

November 2020

“Obamacare:
Enjeux économiques et constitutionnels”

Marcel Boyer and Molivann Panot

OBAMACARE : Enjeux économiques et constitutionnels

**Marcel Boyer* Ph.D., O.C., FRSC
Molivann Panot** M.Sc., DESS**

22 novembre 2020

RÉSUMÉ : La Table des matières (page suivante) tient lieu de résumé.

Mots-clés : Obamacare, mandat individuel, sélection adverse, Medicare, Medicaid, Constitution, Cour suprême, Sebelius, statu quo, habitudes, tabous.

* Professeur émérite de sciences économiques, Université de Montréal ; Titulaire (2002-2008) de la Chaire Bell Canada en économie industrielle, Université de Montréal ; Titulaire (1993-2000) de la Chaire Jarislowsky-SSHRC-NSERC en concurrence internationale, École Polytechnique de Montréal ; Membre associé, Toulouse School of Economics & Institute of advanced Studies in Toulouse ; Fellow, CIRANO & C.D. Howe Institute; Affilié universitaire, Groupe d'Analyse.

** Professionnel de recherche au CIRANO

Table des matières

1	Introduction	3
2	Aperçu de la réforme Obamacare	4
2.1	Les éléments essentiels	5
2.2	Bourses d'assurance maladie	6
3	L'assurance maladie aux États-Unis (2019)	7
3.1	Assurances cofinancées par l'employeur	7
3.2	Medicare	8
3.3	Medicaid	9
3.4	Les non-assurés	10
3.5	Bilan.....	12
4	Les enjeux économiques	13
4.1	Sélection adverse sur le marché des assurances	13
4.2	Le mandat individuel pour contrer la sélection adverse	14
4.3	Accès aux soins et maîtrise des coûts	14
4.4	Débat socioéconomique autour de la réforme	18
4.4.1	Effets négatifs / arguments défavorables.....	18
4.4.2	Effets positifs / arguments favorables	19
4.4.3	La position des grandes centrales syndicales	20
4.4.4	La position des économistes de la santé	21
5	Les enjeux constitutionnels.....	22
5.1	Contestations judiciaires et décision de la Cour Suprême de 2012	26
5.2	La loi de 2017 sur les réductions d'impôt et l'emploi : Californie v Texas.....	28
6	Le pouvoir du statu quo	30
6.1	Une comparaison de deux sociétés semblables aux tabous différents	32
6.1.1	Les systèmes de soins de santé (hospitaliers) : France v Québec	32
6.1.2	L'enseignement supérieur : France v Québec	33
6.2	Pourquoi de telles habitudes et de tels tabous ?	34
6.3	Les relations entre le fédéral et les provinces au Canada	36
7	Conclusion : Retour à la Cour Suprême (2020-2021)	38
8	Références.....	40

1 Introduction

Assurer un accès à une couverture santé pour l'ensemble de la population est une préoccupation de longue date dans la plupart des social-démocraties. D'un point de vue général, la question est de savoir comment étendre la couverture santé au plus grand nombre en maintenant un système viable, adéquatement financé et dont les coûts seraient maîtrisés, sans pour autant que cela ne s'en ressente sur la qualité des soins administrés.

Cependant, vouloir réformer en profondeur l'organisation d'un système de santé publique peut parfois se révéler une tâche difficile, dans la mesure où des conceptions quant à son fonctionnement sont fortement ancrées tant au sein des gouvernements que de l'opinion publique. Si des arguments économiques, juridiques et sociétaux sont apportées dans les discussions, il s'avère que des considérations culturelles et idéologiques peuvent également peser de manière importante dans le débat, compromettant toute perspective de changement et imposant de fait un statu quo au système en place.

Aux États-Unis, le *Patient Protection and Affordable Care Act* (PPACA), plus connu sous le nom d'Obamacare, est la loi qui concrétise l'importante réforme du système public d'assurance maladie voulue par le président Obama. Elle a été promulguée en 2010 et est pleinement entrée en vigueur en 2014. À travers cette réforme, le Gouvernement fédéral définit plusieurs lignes directrices pour le système de santé publique, une compétence constitutionnelle réservée aux États fédérés, et charge ces derniers de mettre en œuvre dans leur propre juridiction le vaste ensemble de dispositions et de mesures prévues dans la loi.

Cette réforme a été particulièrement révélatrice du clivage idéologique existant entre les Républicains et les Démocrates d'une part sur la question d'instaurer une assurance maladie universelle à l'image de ce qui existe dans les autres pays de l'OCDE, et d'autre part sur le fait qu'un tel système puisse être réglementé par l'État fédéral. Cette intervention du gouvernement fédéral a été ressentie comme une ingérence dans une compétence des États. Depuis sa mise en œuvre, la loi PPACA fait l'objet d'une bataille judiciaire intense initiée par les Républicains qui contestent sa constitutionnalité et cherchent à obtenir son invalidation devant la Cour Suprême. Elle subit également l'hostilité d'un grand nombre de citoyens Américains envers certaines exigences de la loi, vues comme des réglementations portant atteinte aux libertés et droits individuels.

2 Aperçu de la réforme Obamacare

À la date de son entrée en vigueur en 2014, le PPACA prévoyait la création d'un certain nombre de nouveaux mécanismes ainsi que des améliorations apportées aux programmes existants. Les dispositions et mesures les plus importantes sont résumées ci-dessous ; une liste plus exhaustive est disponible dans Henry J. Kaiser Family Foundation (2017) :

- Tous les citoyens et résidents légaux du pays ont l'obligation de souscrire à un plan d'assurance santé, ce qui signifie que ceux qui n'ont pas de couverture maladie chez leur employeur ou ne sont pas éligibles à Medicare ou Medicaid sont désormais forcés d'être assurés.
- Des Bourses d'assurances maladie (*health insurance exchanges*) sont créées par le PPACA et réglementées par les États. Ces marchés régulés de l'assurance permettent notamment aux individus et aux petites entreprises de faire un choix parmi plusieurs plans offerts par des compagnies d'assurances privées, de demander une aide financière et de souscrire à une couverture reconnue par le PPACA.
- De nouvelles règles sont imposées aux compagnies d'assurances privées, qui se voient désormais interdites de refuser des dossiers ou d'établir des primes sur la base des antécédents médicaux des patients.
- L'admissibilité à Medicaid est rehaussée à 133 % du niveau fédéral de pauvreté (*Federal poverty level - FPL*), et les soins préventifs bénéficient d'une meilleure couverture dans le programme Medicare.
- Un **mandat individuel** oblige tout citoyen ou résident légal de disposer d'un plan de couverture santé. Une taxe de pénalité annuelle, représentant la valeur maximum entre 2,5 % du revenu du ménage et \$695 par adulte plus \$347.50 par enfant, est prévue en cas de manquement à cette obligation¹. Certaines exemptions sont prévues, notamment pour des considérations financières, religieuses, et d'accessibilité à un plan de couverture santé par exemple chez l'employeur.
- Des subventions sont versées sous forme de crédits d'impôts afin d'aider les ménages les plus démunis à souscrire à une couverture santé sur les Bourses d'assurances. Ces crédits d'impôts varient en fonction de l'âge de l'assuré, du revenu du ménage et du coût du plan d'assurance de référence. Les individus ayant déjà accès aux programmes

¹ Le 22 décembre 2017, le Président Trump signe le *Tax Cuts and Jobs Act* qui annule cette pénalité pour contravention au mandat individuel, annulation effective au début de l'année 2019.

Medicaid, Medicare ou bénéficiant d'une assurance santé admissible chez leur employeur n'y sont pas éligibles.

- Les primes ne peuvent plus être calculées que suivant quatre critères : l'âge, la cote géographique du lieu de résidence (*geographic rating area*, établie d'après le coût des soins dans la zone), la composition familiale et la consommation ou non de tabac. Chez une compagnie d'assurance, les primes doivent être appliquées de manière uniforme à tous les clients d'une même catégorie de risques (*single risk pool provision*), définie sur la base des quatre variables ci-dessus.
- Interdiction est faite aux assureurs d'établir des limites de couverture dans le temps ou des plafonds d'indemnisation dans les contrats d'assurance santé individuels ou de groupe qu'ils proposent.
- Une pénalité est établie à l'encontre des entreprises de 50 personnes ou plus qui n'offrent pas à leur personnel employé à temps plein une assurance santé conforme aux prescriptions de la loi.
- Une taxe de 40 % (la « *Cadillac Tax* ») est imposée à partir de 2020² aux assureurs pour les contrats d'assurance trop onéreux, dont les primes annuelles demandées dépassent le seuil de \$10 200 pour un individu et \$27 500 pour une famille.

2.1 Les éléments essentiels

Pour être en conformité, les plans d'assurances doivent couvrir *au minimum* 10 catégories de services essentiels, à savoir³ :

- Soins ambulatoires (diagnostics, traitements et suivis de patients hors hospitalisation)
- Soins reçus en service d'urgence
- Hospitalisation (comprenant les chirurgies et les séjours à l'hôpital)
- Maternité (suivi et soins avant et après la grossesse) et soins des nouveau-nés
- Santé mentale et traitements des dépendances (incluant les hospitalisations, psychothérapies et conseils)

² Cette taxe est repoussée à 2022. Voir Van de Water (2019) : <https://www.cbpp.org/research/health/why-congress-shouldnt-repeal-the-cadillac-tax>

³ Pour connaître en détail les prestations obligatoires des contrats vendus sur les Bourses d'assurances, voir : <https://www.healthcare.gov/coverage/what-marketplace-plans-cover/>

- Médicaments délivrés sur ordonnance
- Services d'adaptation et de réadaptation (incluant les appareils et accessoires pour les patients blessés ou souffrant de handicaps physiques ou d'affections chroniques)
- Services de laboratoire
- Soins préventifs (incluant vaccins et tests de dépistage) et prise en charge des maladies chroniques
- Soins de la vue et dentaires pour les enfants

2.2 **Bourses d'assurance maladie**⁴

Les Bourses d'assurances maladie (*health insurance exchanges*) constituent le dernier pilier de l'assurance maladie aux États-Unis, apparues fin 2013. Elles ont été créées dans le cadre du PPACA dans le but de permettre aux individus non assurés ainsi qu'aux entreprises de moins de 100 employés d'accéder à un choix et de sélectionner des plans d'assurances offerts par les compagnies d'assurances privées participantes. Les prestations de ces contrats sont standardisées et conformes aux exigences minimales définies par le gouvernement fédéral.

Les citoyens ont également la possibilité d'y faire des demandes de subventions (versées sous forme de crédits d'impôts) si le niveau de leurs revenus les rend éligibles aux aides à l'achat d'un plan d'assurances prévues par la loi. Ces Bourses d'assurances maladies constituent donc des marchés subventionnés par des fonds publics.

En 2019, 18,7 millions d'Américains (5,9 %) étaient assurés sur les marchés individuels, que ce soit par l'entremise des Bourses d'assurance ou non⁵.

La mise en place de ces Bourses est à la charge des États, qui reçoivent un soutien du gouvernement fédéral. La loi ne leur donne cependant pas l'obligation de le faire, et plusieurs États n'ont à ce jour aucune Bourse d'assurances propres à leur juridiction, notamment ceux du Sud et du Midwest. Dans ce cas de figure, le gouvernement fédéral prend la responsabilité d'en organiser une⁶.

⁴ Giraud-Roufast (2010); Newkirk II (2016); Harrington (2010a)

⁵ Kaiser Family Foundation: <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?dataView=1¤tTimeframe=0&selectedDistributions=employer&sortModel=%7B%22collid%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>

⁶ Norris (2020) : <https://www.healthinsurance.org/state-health-insurance-exchanges/#:~:text=Among%20the%20states%20that%20have,an%20SBE%2DFP%20since%202015>

3 L'assurance maladie aux États-Unis (2019)

Jusqu'à la réforme du PPACA, le système d'assurance santé des Américains reposait principalement sur trois piliers, à savoir les assurances financées en partie par l'employeur et les deux grands programmes gouvernementaux à l'intention de certaines catégories de populations plus à risques, Medicare et Medicaid.

3.1 Assurances cofinancées par l'employeur

D'après les données compilées par la Kaiser Family Foundation⁷, 158 millions d'Américains bénéficiaient d'une assurance santé souscrite par leur employeur en 2019, soit la moitié de la population totale (49,6 %). En valeur absolue, les États présentant le plus grand nombre d'assurés sous ce régime sont la Californie (18,5 millions), le Texas (13,5 millions) et New-York (9,5 millions). Pour ce qui est des pourcentages rapportés à la population, en dehors de l'Utah (60 %), les plus fortes proportions se trouvent principalement dans les États du Midwest.

Les employés doivent se voir offrir de la part de leur employeur un choix parmi plusieurs options de plans d'assurances, les principaux types étant⁸ :

- *Health Maintenance Organization (HMO)* : désigne un type d'organismes d'assurances maladies qui proposent des plans d'assurances pour une prime annuelle fixe et relativement abordable. Les franchises et coassurances sont peu élevées et la couverture de soins est complète mais restreinte au sein d'un réseau d'établissements médicaux déterminé. L'assuré sélectionne un médecin généraliste (*Primary Care Physician - PCP*) pour les visites régulières et les références vers un spécialiste.
- *Point of Service plan (POS)* : permet pour une prime un peu plus élevée de consulter des médecins en dehors du réseau couvert (avec des frais additionnels par rapport à une consultation au sein du réseau).
- *Exclusive Provider Organization (EPO)* : similaires aux *HMO*, mais la prime annuelle est un peu plus élevée et le réseau d'établissements couvert est plus large.
- *Preferred Provider Organization (PPO)* : pour ce type de plans d'assurance, la prime annuelle est la plus élevée. Cependant, le patient bénéficie d'une plus

⁷ <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?dataView=1¤tTimeframe=0&selectedDistributions=employer&sortModel=%7B%22colld%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>

⁸ Aetna (2020). <https://www.aetna.com/health-guide/hmo-pos-ppo-hdhp-whats-the-difference.html>

grande flexibilité dans la consultation de spécialistes en dehors du réseau, et ce sans avoir besoin d'être référé par un *PCP (Primary Care Physician)*. Les franchises et coassurances pour les consultations dans le réseau sont relativement basses. Il s'agit du type de plan le moins restrictif.

- *High Deductible Health Plan (HDHP)* : souvent jumelé à une option d'épargne santé (*Health Savings Account – HSA*), désigne un type de plan d'assurance dont les primes sont modérées mais dont les franchises et coassurances sont élevées. Les montants déposés dans le *HSA* par l'employeur et l'employé servent à payer les coûts médicaux que l'assuré doit assumer.

En 2020, le type de plan d'assurances santé le plus répandu parmi les employés couverts au pays est le *PPO* (47 %), suivi du *HDHP* (37 %) et du *HMO* (13 %)⁹.

À ces programmes s'ajoute le programme d'assurances santé pour les militaires, qui couvrait 4,4 millions de personnes en 2019 (1,4 %).

3.2 Medicare¹⁰

Medicare est un programme national d'assurance santé destiné à tous les Américains de plus de 65 ans, ainsi qu'à certains autres citoyens présentant des handicaps et aux patients souffrant de maladie rénale en stade terminal. Un individu entrant dans ces catégories est admissible indépendamment de ses revenus. Dans le cas de la personne de plus de 65 ans, l'admissibilité est conditionnée à une résidence légale au pays pendant cinq années consécutives et au versement des cotisations d'impôts (par elle-même ou par son époux ou épouse) dédiées à ce programme pendant au moins 10 ans.

Medicare est géré par le gouvernement fédéral à travers les *CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services)*, un réseau d'agences qui dépend du Département fédéral de la santé. Pour les assurés, le programme est constitué de quatre parties (A, B, C et D) :

- La partie A couvre les soins reçus dans un centre hospitalier (*inpatient care*). Les assurés éligibles à Medicare bénéficient automatiquement de cette partie. Aucune prime n'est demandée ; en revanche, une franchise (\$1408 au 1^{er} janvier 2020) et des parts de coassurance (à partir de 60 jours et progressives ensuite en fonction de la durée du séjour) s'appliquent.

⁹ The Kaiser Family Foundation (2020) ; <http://files.kff.org/attachment/Report-Employer-Health-Benefits-2020-Annual-Survey.pdf>

¹⁰ [https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_\(United_States\)](https://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_(United_States))

Cette partie est principalement financée par une taxe sur les revenus salariaux des travailleurs (*payroll tax*) de 2,9 %, également partagée entre l'employeur et l'employé. Les travailleurs autonomes payent cette taxe dans son intégralité mais ont la possibilité de déduire de leurs revenus la moitié du montant.

- La partie B assure les soins reçus en consultation externe (*outpatient care*), incluant les visites chez le médecin, les tests médicaux et la fourniture d'équipements. L'assuré y est automatiquement inscrit s'il ne bénéficie pas déjà de cette couverture par l'employeur ou à travers l'assurance de l'époux. La prime demandée s'élève à \$144.60 pour 2020, à laquelle s'ajoutent une franchise annuelle de \$198 et une quote-part de 20 % du montant des frais médicaux.
- La partie C réfère à la possibilité de bénéficier des prestations des parties A, B et D à travers un assureur privé (généralement une *Health Maintenance Organization - HMO* ou une *Preferred Provider Organization - PPO*) approuvé par Medicare, avec en plus une couverture des soins dentaires, auditifs et de la vue. Les primes demandées varient selon les plans (désignés sous le nom de *Medicare Advantage*).
- La partie D concerne la couverture des frais pour les médicaments de prescription.

En 2019, 45 millions de personnes (14,2 %) étaient couverts par le programme Medicare seulement (56 millions si on inclut les bénéficiaires à double éligibilité Medicare et Medicaid)¹¹. En 2018, les dépenses pour ce programme représentaient plus de \$740 milliards, soit 3,7 % du PIB et plus de 15 % du total des dépenses fédérales.

3.3 Medicaid¹²

Medicaid désigne la couverture publique d'assurance maladie destinée aux familles, handicapés et personnes âgées les plus démunies. Créé en 1965, ce programme est administré conjointement par les États et par l'État fédéral à travers les CMS.

L'État fédéral définit un certain nombre de prestations obligatoires devant être appliqués par les États fédérés, et pour lesquelles il apporte un soutien financier. Bien qu'ils n'en aient pas l'obligation, tous les États ont mis en place leur propre version de Medicaid, avec parfois des différences notables entre elles pour ce qui est des critères d'admissibilité (revenus, actifs liquides) ainsi que des niveaux de prestations offerts dans les domaines réservés à la législation locale.

¹¹ The Kaiser Family Foundation : <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?dataView=1¤tTimeframe=0&selectedDistributions=employer&sortModel=%7B%22colld%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>

¹² <https://en.wikipedia.org/wiki/Medicaid> et McWhinney (2020)

Les personnes admissibles à Medicaid ne déboursent aucun frais pour les services couverts. Ceux imposés par les directives fédérales concernent les soins de base et comprennent entre autres les frais d'hospitalisation, les services de laboratoires, la consultation d'un médecin, les traitements cliniques, les services infirmiers, pédiatriques et de maternité. Certains États ont décidé d'ajouter à cette liste par exemple les soins dentaires, d'optométrie et de lunettes, la couverture des médicaments, ainsi que le transport médical.

Le *Children's Health Insurance Program (CHIP)*, également conjointement financé par le gouvernement fédéral et les États, est venu s'ajouter en 1997 pour les enfants non assurés dont les parents ont des revenus ne leur permettant pas d'être éligibles à Medicaid.

En 2019, 63,1 millions d'Américains (19,8 % de la population) étaient couverts par Medicaid. Le coût annuel total du programme dépassait \$600 milliards en 2017, répartis entre le gouvernement fédéral pour \$375 milliards et les États pour \$230 milliards.

De plus, en 2019, 18,7 millions d'Américains (5,9 %) étaient assurés sur les marchés individuels, que ce soit par l'entremise des Bourses d'assurance ou non¹³.

3.4 Les non-assurés¹⁴

Quelque 29,3 millions de personnes restaient non assurées aux États-Unis en 2019, soit environ 9,2 % de la population d'assurés potentiels. Au début de la décennie 2010, le nombre de non-assurés était de l'ordre de 46 millions de personnes, soit environ 17 % de la population cible, montrant que la réforme a permis une diminution notable du nombre de personnes sans protection de santé. Il convient de rappeler que les individus non assurés, et qui par conséquent n'ont pas accès aux soins de base et aux soins préventifs, présentent des taux de mortalité significativement plus élevés de 25% à 40% que ceux des assurés.

En 2019, 73 % des personnes non assurées faisaient partie d'un foyer dont au moins un membre avait un emploi à temps plein, et 11 % se trouvait dans une famille dont au moins un membre avait un emploi à temps partiel. Les foyers à faibles revenus sont les plus à

¹³ Kaiser Family Foundation: <https://www.kff.org/other/state-indicator/total-population/?dataView=1¤tTimeframe=0&selectedDistributions=employer&sortModel=%7B%22colld%22:%22Location%22,%22sort%22:%22asc%22%7D>

¹⁴ Tolbert, Orgera & Damico (2020, 6 Novembre). Key facts about the uninsured population. The Kaiser Family Foundation. <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/#:~:text=Following%20the%20ACA%2C%20the%20number,an%20historic%20low%20in%202016>

risque de se trouver sans assurance (près de la moitié avait des revenus situés en dessous de 200 % du seuil fédéral de pauvreté), et 29,6 % étaient des immigrants récents. Les États présentant les plus fortes proportions de non-assurés se trouvent au sud et au centre du pays. Les principales raisons expliquant ces situations sont les coûts prohibitifs de l'assurance pour les personnes à faibles revenus et les critères d'accès à Medicaid variables suivant les États. Une perte d'emploi constitue un risque majeur de perdre son statut d'assuré.

Les personnes non assurées ne sont pas complètement sans protection dans une situation de besoin, en particulier en situation d'urgence. La loi *EMTALA* de 1986¹⁵ assure en effet à toute personne une garantie d'accès à des services d'urgences quelle que soit sa capacité de paiement. Par cette loi, un établissement hospitalier participant au programme *Medicare* a l'obligation de fournir les examens et traitements demandés par toute personne qui se présente au service d'urgence, dès lors que l'existence d'une condition médicale d'urgence a été établie¹⁶. On peut lire sur le site *Patient Advocate Foundation*¹⁷ que le fait de ne pas être assuré ne signifie pas qu'on ne peut recevoir de soins. Tel que mentionné ci-dessus, tout citoyen a droit à des soins d'urgence tels que tout incident grave ou potentiellement mortel, tout incident où les fonctions corporelles ou les organes sont gravement altérés, tout incident où l'accouchement est imminent chez une femme enceinte. Quel que soit le statut d'assurance d'un patient, les hôpitaux et les salles d'urgence doivent fournir des soins adéquats si sa situation est qualifiée d'urgente. Les problèmes de santé mineurs sont donc exclus. En cas de contravention à cette obligation, l'hôpital s'expose à une radiation du programme Medicare.

Certaines visites ne seront pas admissibles selon la définition formelle d'une urgence : se rendre à une salle d'urgence pour des soins ne mettant pas la vie en danger ; les soins prénatals, contrôles de santé, dépistages, rendez-vous de suivi ou visites médicales en cours ; les situations qui ne sont pas considérées comme mortelles, comme la grippe, le

¹⁵ *Emergency Medical Treatment & Labor Act (EMTALA)*. Les dispositions de cette loi sont détaillées sur le site de l'agence fédérale CMS : <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EMTALA/>

¹⁶ "Existing §489.24 provides for the following: Requires that when an individual presents to a hospital's emergency department and a request is made on the individual's behalf for examination or treatment of a medical condition, the hospital must provide for an appropriate medical screening examination to determine whether or not an emergency medical condition exists. [...] If the hospital determines that an emergency medical condition exists, the hospital must provide for further medical examination and treatment as required to stabilize the individual. If the hospital does not have the capabilities to stabilize the individual, an appropriate transfer to another facility is permitted." Voir <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EMTALA/Downloads/CMS-1063-F.pdf>

¹⁷ <https://www.patientadvocate.org/explore-our-resources/preventing-medical-debt/uninsured-and-facing-an-emergency-know-your-rights/>

rhume, les éruptions cutanées, etc. Une fois que la situation immédiate a été évaluée et que le patient est stabilisé, l'hôpital peut choisir de le transférer ou de le libérer. De plus, il faut garder à l'esprit que le fait de se présenter aux urgences ne signifie pas que le patient sera vu si sa situation ne constitue pas une urgence.

Cependant, ce n'est pas parce que le non-assuré a été traité que la visite est gratuite. La personne non assurée reste responsable de la facture complète des soins prodigués et devra conclure un accord de paiement avec l'hôpital et ce, sans garantie de succès. Il lui est recommandé de faire appel aux options de soins caritatifs ou aux rabais qui pourraient être disponibles, de contacter Medicaid pour déterminer son admissibilité à ce programme, ou d'explorer ses options via les Bourses établies par la loi PPACA. Dans les cas extrêmes, le patient peut être acculé à la faillite personnelle (Khazan, 2019)¹⁸.

De leur côté, les hôpitaux peuvent alors être tentés d'augmenter le coûts des soins pour les autres patients afin de compenser le manque à gagner (Groppe, 2017). Le gouvernement fédéral (à travers Medicare et Medicaid principalement), les États et autres gouvernements locaux versent des subventions aux hôpitaux pour les factures non recouvrées¹⁹. En 2016, ces subventions gouvernementales couvraient 65 % des impayés, estimés à 38,3 milliards cette année-là (Khullar, Song & Chokshi, 2018).

3.5 Bilan

Les bénéfiques du PPACA sont observables pour ce qui est de l'accès à une assurance santé des individus ayant des antécédents médicaux. Et les améliorations apportées à Medicare ont permis de faire baisser les prix des médicaments prescrits et de supprimer certains frais à la charge du patient pour les soins préventifs. (Dalen, Waterbrook & Alpert, 2015).

En 2019, 90,9 % des quelque 318 millions d'assurés potentiels possédaient un plan d'assurance santé relativement généreux. Il est permis d'affirmer que les Américains sont aujourd'hui très majoritairement couverts par une assurance santé, dont la gamme de prestations est relativement étendue.

Avec le PPACA, l'accès à l'assurance ne peut être refusée sur la base d'antécédents médicaux et, si la loi prescrit un certain nombre de prestations essentielles minimales devant obligatoirement figurer dans les contrats, il va sans dire que la concurrence entre les assureurs privés permet la disponibilité de plans de protection allant au-delà des minima imposés.

¹⁸ <https://www.theatlantic.com/health/archive/2019/03/hospital-bills-medical-debt-bankruptcy/584998/>

¹⁹ <https://www.kff.org/report-section/uncompensated-care-for-the-uninsured-in-2013-a-detailed-examination-sources-of-funding-for-uncompensated-care/>

4 Les enjeux économiques

4.1 Sélection adverse sur le marché des assurances

Dans un marché d'assurances, la sélection adverse correspond à une situation qui survient lorsque les sujets nécessitant le plus de soins, et donc les plus à risques en termes de coûts pour les assureurs, souscrivent un plan d'assurance donné de manière disproportionnée. Comparé aux sujets les mieux portants, donc les moins à risques, les individus à risque élevé ont un plus grand avantage à souscrire le plan d'assurance santé considéré. Cette situation incite les moins à risques à ne pas participer et donc à ne pas souscrire ce plan d'assurance. Cela se traduit par une hausse des coûts devant être supportés par les assureurs, qui la transfèrent à l'ensemble de leurs clients par une augmentation collective des primes. Le départ des sujets à faible risque, pour qui il devient moins intéressant de souscrire un contrat, alimente la spirale haussière des primes. À défaut de pouvoir discriminer entre les bons et les mauvais risques, soit pour des raisons d'information incomplète soit pour des raisons légales, il est crucial pour l'assureur de pouvoir intégrer et conserver dans un même groupe (*risk pool*) le plus de participants possibles représentant à la fois les risques les plus faibles et les risques les plus élevés. Cette intégration est fondamentale pour la stabilité des primes, dont le calcul est basé sur les coûts moyens des soins anticipés (American Academy of Actuaries, 2017).

Dans un système basé uniquement sur les règles du marché, où les individus ont le choix de participer ou non suivant leurs anticipations, il existe donc deux déséquilibres majeurs qui font obstacle à une couverture universelle de la population :

1. La majeure partie des coûts du système de santé est imputable à la petite fraction de patients présentant des problèmes de santé chroniques ou des handicaps sérieux. Aux États-Unis, 10 % des personnes sont à l'origine de 67 % des coûts de santé.
2. Il existe une asymétrie d'information entre le patient, qui dispose d'une meilleure information sur son état de santé, et les compagnies d'assurance²⁰. Cela signifie que les individus les plus à risques sont davantage amenés à souscrire une assurance. À l'opposé, les individus généralement bien portants sont peu incités à participer au système (Baker, 2017).

²⁰ Sur cette question, Rothschild et Stiglitz (1976) proposent un modèle d'analyse de l'équilibre des marchés d'assurances lorsque l'information est incomplète. Ils montrent qu'une imperfection même mineure de l'information a un impact significatif sur les marchés concurrentiels, et que le prix d'équilibre concurrentiel classique n'est plus viable.

La mise en place d'un système de santé public universel viable requiert par conséquent la correction de ces asymétries.

4.2 Le mandat individuel pour contrer la sélection adverse

La mise en place du PPACA vise à inciter le plus grand nombre des citoyens à s'assurer afin de corriger les asymétries rencontrées dans le système de santé régulé seulement par les forces du marché, et à entraîner une stabilité des primes d'assurances. La réforme de l'Obamacare prévoit plusieurs mécanismes destinés à accroître la participation des individus au marché des assurances, parmi lesquels le mandat individuel est le plus emblématique (American Academy of Actuaries, 2017).

Le mandat individuel, officiellement l'*Individual shared responsibility provision*, est un mécanisme qui contraint tout individu à souscrire une assurance santé satisfaisant les caractéristiques minimales définies dans la loi. Il exige que le contribuable prouve dans sa déclaration annuelle de revenus à l'administration fédérale (IRS) soit qu'il détient une assurance santé admissible soit que sa situation correspond à une exemption reconnue, à défaut de quoi il lui sera imposé une taxe pour les périodes sans couverture ou exemption (IRS, 2020).

Dès 2010, plusieurs États ont entamé une contestation judiciaire du mandat individuel, à la fois l'obligation de souscrire un contrat d'assurance admissible et la pénalité prévue en cas de contravention au mandat individuel. La pénalité a été finalement réduite à 0\$ par la *Tax Cuts and Jobs Act*, signée par le président Trump le 22 décembre 2017 et prenant effet en 2019 (Voir Section 6 ci-dessous).

Suite à l'élimination à toutes fins utiles du mandat individuel, plusieurs États, notamment la Californie, le Rhode Island, le District de Columbia, le Massachusetts et le New Jersey, ont pris la décision de le restaurer avec pénalités pour les contrevenants. La principale raison invoquée par les représentants de ces États était de maintenir la stabilité des primes et des marchés d'assurances (Pak, 2020).

4.3 Accès aux soins et maîtrise des coûts

Jusqu'à la mise en place des grands programmes publics des années 1960, le modèle traditionnel de couverture de santé américain reposait sur un système dont le financement était partagé entre l'employeur et l'employé. Encouragée par des incitations fiscales, la couverture santé représentait un avantage mis en avant par les employeurs pour attirer de la main-d'œuvre. Elle s'adressait donc avant tout à la classe moyenne active, laquelle recevait des soins relativement accessibles. De leur côté, les assureurs bénéficiaient d'un bassin d'assurés stables, en relative bonne santé et couverts par leurs

employeurs, ce qui permettait de compenser les coûts engendrés par les patients plus à risque.

L'arrivée de Medicare et Medicaid en 1965 marque le début de la participation directe du gouvernement dans la prise en charge de certaines catégories de personnes plus vulnérables et exclues du système d'assurance maladie. La loi *EMTALA* de 1986 institutionnalise l'interdiction faite aux hôpitaux affiliés à Medicare de refuser le traitement de tout patient en situation d'urgence. Enfin, le programme CHIP de 1997 permet la couverture santé des enfants de personnes non assurées. Tous ces dispositifs se traduisent par des dépenses conséquentes pour les divers paliers de gouvernements, avec un risque élevé de montée en flèche des coûts à assumer (Newkirk II, 2016).

C'est ce qui a été observé au cours des dernières décennies. Entre 1962 et 2007, le niveau national des dépenses de santé par rapport au PIB passent de moins de 6 % à plus de 16 %. En 2007, les dépenses de santé par habitant représentaient \$ 7 290, un montant bien supérieur à l'ensemble des pays de l'OCDE. Mais en contrepartie de ces coûts élevés, et bien que des disparités existent entre les États, les Américains ont en général accès à des soins de bonne qualité, à des technologies de pointe, et bénéficient de délais plus courts que les autres pays pour les opérations non urgentes (Harrington, 2010a).

Ces coûts importants des soins de santé vont de pair avec des niveaux de primes élevés, qui dissuadent de nombreuses personnes de s'assurer : en 2009, la couverture pour une famille dans le cadre d'un plan d'assurances cofinancées par l'employeur coûtait en moyenne \$13 375 par année, avec une contribution moyenne de l'employé à hauteur de \$3 515. Pour une couverture individuelle, les montants moyens étaient respectivement de \$4 824 et \$779. (Harrington, 2010a, citant l'étude Kaiser/HRET de 2009).

Le PPACA a pour objectif d'étendre la couverture santé au plus grand nombre afin d'obtenir un pool diversifié de profils de risques, mais les différents mécanismes prévus (extension des programmes Medicaid et Medicare, subventions à la souscription d'assurances pour les individus à faibles revenus, compensations pour les assureurs qui acceptent des profils plus risqués...) amènent le gouvernement fédéral à devoir assumer plus de risques en matière de coûts, même si des taxes pour les contribuables les plus aisés sont créées en contrepartie.

Lors de la promulgation de la loi, on ne pouvait pas prédire de manière certaine si la réforme allait pouvoir juguler la croissance des coûts de la santé ou si au contraire elle accentuerait le déséquilibre du poste de la santé dans le budget fédéral (Harrington, 2010b).

Pour ce qui est des Bourses d'assurances, les règles et mécanismes définis par la loi pour non seulement empêcher les assureurs de refuser les profils les plus à risques, notamment ceux ayant des antécédents médicaux, mais aussi les inciter à les accepter²¹, visent à permettre l'accès aux marchés pour le plus grand nombre d'individus, et ainsi stimuler la concurrence. (American Academy of Actuaries, 2017).

Avec la fin de certains des mécanismes d'ajustements et de mitigation des risques prévus par la loi, les Bourses d'assurances s'avèrent non rentables pour les compagnies participantes, comme en témoigne le retrait d'Aetna de plusieurs Bourses en 2017. En plus du faible nombre d'individus venant y sélectionner un contrat, les Bourses d'assurances attirent surtout des participants plus difficilement assurables par les compagnies d'assurance : d'un côté des profils jeunes, bien portants et estimant n'avoir besoin que d'une protection minimale, inéligibles à Medicaid, mais dans une situation professionnelle instable ; et de l'autre des individus plus âgés et plus à risque sur le plan médical, pas encore admissibles à Medicare, et en situation d'emploi également instable. Les subventions fédérales, ainsi que les interdictions faites aux assureurs de refuser des clients sur la base d'antécédents médicaux et de moduler les primes suivant certains risques, ont surtout créé un afflux de profils faisant partie de cette dernière catégorie. La conjonction de ces facteurs engendre des pertes financières pour les compagnies d'assurances participantes, avec pour conséquence une augmentation des primes, ou le retrait pur et simple des assureurs de ces marchés qu'ils jugent non rentables.²²

Par ailleurs, nombre d'États refusent de collaborer à ces systèmes subventionnés, forçant le gouvernement fédéral à prendre le relais pour l'organisation des Bourses et la prise en charge des coûts (Newkirk II, 2016).

Il apparaît néanmoins que ces subventions gouvernementales versées à un grand nombre d'individus à faibles revenus ont un effet stabilisateur pour le marché individuel de l'assurance, limitant l'influence des déterminants traditionnels que sont le risque et le coût des soins. Ainsi selon McKinsey (2016), la spirale de coûts liée à la sélection adverse présente peu de risques de s'y produire, si les mécanismes prévus dans la loi sont respectés.

²¹ La loi PPACA a créé principalement trois mécanismes d'ajustements des risques pour les compagnies d'assurances afin de les inciter à accepter de couvrir les patients aux risques élevés et de stabiliser les primes pour les premières années : *Risk adjustment*, *Reinsurance* et *Risk corridors*. Le premier est toujours en vigueur ; les deux derniers prévus pour trois ans ont pris fin en 2016. Pour plus de précisions sur ces mécanismes, voir : <https://www.kff.org/health-reform/issue-brief/explaining-health-care-reform-risk-adjustment-reinsurance-and-risk-corridors/>

²² Voir également *The Economist* (2016).

Ces marchés pourraient finir par être rentables et viables à long terme ; et étant donné que le PPACA impose une standardisation des prestations essentielles à couvrir, une concurrence est possible entre les plans d'assurances, qui peuvent se distinguer soit par une baisse des primes ou par des prestations supplémentaires. Mais en attendant que ces marchés atteignent un fonctionnement optimal, de nombreux Américains doivent faire face à une augmentation de leurs primes d'assurances.

