clinton, ils avaient perdu les deux Chambres lors des élections de mi-mandat. Par conséquent, de nombreux élus étaient conscients du fait que, quand bien même ils ne soutiendraient pas le président Obama, cela n'assurerait pas leur réélection. Le risque principal était donc de passer pour les membres d'un parti incapable de gouverner. Dès qu'Obama annonça qu'il voulait faire de la réforme de l'assurance santé une de ses priorités, les démocrates les plus vulnérables savaient que leur avenir politique passait par des choix cornéliens. Le but des leaders démocrates, Harry Reid et Nancy Pelosi, était donc de mettre sur pied un projet de loi qu'un nombre assez important d'élus puisse accepter. C'est-à-dire un projet de loi qu'ils pouvaient défendre dans leurs circonscriptions. Pour cela il fallait donc négocier jusqu'à obtenir un nombre clef de « Blue Dogs ». Car au final, les progressistes insatisfaits d'une réforme qui n'allait pas assez loin ne pouvaient raisonnablement pas attendre une décennie supplémentaire que l'opportunité d'aider quelque 30 millions d'Américains à obtenir une assurance maladie se présente de nouveau. Ils ne pouvaient pas plus se permettre un nouvel échec sur cette question et offrir une victoire politique aux républicains. Il fallait ainsi absolument convaincre les démocrates conservateurs et ce sont donc ces derniers qui définirent ce que contient le projet de loi final.

Implications socio-économiques : extension de la couverture santé

L'extension de la couverture santé est le point sur lequel « Obamacare » aura le plus d'impact. Pour comprendre ce qu'elle apporte, il faut avoir à l'esprit que la population américaine peut être divisée grossièrement en cinq grands groupes suivant leur méthode d'assurance santé.

A – *Medicare* couvre les personnes âgées, les handicapés³.

B – Les enfants en situation de pauvreté et leurs mères sont couverts par *Medicaid*. Ce programme couvre aussi certains traitements de longue durée, donc très coûteux, non couverts par *Medicare*. L'État fédéral finance principalement *Medicaid*, mais les États participent à son financement et sont chargés de son administration. Le plus

³ Un programme fédéral créé en 1965, qui d'un point de vue financier est le plus grand système d'assurance de santé au monde. Ce programme représente environ 500 milliards de dollars de dépenses par an et ses projections de croissance sont de 5,4 % par an ; il devrait représenter, en 2030, 4,1 % du PIB américain. Environ 40 millions de personnes bénéficient de *Medicare* (8 millions de handicapés) et autant bénéficient de *Medicaid* ; et certaines personnes bénéficient des deux.

gros inconvénient de ce programme est que certains États offrent des avantages sociaux plus importants et définissent la pauvreté de façon plus large. De plus, de nombreux praticiens refusent les patients couverts par *Medicaid* ou *Medicare*, car leurs honoraires sont alors moindres.

C – Le groupe le plus important, environ 150 millions de personnes, souscrivent à leur assurance santé par l’intermédiaire de leur employeur qui participe aux coûts. Cette forme d’assurance santé présente de nombreux dysfonctionnements puisque les assureurs pensent pouvoir faire plus de profits en minimisant les risques. Les assureurs sont en position dominante sur les marchés par rapport aux employeurs, en particulier les petits employeurs qui ne bénéficient pas des économies d’échelle des grands groupes. Il existe donc un lien direct entre le nombre d’employés, le salaire moyen et la qualité de l’assurance santé. Dans le pire des cas, l’employeur ne propose même pas d’assurance santé. De plus, bien que les employeurs paient, en moyenne, plus de 50 % des coûts de l’assurance santé, et malgré les incitations (les États ne taxent pas cette forme de compensation), cette dernière est si onéreuse que certains employés refusent l’assurance de leur employeur, car leur contribution reste encore trop élevée par rapport à leur salaire.

D – Un quatrième groupe de personnes souscrit à une assurance santé de façon entièrement individuelle. Cette situation présente les mêmes dysfonctionnements que pour les employeurs, mais de façon décuplée.

E – Un cinquième groupe, conséquence indirecte des quatre premières, est le groupe des personnes qui n’ont pas d’assurance santé. En 2010, environ 50 millions d’Américains étaient dans cette situation et les raisons sont légion⁴ : ils étaient trop jeunes pour *Medicare* ; ils n’étaient pas assez pauvres pour *Medicaid* ou bien ils ne savaient pas qu’ils étaient éligibles ; ils n’avaient pas les moyens de souscrire une assurance privée individuelle ; ils n’avaient pas les moyens de payer la contribution de l’assurance de leur employeur ou bien aucune ne leur était offerte, ou bien encore ils avaient les moyens de payer leur contribution mais choisirent de ne pas le faire⁵.

L’idéal pour certains démocrates aurait été de tout remettre à plat et de repartir à zéro. Une partie des progressistes américains poussent depuis la création de *Medicare* pour l’étendre à toute la population. Mais contrairement à 1993, en 2009,

⁴ Dont 38 millions âgés de 18 à 64 ans (les 3/4 ayant un emploi) sans aucune assurance et 16 millions de « sous-assurés », c’est-à-dire avec une assurance partielle ne couvrant pas les pathologies lourdes. Ces chiffres ne tenant évidemment pas compte des quelques 12 millions de clandestins vivant sur le sol américain.

⁵ Calcul rationnel notamment des jeunes professionnels sans enfants qui préfèrent souvent concentrer leurs efforts budgétaires sur le remboursement de leurs prêts étudiants.

aucun de ses partisans ne se fit entendre. Une des leçons des années Clinton semblait être que toute réforme de cette envergure effraierait la partie non négligeable de l'électorat satisfaite de son assurance santé. Les démocrates optèrent donc pour le maintien du système d'assurances privées subventionnées par les employeurs, car toute suppression de ces contributions patronales aurait dû être compensée par des hausses d'impôts qui étaient politiquement inenvisageables. Les démocrates se contentèrent ainsi de limiter la liste des dysfonctionnements au manque de couverture santé d'un sixième de la population. Pour cela, l'enjeu était donc de trouver un moyen de couvrir un maximum de personnes avec un minimum de dépenses fédérales. Six pistes furent alors envisagées⁶ :

A – Étendre *Medicaid* aux familles dont le revenu était inférieur à 138% du seuil de pauvreté, afin d'élargir la définition de la pauvreté et de couvrir les jeunes couples sans enfants, mais aussi les hommes⁷. Ainsi ce sont presque 16 millions de personnes supplémentaires qui devraient être couvertes. Cette réforme de *Medicaid* représente environ 45 % du coût du PPACA.

B – Résoudre les difficultés des individus et petites entreprises sur le marché de l'assurance en créant une nouvelle structure de vente et de régulation, sortes de coopératives (*exchanges*), et en imposant une standardisation très modérée des prestations minimum offertes⁸.

C – Octroyer de nouvelles subventions (importantes financièrement mais controversées) pour encourager les individus à souscrire à une assurance par le biais de ces coopératives.

D – Inciter les entreprises de plus de 50 salariés à créer ou continuer de proposer des assurances de santé en leur imposant des pénalités financières s'ils refusent.

E – Inciter les individus qui refusent de souscrire à une assurance santé à le faire (*individual mandate*), toujours par le biais de pénalités financières relativement

⁶ Ces options soulèvent de nombreux problèmes, mais correspondent aux contraintes politiques telles que les ont perçues les membres du Congrès. Les « Blue Dogs », particulièrement vulnérables électoralement, étaient les plus hostiles à toute hausse d'impôts et les plus sensibles aux groupes de pression locaux.

⁷ Les autres enfants non-éligibles sont couverts par S-CHIP (*State Children Health Insurance Program*) reconduit et étendu par Barack Obama grâce au *Children Health Insurance Reauthorization Act* de 2009 signé en février 2009.

