



États-Unis

Que va devenir l'Obamacare sous la présidence de Donald Trump ?

Donald Trump a annoncé, à de nombreuses reprises pendant sa campagne, qu'il allait abroger et remplacer l'Obamacare dans les cent premiers jours de son mandat. À l'issue des élections, il a nuancé sa position, indiquant qu'il allait étudier la possibilité de conserver deux aspects de l'Affordable Care Act :

- l'interdiction faite aux assureurs de refuser un patient en raison de son état de santé ;
- la possibilité pour des parents de faire bénéficier plus longtemps leurs enfants de leur couverture santé.

Selon des analystes, ce nouveau cap est toutefois incompatible avec l'abrogation d'un autre pilier de l'Obamacare, « l'obligation individuelle » de souscrire à une assurance santé quelle que soit la situation médicale. Pour être viable, le système repose sur l'inscription d'États-Uniens en bonne santé, qui compense la prise en charge plus onéreuse de patients malades. Si ce mécanisme est démantelé, les assureurs perdront les revenus qu'ils percevaient des patients en bonne santé et augmenteront encore le coût de la couverture pour les autres, la rendant trop chère pour un très grand nombre.

Fait aggravant, les assureurs, qui devront fixer le montant des primes d'assurance au début de l'année prochaine, ne savent pas encore si les subventions publiques destinées aux plus défavorisés seront maintenues. Le marché de l'assurance maladie risquerait alors de ressembler à ce qu'il était avant l'Affordable Care Act.

Deux jours après la victoire de Donald Trump, le lobby du secteur de l'assurance santé, l'America's Health Insurance Plans, a lui-même mis en garde contre des « perturbations soudaines » qui pourraient « compromettre la couverture santé » des États-Uniens. L'« effet Trump » s'est d'ailleurs déjà fait sentir. Dès le lendemain de sa victoire électorale, les

inscriptions à l'Obamacare ont connu une brusque flambée, selon le ministère de la Santé.

D'après le bureau du Congrès, le plan des républicains pour remplacer l'Obamacare – auquel le président démocrate a mis son veto en janvier – priverait de couverture santé près de 22 millions de personnes, dont une forte proportion d'enfants et de personnes défavorisées.

Autres mesures annoncées sur la santé : en ce qui concerne le prix des médicaments, très élevé aux États-Unis, les deux candidats promettaient d'autoriser les importations de médicaments vendus moins cher à l'étranger, en donnant à Medicare le droit de négocier les tarifs avec les laboratoires. M. Trump s'est prononcé contre toute extension de Medicaid, et a évoqué pendant la campagne la privatisation éventuelle de Medicare, sujet sur lequel il n'a pas encore été tout à fait clair.

Medicare et Medicaid

Les programmes Medicare et Medicaid ont été mis en place en 1965, à l'initiative du président démocrate Lyndon Johnson dans le cadre de son projet de « guerre contre la pauvreté ».

- Medicare est le système d'assurance-santé géré par le gouvernement fédéral des États-Unis au bénéfice des personnes âgées de plus de 65 ans et de certaines personnes handicapées, soit au total plus de 55 millions de personnes. En raison du vieillissement des générations du baby-boom, le nombre de personnes couvertes par Medicare devrait fortement augmenter à l'avenir, jusqu'à avoisiner les 80 millions en 2030.

Le financement du programme est assuré par l'impôt sur le revenu, par une taxe sur les salaires à la charge des employeurs et des salariés et par une contribution versée par les assurés. En moyenne, Medicare couvre

la moitié des dépenses de santé de ceux qui en bénéficient. Medicare a coûté en 646 milliards de dollars en 2015, ce qui correspond à 15 % du budget fédéral et à plus de 20 % de la dépense totale de santé aux États-Unis. Pourtant, certaines dépenses sont mal remboursées par Medicare (actions de prévention, soins dentaires ou optiques...), ce qui oblige la majorité des retraités à souscrire une assurance complémentaire.

- Medicaid est la couverture santé des Américains considérés comme vulnérables (familles les plus pauvres et personnes handicapées). La pauvreté est définie à l'aune d'un double critère de revenu et de patrimoine et la nature des prestations couvertes par Medicaid varie selon le type de population auquel elle s'adresse. En 2014, la couverture publique Medicaid a été étendue aux citoyens américains disposant de revenus au-dessus du seuil de pauvreté (jusqu'à 133 % de celui-ci). Elle couvre actuellement plus de 60 millions de personnes, pour un coût de 520 milliards de dollars.

Le programme est géré au niveau des États : il existe donc, en pratique, 51 programmes différents, un pour chacun des États de l'Union et un pour le district de Columbia. L'État fédéral contribue cependant au moins à hauteur de 50 % au financement de ces programmes, et définit des « lignes directrices » qui s'imposent aux États fédérés. Ils ont ainsi l'obligation de couvrir certaines populations, sous condition de ressources, et peuvent étendre Medicaid, s'ils le souhaitent, à d'autres publics, dits « optionnels ». En raison du niveau modique des remboursements, les bénéficiaires de Medicaid rencontrent souvent des difficultés pour trouver des professionnels de santé qui acceptent de les soigner.

CÉLINE JAEGGY-ROULMANN