

La réforme de l'assurance santé américaine

Rémi Moreau

Volume 78, Number 1-2, 2010

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1106247ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1106247ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

ISSN

1705-7299 (print)

2371-4913 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this document

Moreau, R. (2010). La réforme de l'assurance santé américaine. *Assurances et gestion des risques / Insurance and Risk Management*, 78(1-2), 183–195.
<https://doi.org/10.7202/1106247ar>

Article abstract

The author describes the overhaul of the \$2.5 trillion health care system in United States which is the most dramatic revamp of health policy in four decades. Finally, after several votes, between November 2009 and March 2010, in U.S. Senate and House of Representatives, concluding an epic struggle between Democrats and Republicans, the new Law signed and promulgated by the President last March is extending coverage to an estimated 32 million uninsured Americans and bars insurance practices like refusing coverage to those with pre-existing medical conditions.

La réforme de l'assurance santé américaine

par Rémi Moreau

RÉSUMÉ

L'auteur décrit la nouvelle réforme sur l'assurance santé aux États-Unis, complètement remaniée au coût de 2,5 trilliards de dollars après de multiples tentatives à cet effet depuis quatre décennies. Après une bataille législative acharnée depuis novembre 2009 jusqu'en mars 2010 entre les Démocrates et les Républicains du Sénat et de la Chambre des représentants, le Président a officiellement promulgué une réforme qui vise à procurer une couverture d'assurance maladie à 32 millions d'Américains qui n'en disposent pas à l'heure actuelle et qui interdit certaines pratiques d'assurance visant à refuser d'assurer des personnes en raison de leur état de santé.

ABSTRACT

The author describes the overhaul of the \$2.5 trillion health care system in United States which is the most dramatic revamp of health policy in four decades. Finally, after several votes, between November 2009 and March 2010, in U.S. Senate and House of Representatives, concluding an epic struggle between Democrats and Republicans, the new Law signed and promulgated by the President last March is extending coverage to an estimated 32 million uninsured Americans and bars insurance practices like refusing coverage to those with pre-existing medical conditions.

I. INTRODUCTION

En ce jour de grâce, ce 23 mars 2010, assis parmi les invités dans la prestigieuse East Room de la Maison Blanche, le président des États-Unis procédait à la signature – grâce à une vingtaine de stylos – pour la promulgation de la loi dite «Affordable Health Care for America Act» issue du projet Health Care Overhaul Bill – qui avait été adopté par le Sénat, en décembre dernier, et par la Chambre des représentants quelques jours plus tôt, par quatre voix de majorité et qui n'avait recueilli alors aucun vote Républicain.

Cette législation constitue une réforme majeure du système de santé aux États-Unis qui a été précédée, depuis plusieurs décennies, par plusieurs tentatives infructueuses. Theodore Roosevelt fit campagne sur ce thème en 1912. Harry S. Truman s'en est pris à deux reprises dans les années quarante et cinquante pour faire adopter une loi sur l'assurance santé. Jusqu'ici, seul le président Lyndon Johnson avait réussi à faire passer des projets de loi majeurs en matière de sécurité sociale, notamment par la promulgation en 1965 d'une loi offrant une couverture santé aux personnes âgées ou à bas revenus, sous le couvert d'un système d'assurance publique en deux volets, appelé Medicare (45 millions de bénéficiaires personnes âgées) et Medicaid (59 millions de bénéficiaires non fortunés).

Le sénateur Edward Kennedy avait également introduit, en 1970, un projet de loi sur un programme national d'assurance santé mais ce projet a avorté. D'ailleurs, lors de la cérémonie de signature de la Loi, le fils de Ted Kennedy, le sénateur Patrick Kennedy a remis au président Obama une copie de ce projet de loi.

Vingt ans après la dernière tentative en date, celle de Bill Clinton, en 1990, de réformer la santé, tout a redémarré avec l'élection du Démocrate Barack Obama, de faire de l'assurance santé la pierre angulaire de sa présidence sur le plan domestique, grâce à l'appui indéfectible du sénateur Edward Kennedy. On sait que la réforme du système de santé fut le cheval de bataille au Sénat du dernier des Kennedy durant cinquante ans.

Le débat sur la réforme du système de santé s'est soldé, selon le New York Times, par une victoire pour de très nombreux Américains «qui ont été victimes de discrimination ou qui ont été négligés par un système dysfonctionnel». À l'inverse, l'équipe éditoriale du Chicago Tribune, pourtant le vivier électoral du Président Obama, y allait d'accusations d'esprit partisan vis-à-vis cette majorité de Démocrates qui a fini par imposer sa volonté au Congrès pour «une réforme qui coûtera trop cher au Trésor américain».

Cette réforme, en outre, contient des éléments rendant les assureurs réfractaires, qui influeraient sur les régimes privés d'assurance santé offerts par les employeurs. Ils auront jusqu'en 2013 pour réajuster leur propre plan, en conséquence, notamment quant aux limites annuelles des cotisations, fixées à 2 500 \$. Actuellement, les régimes d'emploi privés ne sont assortis d'aucune limite. Les régimes privés d'assurance médicament seraient également affectés, notamment sur le plan des avantages fiscaux alloués depuis 2003 aux employeurs. En outre, les assureurs privés devront continuer d'assurer les enfants à charge jusqu'à ce qu'ils aient atteint l'âge de 26 ans.

Si certaines clauses de la volumineuse Loi doivent entrer en vigueur dans les tous premiers mois de la signature présidentielle (« immediate benefits »), d'autres provisions ne prendront force de loi que dans plusieurs mois, voire plusieurs années. La Loi mentionne aussi que les États doivent maintenir en vigueur leur système Medicaid et leur système d'assurance maladie pour les enfants. En résumé, toute une série de mesures effectives après les trois premiers mois suivant la signature, d'autres en 2011, 2013, 2014 et 2018. Une bonne analyse est faite à cet égard dans un article intitulé « Timeline : When health care reform will affect you », CNN Politics (www.cnn.com/2010/POLITICS/03/23/health.care.timeline/index.html?hpt+T1).

La réforme a notamment bénéficié de l'appui de l'Association médicale américaine et de l'industrie pharmaceutique, tandis qu'elle a été combattue, bec et ongles, par la Chambre de commerce nationale et le lobby des assureurs américains.

2. LES DIFFICULTÉS RENCONTRÉES

Le Président n'était pourtant pas au bout de ses maux de tête. Aussitôt signée, la Loi faisait l'objet d'une contestation devant les tribunaux par 14 États, dont 13 ayant à leur tête des gouverneurs Républicains : une contestation fondée sur l'inconstitutionnalité de la Loi qui outrepasserait les pouvoirs du gouvernement fédéral et qui empiéterait sur les domaines réservés aux États. Ces États affirment que la réforme viole la clause sur le commerce en contraignant les Américains à souscrire une assurance santé. Ces États s'appuient sur le pouvoir résiduaire des États – le dixième amendement de la Constitution – qui stipule que les pouvoirs qui ne sont pas délégués aux États-Unis par la Constitution sont réservés aux États. Le procureur général de la Floride l'a clairement rappelé : « La réforme viole

la constitution américaine et empiète sur la souveraineté de chaque État». D'ailleurs, 38 États ont déjà adopté ou prévu d'adopter des dispositions législatives pour contrer l'obligation éventuelle de leurs résidents de souscrire une assurance maladie. De leur côté, plusieurs Démocrates, dont le porte-parole de la Maison Blanche, le Secrétaire de presse Robert Gibbs, semblent pour l'heure minimiser le bien-fondé de toutes les contestations judiciaires qui pointent à l'horizon.

Aussitôt signée par le Président, la Loi devait retourner au Sénat, donnant ainsi ouverture à la présentation d'un nombre illimité d'amendements par les Républicains du Sénat. Ce retour au Sénat s'est fait sur la base d'une procédure exceptionnelle, appelée « procédure de réconciliation », qui permettait d'adoption du projet de loi initial enrichi d'amendements, après quelques 20 heures de délibérations, par une majorité simple de 51 votes. Là encore, on s'attendait à ce que les Républicains fourbissent leurs armes, au pire de refuser son introduction au Sénat en alléguant qu'il affecte les bases du système de sécurité sociale, au mieux de débattre jusqu'à ce qu'une procédure permette de réintroduire le projet de loi décrié devant la Chambre des représentants. En effet, si une quelconque modification du projet de loi devait être votée est adoptée par le Sénat sur la base d'un amendement, le projet de loi devait retourner à la Chambre des représentants.

C'est justement là où le bat a blessé : coup de théâtre ! Le Sénat était en train d'examiner le document de 150 pages – procédure de réconciliation – et les Républicains du Sénat cherchaient depuis des heures à introduire de nouveaux amendements pour que le texte de loi soit retourné à la Chambre et soit revoté. Ils ont réussi, mais les Représentants furent pris à leur propre piège car le Sénat a introduit de nouvelles dispositions améliorant la réforme. Le Sénat a donc adopté, le 25 mars, les deux amendements déposés par les Républicains forçant la Chambre des Représentants à se prononcer à nouveau : deux dispositions mineures et techniques mais qui constituaient des vices de la procédure. Le Sénat n'avait pas d'autre choix que d'accepter ces deux amendements concernant une réforme des prêts étudiants (ces dispositions techniques de la réforme des prêts étudiants étaient inscrites en documents annexes aux textes contenant les modifications de la Loi), mais il en a profité pour améliorer la réforme par un paquet de dispositions. L'ensemble, voté par le Sénat par 56 voix contre 43, retournait ainsi à la Chambre des représentants.

Un nouveau vote a donc été organisé à la Chambre des représentants, le même jour, le 25 mars, sur cet ensemble de modifications. Par 220 voix contre 207, la Chambre des représentants entérinait

ainsi les modifications votées le même jour par le Sénat, bouclant ainsi la boucle aux dernières corrections souhaitées sous forme de paquet de dispositions, rendant l'assurance plus accessible pour les personnes démunies et améliorant la couverture pour les personnes âgées. Baroud d'honneur des Républicains, manœuvres dilatoires ne visant pas à améliorer le projet de réforme ? Une chose demeurait claire selon les spécialistes : si un additif à la réforme était nécessaire et devait être revoté par la Chambre des représentants, cela ne pouvait mettre en péril la Loi signée par le Président.

Mais, ce qui est le plus sérieux pour le Président Obama maintenant est le risque que cette réforme devienne l'enjeu des élections de mi-mandat, en novembre, et qui pourrait redonner le contrôle du Congrès aux Républicains. Dans cette éventualité, la nouvelle Loi, aussitôt adoptée, pourrait être abrogée.

3. RETOUR SUR QUELQUES DATES CLÉS

Revenons brièvement sur quelques événements clés. Ce vote du 23 mars à la Chambre des représentants était le point d'orgue d'une longue campagne pour les Démocrates qui auraient voulu régler la question de l'assurance santé en 2009.

Jusqu'en août dernier, le Président Obama déclarait sur toutes les tribunes qu'une assurance santé publique était nécessaire pour « discipliner » les compagnies d'assurance.

En novembre 2009, la Chambre des représentants était appelée à se prononcer sur un projet de loi sur des soins abordables, contenant une option d'assurance publique (225 voix contre 215).

Le Sénat, en décembre dernier, légiférait sur une nouvelle mouture de la réforme – un projet de quelques 2 400 pages – qui abandonnait l'idée d'origine de donner aux Américains l'option d'une assurance maladie publique. Le projet avait été adopté par 60 voix, contre 39, la veille de Noël, le 24 décembre, mais en première lecture seulement. Les deux projets de loi devaient être harmonisés en comité de conférence. Cette victoire au Sénat ouvrait donc la voie à des négociations avec la Chambre des représentants sur la préparation d'une version finale du texte. Mais il n'y en a pas eu. Pourquoi ?

Le 19 janvier 2010, dans l'État du Massachusetts, le fief du vieux lion Démocrate Ted Kennedy pendant un demi-siècle, est remporté par le Républicain Scott Brown. En perdant ce siège, la ma-

majorité Démocrate ne disposait plus que de 69 élus au Sénat, perdant ainsi la majorité qualifiée qui lui était nécessaire pour faire adopter les réformes sans risquer l'obstruction « filibuster » de la majorité républicaine. Les Démocrates ne peuvent plus espérer avoir les 60 voix nécessaires pour finaliser le texte remanié en conférence. La réforme américaine du système d'assurance santé semble compromise. Les efforts stagnent en vue de dégager une version commune du projet aux deux Chambres. Les Démocrates décident alors d'utiliser une autre tactique : la procédure de réconciliation, qui ne nécessite que 51 voix au Sénat. Mais il faut que les deux Chambres aient voté le même texte, à défaut d'un texte conjoint. Dans le présent cas, comme il n'y a pas eu de texte conjoint et que la Chambre a adopté le 21 mars un texte issu du Sénat, à la condition de l'accompagner d'un paquet d'amendements le rendant plus conforme aux exigences des Démocrates de la chambre basse, cette procédure était nécessaire.

En ce dimanche, le 21 mars, 219 élus ont voté pour le projet de loi Obama et 212 ont voté contre. 216 votes étaient nécessaires pour assurer la victoire. Les votes négatifs furent attribués à tous les représentants Républicains et à 34 représentants Démocrates. La Chambre des représentants s'est alors prononcée sur deux textes : le projet de loi du Sénat du 24 décembre et le projet de loi de réconciliation, destiné à corriger ce que les Représentants n'aimaient pas dans le texte du Sénat.

Ce fut une victoire à l'arraché, car à la dernière minute, les dirigeants Démocrates sont parvenus à s'entendre avec le représentant Démocrate du Michigan, Bart Stupack, d'allégeance conservatrice, qualifié de « baby killer », le leader d'un groupe Démocrate qui s'opposait au projet. Ils lui ont donné l'assurance que les fonds fédéraux ne seraient pas utilisés pour payer des avortements, un point sur lequel il se battait depuis des mois. Il semble que la réforme proposée par le Président ne contenait aucune proposition pour financer l'avortement, mais selon cette douzaine d'élus Démocrates, on craignait qu'elle puisse le permettre par des voix détournées. Stratégiquement, le Président Obama n'avait d'autre choix que de signer, le 24 mars, un décret de clarification (*executive order on abortion limits*), en droite ligne d'ailleurs avec une politique fédérale déjà en vigueur interdisant toute aide américaine à l'avortement, à l'exception des cas de viol, d'inceste ou de grossesse posant un danger pour la vie de la future mère. On est donc loin des propos incendiaires de Sarah Palin, qui aurait pu devenir vice-présidente, affirmant que ce plan allait se traduire par la création de tribunaux de la mort !

À l'issue de la victoire, les représentants Démocrates scandaient « Yes We Can, Yes We Did » et le Président déclarait : « Ce n'est pas

une réforme radicale, c'est une réforme majeure. Voilà à quoi ressemble le changement».

4. SUR QUELQUES ÉLÉMENTS DE LA RÉFORME

Une réforme au coût global de 2,500 milliards de dollars qui vise à procurer, d'ici 2019, une couverture d'assurance maladie à 32 millions d'Américains qui n'en disposent pas à l'heure actuelle. Il restera toutefois 23 millions de personnes exclues du système, dont le tiers sont des immigrants illégaux. Ainsi, 95 % des Américains âgés de 65 ans et moins (comparativement à 83 % aujourd'hui) bénéficieraient alors d'une assurance santé. Actuellement, la majorité des Américains bénéficient d'un régime d'assurance offert par leur employeur, mais ils perdent cette protection s'ils changent d'emploi ou se retrouvent au chômage. