



Transatlantica

Revue d'études américaines. American Studies Journal

1 | 2015

The Voting Rights Act at 50 / Hidden in Plain Sight:
Deep Time and American Literature

Conférence de Daniel Béland : « Fédéralisme et mise en œuvre de la réforme de la santé aux États-Unis »

Université Paris Diderot – Paris 7, 19 mai 2014

Elisabeth Fauquert



Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/transatlantica/7414>

DOI : 10.4000/transatlantica.7414

ISSN : 1765-2766

Éditeur

AFEA

Référence électronique

Elisabeth Fauquert, « Conférence de Daniel Béland : « Fédéralisme et mise en œuvre de la réforme de la santé aux États-Unis » », *Transatlantica* [En ligne], 1 | 2015, mis en ligne le 21 novembre 2015, consulté le 29 avril 2021. URL : <http://journals.openedition.org/transatlantica/7414> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/transatlantica.7414>

Ce document a été généré automatiquement le 29 avril 2021.



Transatlantica – Revue d'études américaines est mis à disposition selon les termes de la licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International.

Conférence de Daniel Béland : « Fédéralisme et mise en œuvre de la réforme de la santé aux États- Unis »

Université Paris Diderot – Paris 7, 19 mai 2014

Elisabeth Fauquert

- 1 À l'heure de la mise en application tumultueuse du *Patient Protection and Affordable Care Act* (aussi appelé Obamacare, ci-après PPACA), de nombreux défis se profilent pour l'administration Obama. En mai 2014, François Vergniolle de Chantal du Laboratoire des Recherches sur les Cultures Anglophones (LARCA) accueillait Daniel Béland¹, spécialiste des politiques publiques américaines, pour faire le point sur les aspects politiques de cette mise en œuvre dans les cinquante États fédérés.

Le cadre de la réforme

- 2 Daniel Béland a tout d'abord rappelé que l'objectif de l'administration Obama n'était pas de mettre en place une assurance-maladie universelle, tout en précisant que les Américains dépourvus d'assurance-maladie ont toutefois accès aux soins d'urgence. Il a indiqué toute la complexité de réformer le système de santé américain. Les dépenses sont pharaoniques rapportées au PIB : 17 % du PIB, soit le pourcentage le plus élevé au monde, et les États-Unis occupent le deuxième rang des pays de l'OCDE dont les dépenses publiques en santé sont les plus élevées, juste derrière la Norvège. Le nombre d'acteurs est aussi très important (médecins, infirmières, hôpitaux, assureurs, syndicats...). Ajoutons à cela la grande diversité du modèle d'assurance-maladie aux États-Unis (programmes publics pour les populations les plus vulnérables, assurance-maladie prise en charge par les employeurs pour une majorité des individus en âge de travailler) et les fluctuations importantes que constitue l'instabilité des revenus et de la couverture maladie, le tout sur fond de fragmentation institutionnelle.

Processus législatif et fédéralisme

- 3 Passés les débats internes sur la pertinence de réformer le système de santé en pleine crise financière, l'administration Obama s'est contentée de tracer le périmètre de la réforme, de se garantir le soutien de groupes d'intérêts clés (médecins, hôpitaux, grands groupes pharmaceutiques), mais a laissé les mains libres au Congrès, contrairement aux Clinton en 1993-1994. Pour D. Béland, l'absence de discipline de parti au sens strict du terme aux États-Unis a occasionné des débats virulents dans les rangs des Démocrates, alors détenteurs de la majorité dans les deux chambres du Congrès. La Chambre des représentants adopta une loi qui défendait l'option publique (*public option* défendue par des experts proches du Parti démocrate comme Jacob Hacker), c'est-à-dire un système où les polices d'assurances seraient vendues directement par l'État fédéral, pour entrer en concurrence avec les assurances privées. Au terme de la bataille procédurale qui vit l'adoption du PPACA, c'est la version du Sénat, texte dépouillé de l'option publique, qui l'emporta. La loi en est de fait plus décentralisatrice, et donne plus de pouvoir aux États fédérés car ils sont en charge des assurances privées et de leur régulation. Il leur incombe donc de mettre en place des marchés d'assurance-maladie (*health insurance exchanges*, rebaptisés *health insurance marketplaces*). Les États fédérés tiennent donc une place centrale dans la mise en œuvre de la loi, ce qui complique la tâche des réformateurs. S'est ajouté à cela l'opposition idéologique et politique des Républicains.

Une bataille rangée ?

- 4 Le modèle de régulation des assurances privées que l'on trouve dans le PPACA est en réalité inspiré de *Romneycare*, la loi de santé bipartite adoptée en 2006 dans le Massachusetts lorsque Mitt Romney en était le gouverneur (l'Utah créa aussi ce type de marché en 2008, avant l'adoption du PPACA). Ces marchés fédérés visent à encadrer l'offre pour proposer des choix abordables aux Américains. Les contrats sont pré-approuvés par l'État, dans le but de contrôler les coûts en faisant pression sur les compagnies d'assurance. Les marchés d'assurance-maladie remplissent donc une fonction d'information et une fonction de politique publique. Ce modèle n'est pas une idée démocrate et fut défendu avant 2006 par de nombreux Républicains à la Chambre et au Sénat. Ce qu'explique Daniel Béland, c'est que ce modèle a été contaminé politiquement par son intégration au PPACA. La régulation des assurances privées n'est pas contestée, mais la loi est un tout et les Républicains se sont opposés en bloc à celle-ci, et donc aux marchés d'assurance-maladie que certains avaient par ailleurs approuvés auparavant au plan local. Il s'agit donc d'une réaction politique et les marchés d'assurances ont été les victimes de l'impopularité de la loi chez les Républicains.
- 5 Ces derniers ont résisté à la mise en œuvre de la loi dans les États fédérés, notamment ceux qu'ils contrôlent entièrement (assemblée d'État, délégation au Congrès fédéral, gouverneur). Les élections de mi-mandat de 2010 ont renforcé cette opposition à ce qu'ils voyaient comme la mesure phare de l'administration Obama. Les pressions du *Tea Party* dans les processus de nominations, dans les primaires républicaines et dans les élections générales furent importantes. Les gouverneurs républicains qui faisaient la

promotion de l'expansion du programme *Medicaid* dans leur État ou ceux qui parlaient de faciliter la coopération directe avec les *Health and Human Services* (le département fédéral en charge de la mise en œuvre du PPACA) furent très violemment attaqués par le biais de publicités négatives. D. Béland a rappelé que les politiques des gouverneurs républicains étaient loin d'être homogènes, notamment parce que la composition électorale de chaque État est différente. Par exemple, le gouverneur républicain Arnold Schwarzenegger fut le premier à soutenir la mise en œuvre de la loi et ce, dès 2010, car la Californie est un État de tendance *liberal* où l'opinion publique était généralement favorable au PPACA, bien que la loi fût déjà très controversée. A l'inverse, Chris Christie, le gouverneur républicain du New Jersey, s'est montré plus combatif, posture qui s'explique en partie par ses ambitions présidentielles (il s'est notamment opposé à la mise en place d'un marché d'assurance-maladie dans son État, mais rappelons que lorsque les États refusent d'ouvrir leur propre *health marketplace*, c'est l'État fédéral qui le fait pour eux).

- 6 D. Béland a aussi tenu à souligner la grande flexibilité dont a fait preuve l'administration Obama pour faciliter la transition des États au nouveau système. Tout d'abord, le calendrier de mise en œuvre fut largement assoupli : une date limite avait été fixée pour que les États manifestent leur volonté de créer leur marché d'assurance-maladie. L'État fédéral a supprimé cette date limite. De très nombreux États se sont opposés à la création de marchés d'assurance-maladie sur leur territoire. Les problèmes majeurs rencontrés lors du lancement du site web fédéral en octobre 2013 sont en partie dus au fait qu'on ne s'imaginait pas que l'État fédéral prendrait en charge plus de 25 États (il n'y avait pas de budget direct prévu pour mettre en œuvre les marchés d'assurance-maladie dans les États fédérés). D'autre part, six États ont accepté un modèle hybride de marchés d'assurance-maladie, les *partnership exchanges*, qui n'apparaissent nulle part dans la loi et qui sont une invention des *Health and Human Services*. Par ailleurs, beaucoup de discussions ont lieu entre les commissaires aux assurances des États (des fonctionnaires élus dans certains États, mais pas dans tous) et les *Human and Health Services*. Cette collaboration se fait en catimini et n'est absolument pas médiatisée car elle n'est pas aussi spectaculaire que l'expansion de *Medicaid*.

National Federation of Independent Business v. Sebelius

- 7 En juin 2012, cet arrêt de la Cour suprême a validé une grande partie de la loi tout en compliquant sa mise en œuvre, notamment en ce qui concerne *Medicaid*. L'expansion de ce programme constituait l'un des aspects centraux de la loi de 2010 : elle prévoyait en effet une aide généreuse aux États pour en étendre la couverture, et ces derniers seraient sanctionnés et perdraient l'intégralité du financement *Medicaid* en cas de refus. Comme ce programme² représentait une somme colossale en termes de dépenses publiques en 2010 (22% du budget total des États), les réformateurs étaient partis du principe que les États obtempéreraient et accepteraient l'offre généreuse de l'État fédéral, entraînant la couverture de 15 millions d'Américains supplémentaires. Cependant, au grand dam de l'administration Obama, la Cour suprême présidée par John Roberts jugea cette mesure trop contraignante pour les États. Restent d'importantes incitations financières pour que les États adhèrent à l'expansion du programme, mais cet arrêt a considérablement réduit la marge de manœuvre de l'État fédéral.

- 8 Une mobilisation politique des États républicains a vu le jour, notamment dans le Sud, pour s'opposer à l'expansion de *Medicaid*. D. Béland a rappelé que *Medicaid* était un programme très symbolique car tourné vers les pauvres, les minorités, et donc un programme souvent perçu comme « pour les autres ». La classe moyenne se méfiait d'une éventuelle expansion du programme bien avant l'adoption du PPACA. Mais *Medicaid* est devenu une cible de choix pour les Républicains dans les États fédérés, une manière de démontrer qu'ils ne collaboreraient pas avec l'administration Obama. Par exemple, Rick Perry fut l'un des premiers gouverneurs — lui aussi aspirant à la présidence — à attaquer le PPACA, alors que le Texas est l'État où le taux de couverture maladie est le plus faible. D'après D. Béland, ce sont des gestes politiques, car en fait tous les États doivent d'une façon ou d'une autre collaborer avec les *Health and Human Services* en matière de régulation. D. Béland a voulu souligner le décalage récurrent entre la rhétorique politique enflammée des Républicains et ce qui se passe plus discrètement sur le terrain. Il existe au demeurant une corrélation forte entre les États contrôlés par les Républicains et le rejet de l'expansion de *Medicaid*. À l'heure actuelle, parmi les 18 États ayant refusé l'expansion de *Medicaid*, 16 sont contrôlés par des Républicains³. Notons toutefois que des différends sont parfois observables entre des gouverneurs républicains pragmatiques, favorables à l'expansion du programme, et des législatures d'État récalcitrantes, comme c'est le cas dans le Wyoming et le Tennessee par exemple.

Conclusion

- 9 La mise en œuvre du PPACA prendra officiellement fin en 2019 et beaucoup d'ajustements sont à prévoir d'ici là.
- 10 D. Béland a insisté sur le paradoxe du rejet du PPACA, que certains Républicains eux-mêmes ont identifié : si un État fédéré n'accepte pas de mettre en œuvre un marché d'assurance-maladie pour les individus et les petites entreprises, c'est l'État fédéral qui doit le faire. Le refus politique de participer, que les Républicains justifient sur la base idéologique d'une opposition au *big government*, confère *in fine* davantage de pouvoir à l'État fédéral.
- 11 Il a également rappelé que, plus le temps passe, plus le remplacement de la loi paraît chimérique (car elle fut validée par la décision de la Cour suprême et par la réélection d'Obama en 2012). La loi ne peut pas être abrogée car Obama détient le veto présidentiel. Les Républicains savent qu'ils doivent vivre avec le PPACA. Si la corrélation entre les difficultés de mise en œuvre et le poids des Républicains dans chaque État est très nette, la flexibilité de l'administration Obama pour encourager un maximum d'États à participer et les arrangements qui sont trouvés en catimini sont eux aussi à prendre en considération.
- 12 Il a enfin souligné les difficultés inhérentes à ce type de réforme : la défense de la loi est complexe car les Américains commencent seulement à en voir les avantages. D'autre part, si l'on regarde l'histoire d'autres réformes du système de santé, on peut espérer qu'une majorité d'États finissent par adhérer aux principes du PPACA. En guise d'illustration, il a rappelé que le dernier État à avoir rejoint le programme *Medicaid* (créé en 1965) fut l'Arizona, en 1982.

- 13 Cette analyse synthétique, claire et vivante des enjeux politiques de la mise en œuvre du PPACA démontre que la promulgation d'une loi ne signifie pas la fin de l'histoire d'une réforme : la mise en œuvre constitue une bataille politique à part entière, souvent négligée dans les analyses. Néanmoins, à l'issue de cette conférence quelques questions demeurent.
- 14 Sur la question de la flexibilité de l'administration Obama, il aurait sans doute été intéressant de revenir sur les effets politiques de la multiplication des exemptions (*waivers*) accordées aux États. Ces exemptions, que d'aucuns ont apparenté à du favoritisme politique, semblent avoir constitué l'une des nombreuses pierres d'achoppement dans la bataille qui visait à définir la loi auprès des Américains (selon la logique suivante : « si autant d'exemptions sont accordées, c'est que la loi est mauvaise »). Il semble également important de replacer cette flexibilité dont parle Daniel Béland dans un cadre plus vaste. À l'instar des administrations Clinton et Bush (qui accordèrent eux-aussi de nombreuses exemptions aux États pour les programmes *Medicaid* et *SCHIP*⁴ notamment), l'administration Obama se place dans une position de déférence ou du moins de délégation forte vis-à-vis des États. Le rôle qu'entend jouer l'administration dans la mise en œuvre semble ainsi s'inscrire dans la droite ligne de ses prédécesseurs. Compte tenu de cette flexibilité, il aurait été intéressant d'avoir le point de vue de Daniel Béland sur la démission à la tête des *Health and Human Services*⁵ de Kathleen Sebelius, grande partisane des *health care marketplaces* dans les États.
- 15 Par ailleurs, la présentation faisait la part belle à la corrélation entre les États dominés par les Républicains et l'opposition à la loi. Sans surprise, c'est cet angle qui domine également la couverture médiatique sur l'Obamacare, car c'est le plus spectaculaire. Si l'obstruction des Républicains mérite vraiment d'être expliquée de manière fine et nuancée, ce que fait Daniel Béland, elle pourrait avoir tendance à éclipser d'autres débats importants. Insister sur l'opposition des Républicains, c'est d'une certaine manière passer sous silence les différends majeurs qui existent dans les rangs démocrates à propos du PPACA (de la part de ceux qui y sont opposés comme de ceux qui estiment que cette loi n'est pas assez ambitieuse). Outre la flexibilité de l'administration Obama, il aurait été intéressant de mettre en lumière la réponse politique des Démocrates face à cette opposition républicaine complexe.
- 16 Étant donné que les Républicains savent qu'ils vont devoir composer avec cette loi et que l'on assiste à davantage de collaboration de leur part, leur opposition ne serait-elle pas principalement destinée à intéresser la scène médiatique, à servir d'autres fins politiques et à masquer un consensus idéologique de plus en plus net à propos de la santé entre Démocrates et Républicains ?

NOTES

1. Daniel Béland est titulaire de la Chaire de recherche du Canada en politiques publiques à la Johnson-Shoyama Graduate School of Public Policy (Université de la Saskatchewan).

2. Le programme *Medicaid* est décentralisé dans sa mise en œuvre, cogéré par l'État fédéral et les États fédérés.
 3. Alabama, Géorgie, Idaho, Kansas, Louisiane, Maine, Mississippi, Nebraska, Caroline du Nord, Caroline du Sud, Oklahoma, Dakota du Sud, Tennessee, Texas, Wisconsin, Wyoming.
 4. *State Children's Health Insurance Program*.
 5. Le département chargé entre autres de l'administration des programmes *Medicare* et *Medicaid*.
-

INDEX

Thèmes : Actualité de la recherche

AUTEUR

ELISABETH FAUQUERT

IEP de Lyon