⁸ Les économistes progressistes, favorables à une assurance publique, restent sceptiques quant à la capacité de ces coopératives de devenir assez massives pour concurrencer les grandes compagnies d'assurance, et donc d'influer réellement sur leurs prix.

modestes⁹, mais en permettant aussi aux jeunes de souscrire à des assurances offrant une couverture plus en accord avec leurs besoins. Cette « obligation » de souscrire à une assurance maladie s'est accompagnée de restrictions vis-à-vis des assureurs, notamment leur tendance à refuser des patients déjà malades ou à risque, de refuser de couvrir les enfants ou d'instaurer des limites de remboursement (annuelles ou à vie¹⁰).

F – Augmenter l'âge d'éligibilité des enfants (jusqu'à 26 ans) permettant de bénéficier de l'assurance de leurs parents.

L'ensemble de ces mesures devrait permettre, à partir de 2014, de ralentir la progression du prix des assurances santé de tous les Américains et, à terme, de couvrir 94 % de la population en âge de travailler. D'après la dernière estimation du *Congressional Budget Office*, en 2019, 28 millions de personnes résidant aux États-Unis ne seront toujours pas couvertes¹¹. Le coût du financement du PPACA est estimé à mille milliards de dollars sur 10 ans, dont 50 % sera financé par des hausses d'impôts (pour les ménages les plus riches et l'industrie de la santé¹²) et 50 % par des économies. Mais la levée de l'impôt s'avère plus difficile que prévue (Sloan) et on ne voit pas bien quelles mesures (principalement des réductions du *Medicare Advantage Program*) suffiraient à économiser 500 milliards de dollars. Pourtant, même à ce prix la réforme pourrait contribuer à assainir les finances publiques¹³. En effet, un fort investissement des pouvoirs publics peut paradoxalement aider à réduire l'endettement sur le long terme même si ce message fut très difficile à faire passer dans l'opinion publique.

Toutefois, le paradoxe le plus flagrant de cette réforme est qu'elle ne fut pas justifiée par l'administration Obama comme une mesure de solidarité nationale. Les démocrates auraient pu présenter le projet de loi comme un effort des plus riches

⁹ 2 085 dollars par foyer et 695 dollars pour une personne seule.

¹⁰ De plus, le Congrès força les assureurs à dédier 80 % des cotisations au remboursement des frais médicaux et non pas aux frais administratifs, à la publicité ou aux bénéfices de l'entreprise ou de leurs dirigeants.

¹¹ Cette estimation prend en compte la décision de la Cour Suprême dans l'arrêt *National Federation of Independent Business v. Sebelius*, 567 US (2012), qui valida l'essentiel du PPACA mais bloqua le projet d'expansion de *Medicaid* (Congressional Budget Office 2012).

¹² L'administration Obama réussit à convaincre l'industrie de la santé de soutenir cette réforme et ces impôts grâce à l'augmentation du nombre de patients couverts qui sont autant de clients.

¹³ Le CBO estime qu'une économie d'environ 200 milliards de dollars sera effectuée sur la période 2012-2021 (Congressional Budget Office 2011).

permettant d'offrir une assurance maladie aux plus pauvres. Or, ils la présentèrent comme une mesure permettant principalement de réduire le coût de la santé aux États-Unis, en particulier pour la classe moyenne. Hélas, cette promesse risque de ne jamais se matérialiser et la plupart des Américains en sont bien conscients.

La réduction des coûts

En fait, seulement deux mesures vont dans le sens de la réduction des coûts¹⁴. La taxe sur les assurances dites « Cadillac¹⁵ » et un aliénât discret de la réforme *Medicare* qui crée une commission indépendante de contrôle des coûts, l'IPAD (*Independent Payment Advisory Board*). Ce point n'est pas négligeable, car les recommandations de cette commission prendront effet automatiquement dès 2015 à moins que le Congrès ne vote contre. Toutefois, le vote des 3/5 du Sénat exigé par le texte garantit presque une validation des recommandations de l'IPAB. Hormis ces deux points, le PPACA ne présente aucune mesure efficace de réduction des coûts bien que le président ait choisi de justifier sa réforme par cet argument.

Pour comprendre cette stratégie, il faut se rappeler que les démocrates pensaient qu'étendre l'assurance santé aux Américains les plus modestes en faisant appel à la solidarité nationale, bien qu'étant un impératif moral, les mettait en difficulté d'un point de vue électoral. Le parti de l'âne ne pouvait bénéficier politiquement de la réforme que s'il arrivait à rassurer les électeurs qui avaient peur de perdre leur assurance. Et rétrospectivement, la cuisante défaite des élections de mi-mandat de 2010 prouve qu'ils avaient raison de se méfier des crispations de l'électorat face à cette réforme de grande ampleur, mais prouve aussi que les démocrates n'ont pas ressui à faire preuve de la pédagogie nécessaire pour justifier leur réforme. De plus, la terminologie liée à la réduction des coûts ne fit rien pour rassurer la population qui y vit une tentative de rationnement. Partant, il fut assez aisé pour l'opposition de transformer cette régulation en une ingérence de l'État dans la sacrosainte relation entre les patients et leurs médecins¹⁶.

Les autres méthodes de réduction des coûts ont été écartées rapidement, notamment la possibilité de réguler les prix qui fut à peine mentionnée et la création d'une assurance publique qui fut abandonnée dès juin 2009. Les partisans de cette dernière

¹⁴ On pourrait en ajouter une troisième, la « réforme Tort ». C'est-à-dire la tentative de limiter les possibilités de recours en justice qui font augmenter les assurances des praticiens. Mais cette réforme fut si modeste que son impact sur les coûts réels risque d'être extrêmement limité.

¹⁵ C'est un impôt sur les assurances de luxe qui est conçu pour forcer les entreprises à réduire le coût de ces assurances extrêmement coûteuses.

¹⁶ Une ingérence que les démocrates dénoncent tout aussi activement dans le débat sur l'avortement.

pensaient qu'elle aurait un avantage compétitif sur les assurances privées parce qu'elle appliquerait des taux proches de ceux de *Medicare*. L'assurance publique gagnerait ainsi des parts de marché aux dépens des assurances privées et ferait donc baisser les prix moyens. Mais les démocrates conservateurs furent opposés à sa création. Les leaders démocrates tentèrent en vain de convaincre les « Blue Dogs ». Car pour ces élus, l'assurance publique n'était rien moins qu'une attaque de l'État contre le secteur privé : elle forçait les assureurs à baisser leurs prix ou bien les éliminait par une concurrence injuste. Pour eux, l'assurance publique reflétait la méfiance des progressistes vis-à-vis des entreprises et allait à l'encontre des intérêts politiques de leurs circonscriptions liés au patronat et aux élites locales. De plus, *Medicare* était très impopulaire dans les régions rurales et son extension hors de question¹⁷. L'opposition des démocrates conservateurs s'explique donc par des raisons idéologiques et des intérêts électoraux.

Mais ceci n'explique pas pourquoi le président Obama n'a pas investi plus de son capital politique pour soutenir une proposition qu'il avait défendue lors de sa campagne de 2008 et qui aurait favorisé tous les employeurs. Ceci n'explique pas non plus pourquoi une régulation directe des prix ne fut jamais envisagée. Une première raison à cela est que si le président avait le poids politique pour faire passer son projet de loi par les « Blue Dogs », il n'avait pas la capacité de les faire changer d'avis quant aux détails de la réforme. Une deuxième raison est que les assureurs étaient résolument opposés à toute régulation des prix. Pourtant, le patronat, très désireux de réduire les coûts, aurait pu influencer les « Blue Dogs ». Mais le patronat était assurément gêné par le thème de la régulation des prix par principe, pour des raisons idéologiques. Il préféra s'engouffrer dans la brèche créée par les études suggérant que la régulation des prix était moins judicieuse que de s'attaquer aux volumes. Selon cette théorie, les différences de coûts entre les différentes régions viendraient d'un moindre choix de services pour la même pathologie dans les régions aux coûts inférieurs (à qualité de soins égale). Ainsi, il existerait un gâchis important qui pouvait être réduit en ramenant l'offre de services des régions à gros volumes aux niveaux des régions à petits volumes. Le directeur de l'*Office of Budget and Management*, Peter Orszag, n'était pas le seul à estimer qu'environ 30 % des services de santé aux États-Unis n'étaient pas nécessaires (Orszag et Ellis : 1793-95). Ces chiffres furent martelés par les représentants du patronat lors des auditions parlementaires, par la coalition des démocrates « Blue Dog », au point de

¹⁷ Une des observations récentes des experts des politiques de santé publique est que dans de nombreuses régions rurales les dépenses de santé par personne sont bien inférieures à d'autres régions ; pourtant la qualité de la santé semble la même. Les législateurs provenant de ces régions du pays pensaient que les coûts inférieurs étaient dus aux effets pervers de *Medicare* qui ne payait pas assez les docteurs et les hôpitaux qui faisaient un travail égal à ceux des autres régions.

devenir omniprésent dans le débat sur la réforme de la santé (White). Ces chiffres étaient sûrement erronés, mais leur soutien traduit plutôt l'impossibilité culturelle de Washington, après 40 ans de règne du discours néoconservateur, d'envisager l'intervention des pouvoirs publics en termes de régulation des prix. Il était donc essentiel pour Obama de mettre l'accent sur le rôle du marché et des compagnies d'assurance afin de montrer que la réforme n'était pas une forme de « nationalisation » du marché de la santé¹⁸. Pourtant, le projet de loi devait introduire au cœur de ce marché des mécanismes d'équité et de contrôle des coûts. Par conséquent, en insistant sur la question des volumes et non des prix, le projet d'Obama, comme celui de Clinton avant lui, mit en avant la notion de « choix du consommateur parmi l'éventail des assurances santé, sous couvert de règles incitant à être plus sensibles aux coûts » (Starr). En faisant appel à la « démocratie des consommateurs » et au « choix du consommateur », l'administration Obama insista sur l'autonomie et la liberté individuelle et non pas sur les droits sociaux garantis par l'État.

Impact politique

Obama n'avait pas fait de la réforme de l'assurance maladie la priorité de sa campagne de 2008. Pourtant, la crise aidant, il y vit sûrement une double opportunité politique : accomplir une grande réforme progressiste que les démocrates attendaient depuis longtemps, tout en orientant sa présidence vers le centre grâce au thème de la responsabilité budgétaire. C'est peut-être cette approche circonstancielle plus qu'idéologique qui explique pourquoi il fit preuve de si peu de pédagogie pour « vendre » sa réforme au peuple américain¹⁹, et pourquoi, très tôt dans les négociations, il abandonna, sans aucune contrepartie, l'idée d'une assurance publique. Certes, une réforme qui impacte de près ou de loin un cinquième de l'économie américaine nécessitait un soutien politique le plus large possible et sa tentative d'amadouer certains républicains modérés se comprend. Mais d'un point de vue tactique cette assurance publique aurait dû donner lieu à une négociation plus longue afin d'obtenir des concessions de la part de l'opposition. Et d'autre part, en axant toute son argumentation sur la réduction des coûts, Obama a mis de côté la question de l'intervention de l'État et son pouvoir de régulation.

¹⁸ Surtout après l'utilisation très impopulaire des fonds TARP (*Troubled Asset Relief Program*) pour sauver l'industrie financière et l'industrie automobile.

¹⁹ Dans l'ouvrage de John Alter, Obama rejette l'idée selon laquelle une politique publique doit être réduite à une vision et un slogan facile à retenir, qu'il faut répéter et répéter. Obama n'aime pas la caricature, mais l'électorat répond plus positivement aux explications simples, surtout face à une réforme aussi technique et absconse (Alter).

L'administration Obama a certainement sous-estimé l'extrême polarisation politique de Washington qui fait que les républicains modérés ont disparu et que seuls les démocrates conservateurs sont susceptibles de changer de camp. Ainsi, en se plaçant délibérément au centre le président n'était plus en position de négocier aussi fermement avec les « Blue Dogs ». Cette situation confirme ce que l'on savait du pouvoir présidentiel face au Congrès. Mis à part son pouvoir de veto, le président, même aussi bien élu qu'Obama en 2008, n'a pratiquement aucune prise sur les membres du parti opposé. Son influence découle toujours de sa capacité à forcer les membres de son propre parti à suivre ses propositions. Obama a réussi à forcer les progressistes à accepter un projet de loi qu'ils n'aimaient pas et a convaincu certains démocrates conservateurs à soutenir le texte malgré leurs doutes et leurs réticences. Les républicains avaient décidé de s'opposer systématiquement à toutes ces propositions, comme l'avaient déjà montré les négociations sur le plan de relance économique de 2009. De plus, en évitant un débat sur le rôle de l'État et de son intervention dans l'économie, débat qu'il pensait perdu d'avance en particulier à cause de l'opposition massive au sauvetage du système bancaire, Obama chercha à éviter de donner aux républicains les arguments qu'ils attendaient, à savoir qu'Obama leur apportait le « socialisme à l'européenne ». Pour toutes ces raisons, Obama a préféré ne pas justifier sa réforme de l'assurance maladie en termes de droits sociaux mais en termes de responsabilité budgétaire. En essayant de trouver un nouveau compromis entre le marché et les mesures sociales, la notion de responsabilité, un principe qui fait consensus des deux côtés de l'échiquier politique, joua un rôle stratégique important. Mais, en se cantonnant à un positionnement pragmatique et budgétaire, Obama a perdu l'occasion d'inscrire son premier mandat dans la tradition progressiste de Roosevelt et de Johnson. Certes, le PPACA est une réforme historique dont les conséquences socio-économiques sont indiscutables. Mais Obama n'est pas allé au bout de sa démarche. Ou du moins il y est allé, mais bien trop tard. La réforme de l'assurance maladie offrait à Obama l'opportunité de lancer un débat sur la véracité du discours néoconservateur anti-étatique. Or l'invention d'une nouvelle présidence progressiste ne peut faire l'économie d'un tel débat. Ce n'est que dos au mur qu'Obama se réappropria cette question²⁰. En Septembre 2009, face à la possibilité de voir son projet échouer, Obama s'adressa directement au Congrès :

Nos prédécesseurs étaient conscients que l'État ne pouvait pas, ne devait pas résoudre tous les problèmes. Ils étaient conscients qu'il existe des

²⁰ Il faudra attendre la campagne de réélection de 2012 pour que l'administration mette de nouveau en avant l'utilité de l'intervention de la puissance publique dans l'économie, surtout en période de crise, pour expliquer que si General Motors était en vie, c'était bien grâce à une nationalisation temporaire réussie.

situations face auxquelles les bénéfices de la sécurité offerte par l'État ne valent pas les restrictions imposées à nos libertés. Mais ils étaient aussi conscients que les dangers d'un État trop présent sont aussi grands que ceux d'un État trop absent ; que sans la main bienveillante des politiques publiques, les marchés peuvent s'écrouler, les monopoles peuvent enfreindre la compétition et les plus vulnérables peuvent être exploités.
(Obama)

Sans cette implication personnelle du chef de l'État, Washington aurait eu raison de cette réforme. Et sans cet effort rhétorique supplémentaire, la gouvernance de Barack Obama se différencierait peu de la triangulation de Clinton. En un sens, on peut considérer que Clinton et Obama sont tous les deux, à leur manière, des « nouveaux démocrates » qui s'éloignent de l'héritage du progressisme du New Deal et tentent de trouver une nouvelle synthèse en termes de protection sociale et de loi du marché²¹. Pour cette raison, malgré le courage et la persévérance d'Obama, surtout après la perte du siège de Ted Kennedy et la réconciliation des deux textes du Sénat et de la Chambre par une procédure budgétaire afin d'éviter l'obstruction des républicains, sa réforme laisse tout de même un goût d'inachevé pour la base démocrate, à mi-chemin entre une réforme *a minima* et un vrai virage progressiste, et explique en partie le manque d'engouement qu'a suscité sa réélection. Un deuxième mandat permettra peut-être à Obama de donner à sa présidence une identité politique plus affirmée s'il parvient notamment à faire émerger d'autres questions socio-économiques urgentes (telle que la réforme de l'immigration par exemple) du brouhaha politique généré par l'accroissement des déficits publics et de la dette.

ALTER, John. *The Promise, President Obama Year One*. New York : Simon and Schuster, 2010.

CONGRESSIONAL BUDGET OFFICE. « Estimates for the Insurance Coverage Provisions of the Affordable Care Act Updated for the Recent Supreme Court Decision ». 4 juillet 2012, <<http://www.cbo.gov/publication/43472>> Consulté le 24 avril 2013.

———. « CBO's Analysis of the Major Health Care Legislation Enacted in March 2010 ». 30 mars 2011, <<http://www.cbo.gov/publication/22077>> Consulté le 24 avril 2013.

²¹ Même si Obama n'alla jamais aussi loin que Clinton qui, alors qu'il soutenait une réforme de l'assurance maladie pendant sa campagne de 1992, avait déclaré que les aides et les services sociaux n'étaient pas un droit et d'ajouter lors de discours sur l'état de l'Union en 1996 que l'« ère du tout État » était révolue.

DENAVAS-WALT, Carmen, PROCTOR, Bernadette D., et SMITH, Jessica C. U.S. Census Bureau, Current Population Reports, P60-236, *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States : 2008*, Washington, DC : U.S. Government Printing Office, 2009.

JACOBSON, Gary. « Obama and the Polarized Public ». *Obama in Office*. Ed. James A. Thurber. Boulder, CO : Paradigm, 2011 : 19-40.

HIMMELSTEIN, David U., THORNE, Deborah, WARREN, Elizabeth, et WOOLHANDLER, Steffie. « Medical Bankruptcy in the United States, 2007 : Results of a National Study ». *American Journal of Medicine*, 122.8, August 2009 : 741-746.

OBAMA, Barack. « Remarks by the President to a Joint Session of Congress on Health Care ». The White House Office of The Press Secretary, US. Capitol, Washington, DC, 9 septembre 2009 <http://www.whitehouse.gov/the_press_office/Remarks-by-the-President-to-a-Joint-Session-of-Congress-on-Health-Care/> Consulté le 30 décembre 2012.

O'CONNOR, Alice. *Poverty Knowledge. Social Science, Social Policy and the Poor in Twentieth Century US History*. Princeton, NJ : Princeton University Press, 2001.

ORSZAG, Peter et ELLIS, Philip. « The Challenge of Rising Health Care Costs : A View from the Congressional Budget Office ». *New England Journal of Medicine*, 357.18, November 2007 : 1793-95.

SLOAN, Steven. « Dems Will Need New Game Plan To Score Tax Revenue ». *Politico.com*, 2 janvier 2013, <<http://www.politico.com/story/2013/01/dems-will-need-new-game-plan-to-score-tax-revenue-85702.html?hp=l3>>

STARR, Paul. « What Happened to Health Care Reform? ». *The American Prospect*, 20, Winter 1995 : 4 <<http://www.princeton.edu/~starr/20starr.html>> Consulté le 30 décembre 2012.

VAUDAGNA, Maurizio. « Politiques sociales et réforme de l'assurance maladie de Roosevelt à Obama ». Eds. O. Richomme et V. Michelot. *Le Bilan d'Obama*. Paris : Presses de Science Po, 2012 : 149-167.

WHITE, Joseph. « Obama et la réforme de l'assurance maladie ». Eds. O. Richomme et V. Michelot. *Le Bilan d'Obama*. Paris : Presses de Science Po, 2012 : 169-191.