Il reste donc plusieurs imperfections à corriger sur les Bourses d'assurances et le système de santé en général, et certaines pistes de réflexions sont énumérées par Newkirk II (2016) :

- Au cours des débats précédant la promulgation du PPACA était abordée la question d'une « option publique », c'est-à-dire une agence gouvernementale chargée de proposer des plans d'assurances pour concurrencer les compagnies d'assurances privées. Cette option était à l'époque défendue par le Président Obama et Nancy Pelosi. L'entrée d'un tel joueur public sur le marché permettrait, selon ses défenseurs, une concurrence plus intense et une baisse des coûts (grâce notamment à la taille et au pouvoir de négociation du gouvernement fédéral), et offrirait également une alternative aux patients qui préféreraient traiter avec leur gouvernement. (Harrington, 2010a). Bien qu'elle n'ait finalement pas été retenue dans la réforme, cette idée fait encore son chemin.
- Revenir sur l'option accordée aux États d'appliquer ou non l'expansion de Medicaid permettrait d'améliorer le pool de risques des Bourses d'assurances en redirigeant un grand nombre d'individus à faibles revenus et à risques élevés vers le programme gouvernemental.
- Envisager l'approche du *single-payer health care*, soit la prise en charge directe par l'État de l'ensemble de la population à assurer par la fusion des Bourses d'assurances avec les programmes plus stables que sont les plans d'assurances cofinancés par l'employeur et les programmes d'assurances publics. Ce système, dans lequel les primes d'assurances des assurés transiteraient par le gouvernement, présenterait l'intérêt de mettre fin au fractionnement du système actuel et de mettre en place une autorité organisée ayant la taille critique pour être en mesure de négocier une baisse des prix avec les grands assureurs privés.
- S'inspirer peut-être du système en vigueur en Allemagne, où tous les résidents ont l'obligation d'avoir une assurance santé mais ont le choix de s'enregistrer soit dans le système universel de santé publique (« assureurs statutaires » couvrant 90 % de la population), cofinancé par les employeurs et les employés et basé sur le principe de

solidarité, ou bien auprès d'un organisme privé au-delà d'un certain seuil de revenus (€62 550 ou C\$97 000 en 2020²³) pour des prestations plus personnalisées²⁴.

4.4 Débat socioéconomique autour de la réforme

Dans cette section figure une revue de la littérature pour ce qui est du bilan socioéconomique observé avec l'entrée en vigueur du PPACA.

4.4.1 Effets négatifs / arguments défavorables

Le professeur Mulligan de l'Université de Chicago (Mulligan, 2016) dressait en 2016 des constats qui allaient dans le sens des arguments avancés par les opposants au PPACA quant à l'impact de cette réforme sur l'économie et la société. Selon lui, elle aurait engendré une baisse cumulée du PIB réel d'environ \$250 milliards pour 2014 et 2015, et fait perdre l'équivalent de 800 000 emplois à temps plein sur la période.

Le PPACA dans sa première version (avant la suppression du mandat individuel) est pour lui source d'effets dissuasifs majeurs dont les impacts sur l'économie sont les suivants :

- La pénalité imposée aux employeurs (de l'ordre de \$275 par mois par employé) qui n'offrent pas une assurance santé à leurs employés travaillant plus de 30 heures par semaine constitue un frein à l'embauche d'employés à temps plein. Le risque est que les employés se retrouvent limités à 29 heures par semaine.
- Le seuil de 50 employés au-delà duquel l'entreprise est dans l'obligation de procurer une assurance santé à ses salariés, sous peine de devoir payer une pénalité, représente un incitatif pour les petites entreprises à maintenir leur nombre d'emplois en-dessous de ce seuil.
- Les travailleurs précaires ne sont pas incités à passer à un statut d'emploi à temps plein qui leur ferait perdre la subvention versée par le gouvernement fédéral à Medicaid.

Murphy (2013) reconnaît que l'obligation imposée à chacun de souscrire à un plan d'assurance santé permet d'éviter la sélection adverse sur le marché et une faillite des assureurs, mais identifie plusieurs effets prévisibles et indésirables qu'allaient entraîner la réforme :

- Une forte augmentation du niveau des primes pour de nombreux assurés

²³ <https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/private-krankenversicherung>

²⁴ <https://www.cleiss.fr/docs/systemes-de-sante/allemande.html>;
<https://www.mckinsey.com/industries/healthcare-systems-and-services/our-insights/how-germany-is-reining-in-health-care-costs-an-interview-with-franz-knieps>

- Avec le PPACA, les médecins et hôpitaux verront un afflux de nouveaux patients. Des financements devront être trouvés pour faire face à cette perspective.
- De nombreux Américains ayant souscrit individuellement à un plan d'assurance santé (donc non financé par un employeur), pourraient ne pas être en mesure de le conserver lors de l'entrée en vigueur de la réforme en raison d'un défaut de conformité par rapport aux nouvelles normes²⁵.
- Le PPACA entraînera des destructions d'emplois du fait de l'obligation faite aux entreprises de plus de 50 salariés de fournir une couverture d'assurance maladie à leurs employés à temps plein. Les entreprises sont amenées à limiter leur nombre d'employés à 49 et/ou le temps de travail hebdomadaire à 29 heures.

Selon Baker (2017), les problèmes observés sur les marchés de l'assurance santé aux États-Unis après l'adoption du PPACA sont imputables (1) au fait que de nombreux employeurs continuent à assurer eux-mêmes leurs employés bien portants et à faibles risques, excluant ceux-ci des Bourses d'assurances, (2) à la concentration du marché des assureurs et à la diminution de la concurrence qui en découle, ayant pour effet une augmentation du niveau des primes d'assurances. L'objectif de diminution des coûts des soins de santé impliquerait aussi une remise à plat du système, au détriment notamment des revenus des assureurs et de l'industrie pharmaceutique, ainsi que de la rémunération des médecins.

4.4.2 Effets positifs / arguments favorables

Schoen (2016) examine l'évolution des indicateurs économiques entre 2010 et 2015, soit la situation avant et après l'entrée en vigueur du PPACA. À la date de publication, l'impact négatif de la loi sur la croissance et l'emploi, tel que prédit par les opposants à la loi, n'a pas été démontré de manière significative.

Nipkay, Pungarcher, & Frakt (2020), s'intéressant aux effets économiques du PPACA, montrent que la réforme a rendu l'assurance santé plus accessible pour beaucoup d'Américains, en particulier ceux dont les conditions nécessitent davantage de soins, n'a pas entraîné les bouleversements majeurs sur le marché du travail tels que prédits par les opposants, mais qu'elle n'a eu que peu d'effets sur la réduction des coûts de la santé.

Enfin, la littérature documente le fait qu'il existe un lien direct entre l'accès à une couverture santé et l'égalité des opportunités pour les individus à faible revenus. Medicaid a eu des effets bénéfiques pour les individus dont les parents (la mère en particulier) ont eu accès à ce programme : réduction de la mortalité infantile,

²⁵ <https://www.forbes.com/sites/theapothecary/2013/10/31/obama-officials-in-2010-93-million-americans-will-be-unable-to-keep-their-health-plans-under-obamacare/?sh=b999ee323a93>

amélioration du taux de réussite scolaire des étudiants, effet bénéfique sur la santé à long terme (taux d'obésités plus faibles, moins d'hospitalisations liées à des maladies endocriniennes et métaboliques). Par extension, un meilleur taux de graduation a un effet positif sur la mobilité économique (Robertson, 2019).

4.4.3 La position des grandes centrales syndicales

Dans une lettre adressée en juillet 2013²⁶ au leader de la majorité démocrate au Sénat Harry Reid et à la leader de la minorité démocrate à la Chambre des représentants Nancy Pelosi, les leaders syndicaux James P. Hoffa, président général de l'International Brotherhood of Teamsters, Joseph Hansen, président international de United Food and Commercial Workers International Union, et Donald Taylor, président de la centrale UNITE-HERE, ont affirmé craindre que l'Obamacare allait non seulement remettre en question les bénéfices des plans d'assurances santé des travailleurs syndiqués, mais aussi mettre en danger les fondements de la semaine de travail de 40 heures, l'épine dorsale de la classe moyenne.

Le président de l'AFL-CIO Richard Trumka affirma en septembre 2013 que sa centrale craignait les effets des subsides offerts aux assureurs et assurés sur les Bourses et non accessibles aux plans d'assurances négociés entre les syndicats et les employeurs. Pour l'AFL-CIO, l'Obamacare allait causer d'énormes problèmes pour les plans d'assurance des travailleurs syndiqués²⁷.

Les leaders syndicaux affirmaient que l'Obamacare allait inciter plusieurs employeurs à réduire la semaine de travail des employés de 40 heures (plein temps) à 29 heures (temps partiel), évitant ainsi de devoir payer leur quote-part des primes d'assurance santé de leurs employés. De plus, les leaders syndicaux se disaient mécontents de la façon avec laquelle sont traités les plans multi-employeurs, les plans Taft-Hartley. Ces régimes sont généralement négociés entre une centrale syndicale et plusieurs employeurs dans un secteur particulier. Quelque 20 millions de travailleurs étaient couverts par ces régimes, construits au fil des décennies. Contrairement aux plans proposés sur les Bourses PPACA, les travailleurs couverts par ces régimes ne seront pas éligibles aux subventions. Enfin, les modifications réglementaires d'Obamacare telles la couverture des enfants adultes jusqu'à 26 ans, la suppression des limites annuelles ou à vie, et la couverture d'un large éventail de prestations feront grimper les primes. Mais le problème clé selon les leaders syndicaux est que les petits employeurs auront désormais une solution plus attrayante,

²⁶ https://unionsforsinglepayer.org/news_releases/2013-07-17/

²⁷ Pour une discussion détaillée de ces enjeux, voir UC Berkeley Labor Center (août 2012), *The Affordable Care Act : A Guide for Union Negotiators*. <https://laborcenter.berkeley.edu/pdf/2012/acaguide12.pdf>

celle d'abandonner le plan actuel et de pousser leurs travailleurs à s'assurer sur les Bourses.²⁸

Selon Avik Roy, les syndicats étaient d'accord avec Medicare et Medicaid parce que les avantages que ces programmes procuraient aux retraités et aux pauvres n'étaient pas directement pertinents pour eux. « (traduction, passim) Ma principale préoccupation n'est pas le pouvoir et l'influence des syndicats, c'est plutôt la capacité des Américains d'avoir accès à de bons emplois et une assurance maladie abordable. Et l'atteinte de ces derniers objectifs est favorisée par un système où les gens achètent une couverture santé pour eux-mêmes, au lieu de l'obtenir par l'intermédiaire de leurs employeurs ou du gouvernement. Qu'Obamacare encourage plus de gens à souscrire une assurance par eux-mêmes, en incitant les employeurs à abandonner la couverture santé, est l'un des bons aspects de la loi. Il n'est pas surprenant que ce résultat rende les syndicats mécontents. »

4.4.4 La position des économistes de la santé

Frakt (2020) présente quelques résultats d'une enquête d'opinion menée auprès d'un panel de 200 économistes de la santé²⁹. Pour la majorité d'entre eux (81 %), le mandat individuel est essentiel à la viabilité du système, permettant d'éviter le phénomène de sélection adverse (ou anti-sélection) qui se serait produit autrement³⁰.

Ils sont d'accord (80 %) avec l'interdiction de pénaliser par une augmentation des primes les personnes ayant des antécédents médicaux, mais seraient favorables (70 %) à l'idée d'augmenter les primes pour ceux qui ont de mauvaises habitudes de vie (les *sin taxes*) sous le principe que les gens peuvent être tenus responsables de leurs choix personnels, un principe qui ne fait pas l'unanimité dans les disciplines autres que l'économie. Les dépendances, y compris à la cigarette, y sont souvent vues comme des maladies plutôt que des conséquences de choix individuels.

Une majorité d'économistes (71 %) est opposée à l'idée que l'accès à Medicare (au-delà de 65 ans) ne serait permis qu'aux gens dont le revenu est inférieur à un certain niveau. Une majorité d'économistes (61 %) est également opposée à la mise en place d'un

²⁸ Avik Roy, « Labor Unions: Obamacare will 'Shatter' Our Health Benefits, Cause "Nightmare Scenarios" », *Forbes Magazine*, 15 juillet 2013. <https://www.forbes.com/sites/theapothecary/2013/07/15/labor-leaders-obamacare-will-shatter-their-health-benefits-cause-nightmare-scenarios/?sh=68fd5a593da1>

²⁹ Étude conduite par économiste John Cawley (Cornell), Michael Morrissey (Texas A&M) et Kosali Simon (Indiana) et présentée devant la conférence de l'*American Society of Health Economists* en 2019.

³⁰ Néanmoins, la suppression en 2019 de la taxe de pénalité pour contravention au mandat individuel, exigée par la loi *Tax Cuts and Jobs Act* de décembre 2017, ne semble pas avoir occasionné jusqu'à maintenant de bouleversements sur les marchés d'assurances des États. Il est peut-être trop tôt pour que cet effet se soit matérialisé.

système de bons (*vouchers*) qui permettrait au gouvernement fédéral de ne couvrir qu'un montant fixe des primes d'assurance santé au sein de Medicare.

Quelque 50 % des économistes rejettent l'idée d'augmenter l'âge d'accessibilité à Medicare, 28 % y étant favorables et 22 % restant indécis. Les économistes seraient, en faible majorité (52 %), favorables à l'imposition de taxes pour améliorer les finances de Medicare.

Les économistes sont défavorables à 77 % à l'idée d'imposer des exigences de travail pour le droit d'accès à Medicaid et quelque 70 % des économistes sont défavorables à l'imposition d'un plafond à la contribution du gouvernement fédéral aux dépenses pour Medicaid.

L'assurance maladie offerte par l'intermédiaire des employeurs n'est pas imposable. Selon Frakt, cela se traduit par 250 milliards de dollars de recettes fiscales perdues par an. Pour de nombreux économistes, cela conduit à des régimes d'assurance maladie excessivement généreux, contribuant au gaspillage des dépenses de santé. Une minorité d'économistes (14 %) se disent favorables au traitement fiscal actuel de l'assurance maladie parrainée par l'employeur. Les économistes de la santé sont d'avis en très grande majorité (93 %) que si les employeurs dépensaient moins pour l'assurance maladie, les salaires et autres avantages augmenteraient.

Une partie des dépenses en médicaments aboutit à des bénéfices pour l'industrie pharmaceutique où des marges bénéficiaires au-dessus de 15 % ne sont pas rares. Une pluralité d'économistes de la santé semble remettre en question l'argument selon lequel les bénéfices des sociétés pharmaceutiques sont nécessaires pour les inciter à réaliser un niveau adéquat ou optimal de recherche et développement : 48 % des économistes sont en désaccord et 28 % sont en accord avec cet argument, les autres se disant indécis.

Selon Frakt, si les économistes de la santé étaient responsables du système de santé, peu de choses changeraient, à quelques exceptions notables près. Medicaid n'aurait pas d'exigences de travail (ce qui serait impopulaire parmi les conservateurs de certains États) et les taxes augmenteraient pour Medicare et pour l'assurance maladie offerte chez l'employeur (ce qui serait impopulaire parmi à peu près tout le monde).

5 Les enjeux constitutionnels

Il faut rappeler au départ que les États-Unis sont une fédération ou confédération avec un gouvernement central et cinquante gouvernements d'États fédérés. La Constitution des États-Unis attribue les pouvoirs respectifs des deux niveaux de gouvernement en utilisant des termes généraux. Selon le dixième amendement, tous les pouvoirs non

spécifiquement transférés à l'échelon fédéral restent aux mains des États. Historiquement, les pouvoirs relatifs à la santé, l'éducation, les transports, l'urbanisme et la gestion des infrastructures relèvent généralement des États, même si tous ont une part importante de financement et de réglementation fédérale.³¹

En 2010, le Congrès américain a adopté et le président Barack Obama a promulgué la loi sur la protection des patients et les soins abordables (Patient Protection and Affordable Care Act ou PPACA), connu communément sous le vocable Obamacare, afin d'augmenter le nombre d'Américains couverts par l'assurance maladie et de réduire le coût des soins de santé.

Une disposition clé est le **mandat individuel**, qui oblige la plupart des Américains à maintenir une couverture d'assurance maladie « essentielle minimale ». Pour les personnes qui ne sont pas exonérées et qui ne reçoivent pas d'assurance maladie par le biais d'un employeur ou d'un programme gouvernemental, le moyen de satisfaire à l'exigence est de souscrire une assurance auprès d'une compagnie d'assurance privée. Depuis 2014, ceux qui décident de ne pas respecter pas ce mandat doivent effectuer un « paiement de responsabilité civile », qui n'est autre qu'une « pénalité » payée à l'IRS (*Internal Revenue Service*) avec ses impôts personnels³².

Une autre disposition clé de la loi est **l'expansion du programme Medicaid** à l'intention des familles plus démunies. Le programme Medicaid actuel offre un financement fédéral aux États pour aider les femmes enceintes, les enfants, les familles nécessiteuses, les aveugles, les personnes âgées et les handicapés à obtenir des soins médicaux. La loi PPACA élargit la portée du programme Medicaid et augmente le nombre de personnes que les États doivent couvrir. Par exemple, la loi exige que les programmes des États fournissent d'ici 2014 une couverture Medicaid aux adultes dont les revenus sont inférieurs à 133 % du niveau de pauvreté fédéral, alors que de nombreux États ne couvraient en 2012 que les adultes avec enfants, si leurs revenus étaient

³¹ https://fr.wikipedia.org/wiki/%C3%89tats_des_%C3%89tats-Unis

³² Pour 2014, la « pénalité » familiale était le plus grand de 1.0 % du revenu familial ou 95\$ par adulte et \$347.50 par enfant de moins de 18 ans qui n'ont pas de plan d'assurance santé éligible par ailleurs (maximum de \$285), avec un maximum égal au coût moyen national pour un « plan familial bronze ». Pour 2016-2018, la « pénalité » familiale était de 2.5 % du revenu familial ou 695\$ par adulte et \$347.50 par enfant de moins de 18 ans non-assurés (maximum de \$2085), avec un maximum égal au coût moyen national pour un « plan familial bronze ». Depuis 2019, la pénalité a été abolie. Pour 2017, la pénalité maximale pour un célibataire était de \$3264, atteinte pour un revenu de \$140,000 et plus ; la pénalité maximale pour une famille de quatre était de \$13 056, atteinte pour un revenu familial de \$543 040 et plus (<https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2018/jul/eliminating-individual-mandate-penalty-behavioral-factors>).

considérablement inférieurs, et ne couvraient pas les adultes sans enfants. La loi augmente le financement fédéral pour couvrir les coûts encourus par les États suite à l'expansion de la couverture Medicaid. Mais si un État ne se conforme pas aux nouvelles exigences de couverture de la loi, il peut perdre non seulement le financement fédéral pour ces nouvelles exigences, mais tous ses fonds fédéraux reliés à Medicaid.

Le gouvernement a avancé **deux arguments principaux** pour défendre le pouvoir constitutionnel du Congrès de promulguer le « mandat individuel ».

Premièrement, le gouvernement a fait valoir que le Congrès avait le pouvoir de promulguer le mandat individuel en vertu de la Clause Commerciale (*Commerce Clause*) et de la Clause Nécessaire et Appropriée (*Necessary and Proper Clause*) de la constitution. La Clause Commerciale stipule que le Congrès des États-Unis aura le pouvoir « de réglementer le commerce avec les nations étrangères, entre les divers États et avec les tribus indiennes ». Un différend existe au sein des tribunaux quant à l'éventail des pouvoirs accordés au Congrès par cette Clause Commerciale. Elle est souvent associée à la Clause Nécessaire et Appropriée, qui confère au Congrès les droits et moyens accessoires ou nécessaires à l'exercice de ses pouvoirs³³.

Selon cet argument, le Congrès peut ordonner aux particuliers d'acheter une assurance maladie parce que ne pas le faire affecte le commerce interétatique et pourrait compromettre les autres réformes de la loi sur les soins abordables.

En effet, selon le gouvernement, le marché des soins de santé est caractérisé par un important problème de transfert des coûts. Tout le monde finira par avoir besoin de soins de santé à un moment et dans une mesure qu'ils ne peuvent pas prévoir, mais s'ils n'ont pas d'assurance, ils ne pourront souvent pas les payer. Parce que les lois du Fédéral et des États exigent néanmoins que les hôpitaux fournissent un certain niveau de soins aux individus sans égard à leur capacité de payer, les hôpitaux finissent par n'être compensés que pour une partie seulement des services qu'ils fournissent.

³³ La Clause Nécessaire et Appropriée a provoqué la controverse lors des discussions sur la ratification de la constitution. Les opposants anti-fédéralistes craignaient que la clause n'accorde au gouvernement fédéral un pouvoir illimité, mais les fédéralistes ont soutenu que la clause ne permettrait que l'exécution des pouvoirs du Congrès. Alexander Hamilton et James Madison étaient d'avis que, sans la clause, la constitution serait une « lettre morte » et Patrick Henry était d'avis que la clause conduirait à un pouvoir fédéral illimité, ce qui menacerait inévitablement la liberté individuelle (<https://www.history.com/topics/united-states-constitution/constitution>; <https://constitutioncenter.org/blog/the-day-the-constitution-was-ratified>).

Pour récupérer les pertes, les hôpitaux répercutent ce coût sur les assureurs par le biais de taux plus élevés, et les assureurs, à leur tour, répercutent le coût sur les assurés sous la forme de primes plus élevées.

Le Congrès a estimé que le coût des soins non assurés et non compensés fait augmenter les primes d'assurance maladie familiale de plus de 1 000 dollars par an en moyenne. Dans le PPACA, le Congrès a abordé le problème de ceux qui ne peuvent pas obtenir une couverture d'assurance en raison de conditions préexistantes ou d'autres problèmes de santé. Il l'a fait par le biais des dispositions de la loi sur la « garantie » et la « cotation communautaire ». Ensemble, ces dispositions interdisent aux sociétés d'assurance de refuser la couverture à ceux qui souffrent de telles conditions préexistantes et de facturer des primes plus élevées aux personnes en mauvaise santé qu'aux personnes en bonne santé.

Les réformes de la garantie et de la cotation communautaire ne résolvent cependant pas le problème des personnes en bonne santé qui choisissent de ne pas souscrire une assurance santé. En fait, les réformes du PPACA exacerbent fortement ce problème, en incitant les individus à retarder la souscription d'une assurance maladie jusqu'à ce qu'ils tombent malades, en s'appuyant sur l'interdiction de fixer des primes sur la base des conditions préexistantes et sur la promesse d'une couverture garantie et abordable.

Les réformes imposeront ainsi des nouveaux coûts importants aux assureurs, qui sont tenus d'accepter les personnes en mauvaise santé mais ne peuvent leur facturer les primes en fonction de leur niveau de santé. Cela conduira les assureurs à augmenter significativement les primes pour tout le monde.

Le mandat individuel était la solution du Congrès à ces problèmes. En exigeant que tous les particuliers ou presque souscrivent une assurance maladie adéquate, le mandat individuel empêche le transfert des coûts de ceux qui, autrement, se passeraient d'assurance. De plus, le mandat individuel oblige plus d'individus en bonne santé, dont les primes seront en moyenne supérieures à leurs dépenses anticipées en santé, d'être présents dans le pool de risques à assurer. Cela permet aux assureurs de subventionner les coûts de couverture des personnes en mauvaise santé que les réformes les obligent à accepter. Le gouvernement prétendait que le Congrès a le pouvoir en vertu de la Clause Commerciale et de la Clause Nécessaire et Appropriée d'adopter cette solution.

Au dire des défenseurs de la loi (la Juge Ginsburg, jointe par les juges Breyer, Sotomayor et Kagan), le mandat individuel aurait pu être déclaré constitutionnel sur la base de la Clause Commerciale et de la Clause Nécessaire et Appropriée parce que les personnes sans assurance consomment des milliards de dollars de produits et services de santé chaque année, que ces biens et services sont produits, vendus et livrés en grande partie

par des entreprises nationales et régionales qui font régulièrement des affaires entre les États et que les non-assurés traversent également les frontières pour recevoir des soins.

Deuxièmement, le gouvernement a fait valoir que si la Clause Commerciale ne peut assurer la constitutionnalité du mandat individuel, nous devrions néanmoins l'assurer en tant qu'exercice du pouvoir de taxation du Congrès. Selon le gouvernement, même si le Congrès n'a pas le pouvoir d'obliger les particuliers à souscrire une assurance, la seule conséquence du mandat individuel est d'augmenter les impôts de ceux qui ne le satisfont pas, et la loi peut donc être considérée comme un impôt à payer par ceux qui ne se sont pas pliés au mandat individuel de souscrire une police d'assurance santé adéquate.

5.1 Contestations judiciaires et décision de la Cour Suprême de 2012

Plusieurs contestations judiciaires ont été intentées principalement sur le droit constitutionnel du Congrès d'obliger ou d'inciter les individus à souscrire une assurance santé (le mandat individuel) contenant les couvertures minimales prévues la loi, sur la possibilité de dissocier ou de considérer de manière séparée (severability) cet élément du reste de la loi³⁴, et sur le droit constitutionnel du Congrès d'imposer des dépenses en santé aux États avec l'expansion du programme Medicaid.

Pour les opposants, les arguments du gouvernement permettraient au Congrès de tout réglementer, contrairement à l'esprit de la constitution relatif au partage des pouvoirs entre les États et le gouvernement fédéral.

En 2012, la Cour suprême (*National Federation of Independent Business c. Sebelius*, 567 US 519 2012) a considéré ces trois éléments de contestation.

Une majorité de juges plutôt conservateurs (Roberts, Scalia, Kennedy, Thomas, Alito) a convenu que le mandat individuel ne constituait pas une utilisation appropriée de la Clause Commerciale et de la Clause Nécessaire et Appropriée.

La Clause Commerciale permet au gouvernement fédéral de réglementer le commerce entre les États. Au dire des opposants à la loi, la Clause Commerciale ne peut s'appliquer pour réglementer l'inactivité économique, c'est-à-dire les comportements des individus qui refuse de participer ou ne participent tout simplement pas à une activité commerciale interétatique.

³⁴ Auquel cas l'inconstitutionnalité éventuelle de cette obligation ne rendrait pas la loi, dans son ensemble, inconstitutionnelle.

Dans les mots du Juge en chef Roberts³⁵, le pouvoir de réglementer le commerce suppose l'existence d'une activité commerciale à réglementer. Les précédents de la Cour reflète cette compréhension : aussi vastes que l'ont été les arrêts de la Cour qui ont interprété la portée du pouvoir fédéral de réglementer le commerce, ils décrivent uniformément le pouvoir comme relatif à « l'activité ». Le mandat individuel, cependant, ne réglemente pas une activité commerciale existante. Il oblige plutôt les individus à devenir actifs dans le commerce en achetant un produit, au motif que leur refus de le faire affecte le commerce interétatique.

Interpréter la Clause Commerciale comme permettant au Congrès de réglementer les individus précisément parce qu'ils ne font rien ouvrirait un domaine nouveau et potentiellement vaste à l'autorité du Congrès. Le Congrès possède déjà un pouvoir considérable pour réglementer ce que font les gens. Appuyer la défense de la Loi PPACA sur la base de la Clause Commerciale donnerait au Congrès la même licence pour réglementer ce que les gens ne font pas. Les pères fondateurs de la constitution connaissaient la différence entre faire quelque chose et ne rien faire. Ils ont donné au Congrès le pouvoir de réglementer le commerce, non de le contraindre. Ignorer cette distinction porterait atteinte au principe selon lequel le gouvernement fédéral est un gouvernement aux pouvoirs limités et identifiés ou énumérés.

Le mandat individuel ne peut donc être maintenu en vertu du pouvoir du Congrès de « réglementer le commerce ». À ce titre, le mandat individuel et la pénalité associée seraient inconstitutionnels.

Toujours dans les mots du Juge en chef Roberts, l'analyse de la loi donne à penser que la pénalité ou le « paiement de responsabilité partagée » peut, à des fins constitutionnelles, être considéré comme une taxe. Le paiement n'est pas si élevé qu'il n'y a vraiment pas d'autre choix que de souscrire une assurance maladie ; le paiement n'est pas formulé comme une pénalité pour un acte illégal ; et le paiement est collecté uniquement par l'IRS par les moyens normaux d'imposition.

Cela ne veut pas dire que la pénalité ne vise pas à inciter les individus à souscrire une assurance maladie. Ni la loi PPACA ni aucune autre loi n'attache de conséquences juridiques négatives à la non-souscription d'une assurance maladie, au-delà d'exiger un paiement à l'IRS. Et le choix de langage du Congrès - déclarant que les individus « doivent » obtenir une assurance ou payer une « pénalité » - ne justifie pas de voir la loi comme

³⁵ Slip opinion - *National Federation of Independent Business v. Sebelius*, U.S. Sup. Ct. (June 28, 2012). <https://www.supremecourt.gov/opinions/11pdf/11-393c3a2.pdf>

punissant une conduite illégale. Elle peut également être interprétée comme imposant une taxe à ceux qui ne sont pas assurés.

La Cour a confirmé, par un vote de cinq juges plutôt progressistes (Roberts, Ginsburg, Breyer, Sotomayor, Kagan) contre quatre juges plutôt conservateurs (Scalia, Kennedy, Thomas, Alito), que l'obligation ou l'incitation de souscrire une assurance appropriée telle que définie dans la loi, serait inconstitutionnelle si elle était interprétée comme un ordre, car le Congrès n'a pas le pouvoir de forcer les gens à souscrire une assurance. Mais elle serait constitutionnelle si elle était interprétée plutôt comme un choix laissé aux individus : soit souscrire une assurance appropriée, soit payer une taxe (pénalité). Et puisque le Congrès a indéniablement le pouvoir de prélever des impôts, cet élément de la loi (mandat individuel), ainsi interprété comme une incitation, a été déclaré constitutionnel.

Pour les quatre juges dissidents, cet argumentaire revenait non pas à interpréter la loi mais à la réécrire, ce qu'ils jugeaient être un exercice troublant du pouvoir judiciaire.³⁶

Étant donné cette décision majoritaire relative à la constitutionnalité du mandat individuel, la Cour n'a pas jugé bon statuer sur la possibilité ou non de considérer cet élément comme séparable ou dissocié (*severability*) du reste de la loi.

Une majorité de juges (Roberts, Scalia, Kennedy, Thomas, Breyer, Alito, Kagan) a également convenu qu'une autre disposition contestée de la loi, l'expansion significative du programme Medicaid, était inconstitutionnelle car elle contraignait les États à l'accepter à défaut de quoi ils perdraient le financement fédéral rattaché à Medicaid, ce qui selon ces sept juges représentait une utilisation coercitive inconstitutionnelle du pouvoir de dépenser du Congrès.

5.2 La loi de 2017 sur les réductions d'impôt et l'emploi : Californie v Texas

En 2017, le Congrès a adopté **la loi sur les réductions d'impôt et l'emploi** (le « Tax Cuts and Jobs Act » du président D.J. Trump) qui a réduit à 0\$ à partir de 2019 la pénalité (taxe) rattachée au non-respect de l'obligation ou de l'incitation de souscrire une assurance appropriée. Une fois la sanction éliminée, le choix défini par le mandat individuel original ressemble moins à une taxe.

³⁶ Justice Scalia, Justice Kennedy, Justice Thomas, and Justice Alito, dissenting: "For all these reasons, to say that the Individual Mandate merely imposes a tax is not to interpret the statute but to rewrite it. Judicial tax-writing is particularly troubling." Page 24, slip op., *National Federation of Independent Business v. Sebelius*, U.S. Sup. Ct. (June 28, 2012).

Le Texas et 19 autres États³⁷ ont intenté une poursuite contre le gouvernement fédéral, arguant, sur la base de la décision *Sebelius*, que, le mandat individuel étant à toutes fins utiles éliminé, la loi PPACA était dans son ensemble inconstitutionnelle. Un tribunal de district du Texas a donné raison aux États demandeurs en déclarant inconstitutionnel le mandat individuel à pénalité nulle et du même coup l'inconstitutionnalité de l'ensemble de la loi.

La Californie et 20 autres États de même que la Chambre des Représentants ont fait appel de ce jugement. Dans cette cause, le gouvernement fédéral ne défendit pas « sa » loi. Tout en appuyant en gros le Texas et les autres États demandeurs, il affirma que seuls les articles sur le mandat individuel et l'interdiction de tarifier les assurés en fonction de leurs conditions préalables devaient être déclarés inconstitutionnels, le reste de la loi pouvant être maintenu. Le gouvernement fédéral voulait en particulier maintenir les éléments de la loi portant sur les moyens légaux (*statutes*) prévus dans la loi pour lutter contre les comportements criminels de ceux qui fraudaient le système de santé.

La Cour d'appel du cinquième circuit (Nouvelle-Orléans) a maintenu la décision du tribunal de district en déclarant à deux voix contre une que la seule interprétation maintenant possible du mandat individuel est qu'il s'agit vraiment d'un ordre coercitif et non d'un choix. Pour le juge dissident, un « ordre » sans conséquence, la pénalité étant abolie, ne peut être qu'une « *hortatory instruction* », et donc une recommandation ou une incitation plutôt qu'un ordre. La Cour d'appel a réservé son jugement quant à la possibilité de dissocier le mandat individuel du reste de la loi et demandé au juge de district de revoir cet aspect de son jugement.

Par ailleurs, en déclarant inconstitutionnel le mandat individuel, le tribunal de district et la Cour d'appel du cinquième circuit rendaient très concrète la possibilité du développement d'une spirale de sélection adverse où l'augmentation des coûts pour les assureurs entraîne une hausse de primes, incitant les bons ou meilleurs risques à ne plus s'assurer (auquel cas ils encourent une pénalité de 0\$), menant à une nouvelle augmentation des coûts pour les assureurs, entraînant une nouvelle hausse de primes, incitant davantage de bons ou meilleurs risques à ne plus s'assurer, et ainsi de suite jusqu'à la faillite du système. D'où la nécessité, selon le gouvernement fédéral, une fois le mandat individuel devenu inconstitutionnel, de déclarer également inconstitutionnel

³⁷ Nombre réduit à 17 suite au retrait du Wisconsin et du Maine après les élections de 2018.

et ainsi d'annuler l'interdiction de tenir compte des conditions préalables pour déterminer les primes d'assurance.

Quoi qu'il en soit, sur la base de la décision majoritaire de la Cour d'appel à l'effet que le mandat individuel sans conséquence ne peut être qu'un ordre, la décision de la Cour suprême de 2012 rendrait la loi PPACA inconstitutionnelle.

6 Le pouvoir du statu quo

Il est normal que les changements apportés par la loi Obamacare, étant donné leur caractère majeur et ambitieux, génèrent des oppositions et des critiques et soient combattus par de nombreux groupes d'intérêts. Et ce, malgré le fait que le modèle de l'Obamacare repose sur des bases comportementales et informationnelles intellectuellement cohérentes (sélection adverse) dont il faut tenir compte pour assurer à tous les américains un niveau adéquat d'assurance santé. La loi PPACA se base sur des fondements analytiques bien connus et les outils et instruments pour la mettre en œuvre n'ont rien de sorcier. En fait, ils existent déjà. Alors, pourquoi toute cette cabale économique et constitutionnelle ?

On peut penser à deux explications principales, chacune avec plusieurs ramifications : d'abord, la difficulté de convaincre les citoyens de payer pour la consommation de leur voisin et ensuite, le pouvoir du statu quo.

Les services de santé sont essentiellement et rationnellement perçus comme de la consommation privée, même s'ils entraînent une certaine forme d'externalités et de consommation sociale. L'introduction de l'Obamacare par l'intermédiaire d'un programme d'assurance santé généralisé et universel basé sur un concept d'assurance groupe et tarifé selon le risque moyen du groupe en question soulève un danger tout aussi universel : les membres du groupe qui représentent des risques plus faibles que le risque moyen du groupe sont à même de réaliser qu'ils subventionnent directement les membres dont le risque est supérieur au leur. Bien que ce soit toujours vrai d'une certaine manière en assurance, l'observation directe de cette subvention rend davantage problématique la survie du programme. Lorsque le programme est financé par la taxation, comme c'est le cas au Canada, cette observation est plus floue, moins directe et moins identifiable et donc plus acceptable.

Quant au pouvoir du statut quo, il se décline au niveau individuel en termes de développement d'habitudes de consommation et de comportement et de développement de la dépendance rationnelle, développements qui ne sont pas sans liens avec le développement de normes et de coutumes ou de traits culturels ainsi que de

tabous politiques et sociaux. En ce sens, les individus et les sociétés développent des habitudes, des normes et coutumes (donc des intérêts) qui, une fois dynamiquement confirmées et ancrées, deviennent très difficiles à changer.

Tant au niveau individuel qu'au niveau social, le changement devient difficile, voire impossible, même s'il ne semble pas y avoir de raison objective valable de s'en tenir aux habitudes acquises et de lutter pour préserver le statu quo. Le changement, quel qu'en soit la valeur, est en soi toujours difficile et risqué.

Les préférences et les habitudes doivent être considérés comme endogènes au niveau individuel et, tout comme les caractéristiques du statu quo au niveau social ou politique, se forment lentement dans un processus temporel continu avant de devenir la règle immuable et inaltérable du sol.³⁸ On peut (doit) comprendre la formation des habitudes de consommation et des croyances et tabous sociaux comme procédant d'un processus aux fondements rationnels, au sens où, à chaque instant ou étape, chaque individu fait des choix qui optimise son bien-être étant donné les contraintes, financières, familiales, sociales ou autres, auxquelles il fait face.

En termes économiques, on dira que le niveau d'utilité dérivée de la consommation d'aujourd'hui dépend de la consommation passée. Ainsi les préférences ne sont pas immuables mais changent, lentement mais sûrement. Il y a « formation d'habitudes » lorsque les gens apprennent à consommer en consommant et plus ils apprennent, plus leurs préférences se cristallisent. L'évolution des préférences dans le temps est donc régie par l'évolution de la consommation et, bien sûr, le sentier de consommation est lui-même dépendant de l'évolution des préférences. Il n'y a pas circularité dans la mesure où la consommation passée ne peut être changée. Les préférences peuvent changer et changeront en fait dans le futur en fonction du sentier de consommation choisi ou subi. Les habitudes de consommation modifient aussi le potentiel et le sentier de croissance de l'économie avec d'importants effets à long terme. L'avenir est endogène.

Même si de nombreux commentateurs et spécialistes sont d'avis que le statu quo est une forme d'équilibre social parfois bon et parfois mauvais mais stable, en sortir prend du temps et exige une feuille de route bien comprise. Le développement de la dépendance plus ou moins forte au niveau individuel, comme le développement des coutumes et

³⁸ See Marcel Boyer (1978), "A Habit Forming Optimal Growth Model", *International Economic Review* 19(3), 585–609. https://www.jstor.org/stable/2526327?seq=1#metadata_info_tab_contents and Marcel Boyer (1983), "Rational Demand and Expenditures Patterns Under Habit Formation", *Journal of Economic Theory* 31(1), 27–53. La forme limitée de non-additivité considérée dans le modèle de formation d'habitudes proposé par Boyer (1978) a également été considéré par Samuelson (1971) et Heal et Ryder (1973). Dans ces analyses, l'utilité d'un niveau donné de consommation actuelle dépend des niveaux de consommation passés.

tabous au niveau politique et social, repose sur la structure de complémentarité distante ou adjacente entre consommation actuelle et consommation passée³⁹ et entre comportements grégaires coutumiers actuels et passés.⁴⁰

6.1 Une comparaison de deux sociétés semblables aux tabous différents

Pour illustrer davantage le caractère quasi-inamovible du statu quo, considérons deux régions socio-économiques et politiques similaires, le Québec et la France, et deux domaines importants d'interaction sociale, l'éducation et les soins de santé. On peut affirmer avec une certitude raisonnable que les deux régions sont tributaires d'un contexte culturel commun : langue nationale similaire, spectre social-démocrate de services publics similaire, orientation économique sur la base de marchés libres similaire, niveaux de développement similaires. Les deux secteurs santé et éducation dans les deux régions sont dominés par des prestataires publics sous un contrôle gouvernemental fort. Il est intéressant d'observer à quel point les régions diffèrent de manière significative lorsque les interactions avec des sociétés privées à but lucratif sont prises en compte dans leurs secteurs respectifs de l'éducation et de la santé.

6.1.1 Les systèmes de soins de santé (hospitaliers) : France v Québec

Considérons d'abord les systèmes de santé. Au Québec, les prestataires privés de services d'hospitalisation ne peuvent pas opérer sous l'égide du régime public : la Régie ne remboursera pas les frais des patients traités dans les hôpitaux privés et c'est illégal pour les compagnies d'assurance privées d'offrir des plans d'assurance pour les soins de santé couverts par la Régie d'assurance-maladie du Québec (RAMQ). En fait, les prestataires de soins de santé privés à but lucratif sont considérés comme rien de moins que socialement inacceptables, voire comme l'incarnation de Satan !

En France, les prestataires de soins privés à but lucratif, opérant dans le cadre d'une convention avec la Sécurité sociale publique, représentent une part importante du système public de santé, en particulier du système hospitalier. L'autorité sanitaire de la

³⁹ Gary Becker and Kevin Murphy write in « A Theory of Rational Addiction » (*Journal of Political Economy*, 1988): « The relation between addiction and adjacent complementarity was first recognized by Boyer (*Journal of Economic Theory* 1983) ». Gary Becker, Michael Grossman and Kevin Murphy write in « An Empirical Analysis of Cigarette Addiction » (*American Economic Review*, 1994): « Following Boyer (*International Economic Review* 1978, *Journal of Economic Theory* 1983), we consider a model with two goods and current-period utility in period t given by a concave utility function $U(Y_t, C_t, C_{t-1}, e_t)$ ».

⁴⁰ Pour une présentation davantage abordable de ces questions de=’habitudes, de coutumes et de dépendance, voir l’intéressante revue critique (New York Times, 9 mars 2012) de T.D. Wilson « Can’t Help Myself » du bouquin *The Power of Habit* de Charles Duhigg.

<https://www.nytimes.com/2012/03/11/books/review/the-power-of-habit-by-charles-duhigg.html>

sécurité sociale remboursera les dépenses engagées par un citoyen qui a choisi de se faire soigner dans un hôpital privé à but lucratif sur la même base que si le citoyen avait choisi un hôpital public.

Les établissements privés à but lucratif occupent une place incontournable dans le paysage hospitalier français : ils représentent environ 37 % de l'ensemble des établissements de santé à capacité hospitalière et représentent plus de 20 % des lits de soins hospitaliers complets. C'est deux fois plus qu'aux États-Unis, où les établissements privés à but lucratif représentent environ 15 % de tous les hôpitaux et 12 % des lits. Les établissements privés à but lucratif français se spécialisent surtout dans la chirurgie et les soins de courte durée avec 60 % de l'ensemble des chirurgies, 50 % des chirurgies du système digestif, 40 % des chirurgies cardiaques, 75 % des chirurgies de la cataracte et 30 % des accouchements. En ce qui concerne le traitement des cas graves, l'activité des hôpitaux privés est comparable à celle du secteur public, mis à part les hôpitaux universitaires.

Depuis 2000, une couverture médicale universelle (CMU) est disponible pour les personnes à faible revenu (décile inférieur) avec une couverture de 100 % (sans frais d'utilisation). Il s'avère que 50 % des personnes couvertes par la CMU choisissent d'être traitées dans le secteur privé à but lucratif.

Si une formation politique s'avérait vouloir changer le système québécois pour le rapprocher du système français en ouvrant la porte à des hôpitaux privés à but lucratif, il est certain que cela donnerait lieu à des manifestations monstres et à des contestations judiciaires. Ce qui de l'autre côté de l'Atlantique apparaîtrait généralement comme curieux, exagéré ou carrément incompréhensible.

6.1.2 L'enseignement supérieur : France v Québec

Considérons maintenant les systèmes d'enseignement universitaire et leurs relations avec le secteur privé, les sociétés privées et autres organisations privées. Au Québec, toutes les universités recherchent des donateurs privés pour financer non seulement des chaires et des centres de recherche mais aussi des infrastructures (bâtiments, laboratoires, etc.). Il est courant que les universités désignent des facultés ou écoles, d'importants bâtiments et plusieurs amphithéâtres et salles de classe par le nom de grandes entreprises privées ou de donateurs individuels.

Les conseils d'administration des universités publiques comprennent généralement des cadres supérieurs de sociétés privées, agissant même parfois en tant que président du

conseil d'administration de l'université. Par conséquent, les relations entre les universités publiques et le secteur privé des entreprises sont très importantes.

En France, il n'existe pratiquement aucun lien de ce type à quelque niveau que ce soit au sein des universités. En fait, l'argent privé et les cadres supérieurs de sociétés privées y sont considérés comme rien de moins qu'indésirables, voire comme des incarnations de Satan ! Moins aujourd'hui qu'il y a quelques années, mais c'est quand même encore le modèle dominant.

Si une formation politique s'avérait vouloir changer le système français pour le rapprocher du système québécois en ouvrant la porte au financement privé de la recherche universitaire (création de chaires de recherche par exemple) et à la désignation toponymique de Facultés, de bâtiments ou d'amphithéâtres d'enseignement du nom de généreux donateurs corporatifs ou individuels, il est certain que cela donnerait lieu à des manifestations monstres et à des contestations judiciaires. Ce qui de l'autre côté de l'Atlantique apparaîtrait généralement comme curieux, exagéré ou carrément incompréhensible.

6.2 Pourquoi de telles habitudes et de tels tabous ?

Comment deux sociétés par ailleurs similaires peuvent-elles se retrouver avec des visions sectorielles du secteur privé aussi ancrées et différentes ? Ce qui est démoniaque dans une société, les hôpitaux privés à but lucratif au Québec et le financement universitaire par des sociétés privées en France, est omniprésent et considéré comme normal dans l'autre société.

De plus, des positions bien ancrées dans chaque société font de cet état de fait un élément important du statu quo, ce qui rend très difficile d'amorcer, voire de suggérer d'amener un changement pour adopter la position ou les caractéristiques de l'autre région.

Il n'y a rien de naturel dans les deux cas. Comme il n'y a rien de naturel dans les luttes de juridiction se déroulant aux États-Unis entre le fédéral et les différents États quant à la meilleure façon d'assurer un système de soins optimal aux citoyens. On y sent et observe le poids des habitudes, coutumes, tabous érigés au niveau de veaux d'or. Luttes irrationnelles eu égard aux défis actuels, mais solidement ancrées dans le psyché individuel et social des groupes en conflit.

Pour combattre les effets défavorables du statu quo sur le bien-être des populations qui finissent par l'adopter, il faut compter sur la concurrence et la modularité, génératrices

de flexibilité. La concurrence, la modularité et la flexibilité sont des processus interreliés. Elles représentent une garantie d'efficacité et d'efficience à l'encontre du statu quo qui, lui, est éventuellement sources d'inefficacité et d'inefficience.

La modularité est un concept large qui peut s'appliquer à de nombreuses situations : modularité dans la conception, la production et l'utilisation. L'idée originelle est de décomposer le produit final en plusieurs sous-systèmes pouvant être conçus et réalisés indépendamment ; ces sous-systèmes ou composants sont d'une complexité moindre comparativement au système dans son ensemble.

La production modulaire possède une double dimension : la première dimension réfère à la conception et à la production d'un bien ou service donné ; la seconde dimension réfère à l'aspect organisationnel et institutionnel. Le concept de modularité est relativement ancien. On peut retrouver des organisations productrices modulaires dans les vastes mouvements de standardisation industrielle qu'ont connus les industries automobiles et ferroviaires il y a plus d'un siècle.

Bien souvent, un produit modulaire engendre une organisation modulaire. En ce qui concerne les produits finis, les interfaces définissent les caractéristiques relationnelles entre les composants. L'architecture est dite parfaitement modulaire lorsque les interfaces sont parfaitement découplées (c'est-à-dire qu'une modification sur l'un des modules connectés par l'interface n'entraîne pas de modification sur les autres éléments connectés par cette interface) et parfaitement standardisées (c'est-à-dire qu'elles acceptent la connexion d'une grande variété de composants). À l'opposé, se trouvent les produits finis intégraux. En général, une architecture parfaitement modulaire doit être comprise comme un idéal au plan des coûts et de l'efficacité.

En ce qui concerne les organisations et les institutions, la modularité est présente si chaque unité organisationnelle peut travailler en toute indépendance sur les paramètres et les caractéristiques d'un sous-système du produit ou service fini. Dans le modèle de la Social-démocratie concurrentielle (SDC), le concept de modularité organisationnelle est omniprésent dans la production et la distribution de biens et de services publics et sociaux, en particulier l'éducation et la santé.

La modularité dans la production des biens et des services publics et sociaux permet de promouvoir l'optimisation de la production et de la distribution de ces biens et services. Une fois de plus, l'objectif est de se cantonner à l'architecture de ces organisations afin de concrétiser le droit à la contestation économique, expression de la liberté économique, qui doit émerger de la mise en concurrence des producteurs et distributeurs des biens et services publics et sociaux et aussi privés.

6.3 Les relations entre le fédéral et les provinces au Canada

On peut lire sur le site **HEC : Pouvoir et pouvoirs**⁴¹ un compte-rendu des conflits constitutionnels au Canada, ce qui permet de situer les conflits aux États-Unis dans le contexte et langage du Canada.

« Le 1er juillet 1867, l'Acte de l'Amérique du Nord britannique (AANB) devient loi au parlement de Londres. À sa création, le Dominion du Canada a 4 provinces. La loi constitutionnelle de 1867 unit les colonies de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick et de la Province du Canada qui est partagée en deux provinces : Québec et Ontario. La structure fédérative retenue partage les trois pouvoirs de l'État (législatif, exécutif, judiciaire) entre les gouvernements des provinces (gouvernement local) et le gouvernement fédéral (gouvernement central).

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique établit le partage des pouvoirs entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux. Néanmoins, dès le début de la Confédération, le gouvernement fédéral a une tendance très centralisatrice, et empiète régulièrement sur les domaines de compétence provinciaux, ce qui entraîne de nombreux conflits entre Ottawa et les provinces.

...

Cependant, les Première et Seconde Guerres mondiales entraînent une concentration des pouvoirs de taxation vers le gouvernement fédéral. Une fois la paix revenue en 1945, c'est au tour de Maurice Duplessis, chef de l'Union nationale et premier ministre du Québec, de remettre la question de l'autonomie provinciale sur la table. Il se pose en tant que successeur d'Honoré Mercier en affirmant que "la fédération canadienne est issue d'un pacte entre les provinces, que le gouvernement fédéral doit respecter."(Encyclopédie biographique du Canada). Duplessis instaure l'impôt provincial, forçant du coup le gouvernement d'Ottawa à baisser le sien de 10 %.

Les années 1960 sont celles de la Révolution tranquille. Lors de cette période, le gouvernement québécois s'implique enfin dans des champs de compétence qui sont les siens depuis toujours : la santé, l'éducation,

⁴¹ <https://sites.google.com/site/hecpouvoiretpouvoirs/>

et les services sociaux. Des ministères sont créés, des services mis sur pied. Comme tout cela coûte très cher, le gouvernement québécois désire modifier le partage des revenus fiscaux (impôts et taxes). Ces revendications sont des sources de tension entre les deux paliers de gouvernement. À la même époque, le gouvernement québécois réclame davantage de pouvoirs dans les domaines de la culture, des communications, des services sociaux, du développement régional et de l'immigration. Et comme le gouvernement canadien désire garder son pouvoir sur l'ensemble des citoyens, il offre lui aussi de nombreux nouveaux programmes qui touchent ces mêmes domaines. La compétition s'installe entre les deux paliers de gouvernement, particulièrement au Québec mais aussi dans d'autres provinces. »

En réalité, les conflits entre le pouvoir fédéral et le pouvoir provincial au Canada se poursuivent et s'accroissent même encore aujourd'hui. Deux récents conflits que certains pourraient qualifier d'aussi ridicules qu'illogiques ont porté sur l'établissement de normes nationales pour les soins aux aînés et la lutte aux changements climatiques.

Dans le cadre de la lutte à la COVID-19 et considérant ses effets dévastateurs sur la santé des aînés, le gouvernement fédéral a émis le souhait et l'intention de déterminer ou de favoriser la détermination de normes nationales minimales pour les soins aux aînés. Bien que ce soit là un domaine de compétence ou de juridiction des provinces, le fédéral contrôle une partie importante du financement de ces soins par l'intermédiaire des transferts fédéraux en santé. On pourrait s'attendre à ce que les différents gouvernements s'assoient d'emblée à une table de concertation fédérale-provinciale pour discuter et définir ces normes minimales dans le meilleur intérêt des aînés eux-mêmes à travers tout le Canada. Plutôt que d'observer un tel engouement pour définir et caractériser ces normes et surtout identifier les meilleures pratiques et ce, afin de les mettre en place et les dépasser, on a assisté à une querelle d'egos, chacun se défendant bec et ongles contre l'arrivée d'un pouvoir étranger et ce, au moment où les aînés, en particulier en CHSLD (Québec), souffraient et mourraient en grand nombre d'une insuffisance de soins.

Dans la lutte aux changements climatiques, encore une fois un domaine de juridiction provinciale (bien qu'inexistant au temps de l'AANB, la volonté du gouvernement fédéral de mettre sur pied une taxe ou droit généralisé sur le carbone, avec redistribution des recettes aux contribuables / consommateurs, un programme susceptible de l'avis de la quasi-unanimité des économistes d'inciter les entreprises et les consommateurs à modifier leurs comportements pour les rendre davantage écoresponsables, fut accueillie par une levée de boucliers des provinces qui se sont opposées à cette incursion du fédéral

dans un domaine de compétence provinciale. Comme si les changements climatiques étaient un phénomène provincial !

À la lueur de ces exemples, on comprend que les luttes aux États-Unis entre le gouvernement de Washington et les gouvernements des États soient aussi acerbes. En fait, ils sont de même nature que ceux présents au Canada comme dans toute fédération ou confédération où les pouvoirs sont distribués entre le fédéral ou le central et les provinces, états, Länder, cantons, et autres. Dans leur lutte contre l'Obamacare, les États américains défendent leurs domaines de compétence constitutionnelle. Ils recevraient sans doute en Cour suprême l'appui des gouvernements provinciaux du Canada si ces derniers étaient admissibles (*legal standing*).

Ces répartitions de pouvoirs, définies souvent à une époque sociale et économique révolue, donnent lieu aujourd'hui à des querelles tout aussi futiles qu'inutiles entre egos artificiellement surdimensionnés et ce, au prix d'une défaillance de services aux citoyens.

7 Conclusion : Retour à la Cour Suprême (2020-2021)

La Californie et les 20 États démocrates avec la Chambre des représentants ont demandé à la Cour suprême de statuer sans attendre davantage sur la constitutionnalité du mandat individuel sans pénalité en cas de non-respect (taxe de 0\$) et sur la séparabilité de cet élément du reste de la loi.

La Cour suprême a accepté d'entendre de nouveau l'affaire à partir du 10 novembre 2020. Elle examinera non seulement si l'élimination de la taxe en cas de non-respect du mandat individuel rend le mandat individuel inconstitutionnel, étant donné qu'il ne peut plus vraisemblablement être interprété comme une taxe et pourrait être interprété comme un « ordre sans conséquence », mais également si on peut dissocier (*severability*) le mandat individuel des autres dispositions de la PPACA. Une décision est attendue d'ici juin 2021.

Indépendamment de l'aspect légal de cette dissociation, il est clair que le mandat individuel est un élément essentiel de l'Obamacare.

En effet, à défaut de régler l'épineux problème de la sélection adverse, que le mandat individuel avec pénalité permettait de contrôler, la spirale vers la faillite guette les compagnies d'assurance santé si les autres dispositions de la loi PPACA sont maintenues.

Le problème n'est pas légal ou constitutionnel, mais relève plutôt de l'économie de l'assurance. De deux choses l'une :

- a) Ou bien on rétablit le mandat individuel avec pénalité tel que conçu au départ (avant la loi de D.J. Trump de 2017), ce que pourrait faire le nouveau Président avec la collaboration(?) du Congrès afin de contrecarrer la spirale de la sélection adverse.

- b) Ou bien le gouvernement fédéral crée une véritable option d'assurance publique (genre Régie publique d'assurance maladie) pour assurer toutes les personnes non assurables par les compagnies d'assurance privées étant donné leurs conditions préalables, leur capacité de payer, l'absence d'un programme d'assurance santé chez leur employeur, leur non-admissibilité à Medicare et Medicaid. Une telle option publique deviendrait moins une assurance maladie et davantage une assurance de malades et d'indigents, donc une mesure de filet social.

8 Références

Aetna (2020). HMO, POS, PPO, EPO and HDHP with HSA: What's the difference? Repéré à : <https://www.aetna.com/health-guide/hmo-pos-ppo-hdhp-whats-the-difference.html>

American Academy of Actuaries (2017, Juillet). Risk Pooling: How Health Insurance in the Individual Market Works. Repéré à : <https://www.actuary.org/sites/default/files/files/publications/RiskPoolingFAQ071417.pdf>

Baker, D. (2017, janvier). The economics of the Affordable Care Act. *Institute for new economic thinking*. Repéré à : <https://www.ineteconomics.org/perspectives/blog/the-economics-of-the-affordable-care-act>

Blake, V. (2012, Novembre). The constitutionality of the Affordable Care Act: an update. *American Medical Association Journal of Ethics*, 14(11), 873-876

Dalen, J. E., Waterbrook, K. & Alpert, J. (2015, Août). Why do so many Americans oppose the Affordable Care Act? *The American Journal of Medicine*, 128(8). Repéré à : [https://www.amimed.com/article/S0002-9343\(15\)00164-3/fulltext](https://www.amimed.com/article/S0002-9343(15)00164-3/fulltext)

Frakt, A. (2020, 17 Février). The health system we'd have if economists ran things. *The New York Times*. Repéré à : <https://nyti.ms/2Hu6wez>

Giraud-Roufast, A. (2010). La réforme de l'assurance maladie aux États-Unis en perspective. *Politique américaine*, 17(2), 123-146. <https://doi.org/10.3917/polam.017.0123>

Gordon, P. R., Gray, L., Hollingsworth, A., Shapiro, E. C. & Dalen, J. E. (2017, septembre). Opposition to Obamacare: A Closer Look. *Academic Medicine*, 92(9), 1241-1247. DOI: 10.1097/ACM.0000000000001725. https://journals.lww.com/academicmedicine/fulltext/2017/09000/opposition_to_obamacare_a_closer_look.18.aspx

Groppe, M. (2017, 13 Juillet). Who pays when someone without insurance shows up in the ER? *USA Today*. Repéré à : <https://www.usatoday.com/story/news/politics/2017/07/03/who-pays-when-someone-without-insurance-shows-up-er/445756001/>

Harrington, S.E. (2010a, Mars). The Health Insurance Reform Debate. *The Journal of Risk and Insurance*, 77(1), Special Issue on Health Insurance, 5-38. American Risk and Insurance Association. <https://www.jstor.org/stable/20685289>

Harrington, S.E. (2010b, Septembre). U. S. Health-care Reform: The Patient Protection and Affordable Care Act. *The Journal of Risk and Insurance*, 77(3), 703-708. American Risk and Insurance Association. <https://www.jstor.org/stable/40783701>

IRS. (2020). Individual shared responsibility provision. Repéré à : <https://www.irs.gov/affordable-care-act/individuals-and-families/individual-shared-responsibility-provision>

Khazan, O. (2019, 15 Mars). Americans are going bankrupt from getting sick. *The Atlantic*. Repéré à : <https://www.theatlantic.com/health/archive/2019/03/hospital-bills-medical-debt-bankruptcy/584998/>

Khullar, Song & Chokshi. (2018, 10 Mai). Safety-Net Health Systems At Risk: Who Bears The Burden Of Uncompensated Care? *Health Affairs*. Repéré à : <https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hblog20180503.138516/full/#:~:text=When%20uninsured%20patients%20receive%20care,65%20percent%20of%20such%20costs.>

Liptak, A. (2014, Octobre). "Severability" could save health law, Graham says and Barrett seems to agree. *The New York Times*. Repéré à : <https://www.nytimes.com/2020/10/14/us/amy-barrett-aca-obamacare.html>

McKinsey & Company. (2016). Exchanges three years in: Market variations and factors affecting performance. *McKinsey Center for U.S. Health System Reform*. Intelligence brief. Repéré à : https://healthcare.mckinsey.com/sites/default/files/Intel%20Brief%20-%20Individual%20Market%20Performance%20and%20Outlook%20%28public%29_vF.pdf

McWhinney, J. (2020, 15 Avril). Medicare vs. Medicaid: What's the Difference?. *Investopedia*. <https://www.investopedia.com/articles/pf/07/medicare-vs-medicaid.asp>

Mulligan, C. (2016). Has Obamacare been good for the economy? *Manhattan Institute*. Repéré à : <https://media4.manhattan-institute.org/sites/default/files/IB-CM-0616.pdf>

Murphy, R. (2013, 14 Novembre). The economics of ObamaCare. *Mises Institute*. Repéré à : <https://mises.org/library/economics-obamacare>

Newkirk II, V. R. (2016, 17 Septembre). The vexing economics of Obamacare. *The Atlantic*. Repéré à : <https://www.theatlantic.com/business/archive/2016/09/obamacare-health-reform-insurance-economics/500348/>

Nipkay, S., Pungarcher, I. & Frakt, A. (2020, Octobre). An economic perspective of the Affordable Care Act: Expectations and reality. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 45(5). DOI: 10.1215/03616878-8543340

Norris, L. (2020, 7 Octobre). States vary considerably in terms of how they manage their insurance markets and health insurance exchanges. *healthinsurance.org*. Repéré à : <https://www.healthinsurance.org/state-health-insurance-exchanges/>

Pak, J. (2020, 6 Août). 5 states are restoring the individual mandate to buy health insurance, *HealthCare.com*. Repéré à : <https://www.healthcare.com/states-with-individual-mandate-118654>

Rothschild, M., et Stiglitz, J.E. (1976): Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information. *The Quarterly Journal of Economics*, 90(4), 629-649

Robertson, C. (2019, 6 Mai). The Affordable Care Act and economic opportunity. *Scientific American Blog Network*. Repéré à : <https://blogs.scientificamerican.com/observations/the-affordable-care-act-and-economic-opportunity/>

Schoen, C. (2016, Février). The Affordable Care Act and the U.S. Economy - A five-year perspective. The Commonwealth Fund. Repéré à : https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/_media_files_publications_fund_report_2016_feb_1860_schoen_aca_and_us_economy_v2.pdf

The Economist (2016, 11 Décembre). Why Republicans hate Obamacare? *The Economist*. The Economist explains. Repéré à: <https://www.economist.com/the-economist-explains/2016/12/11/why-republicans-hate-obamacare>

The Kaiser Family Foundation. (2017, mars). Summary of the Affordable Care Act. Repéré à : <http://files.kff.org/attachment/Summary-of-the-Affordable-Care-Act>

The Kaiser Family Foundation. (2020). Employer Health Benefits – 2020 Annual Survey. Repéré à : <http://files.kff.org/attachment/Report-Employer-Health-Benefits-2020-Annual-Survey.pdf>

Tolbert, J., Orgera, K., & Damico, A. (2020, 6 Novembre). Key facts about the uninsured population. The Kaiser Family Foundation. Repéré à: <https://www.kff.org/uninsured/issue-brief/key-facts-about-the-uninsured-population/#:~:text=Following%20the%20ACA%2C%20the%20number,an%20historic%20low%20in%202016>

Van de Water, P.N. (2019, 11 Juillet). Why Congress shouldn't repeal the Cadillac Tax. *Center on Budget and Policy Priorities*. Repéré à : <https://www.cbpp.org/research/health/why-congress-shouldnt-repeal-the-cadillac-tax>

Witt, J. F. (2020, Octobre). Republican judges are quietly upending public health laws. *The New York Times*. Repéré à : <https://nyti.ms/3nSvRTp>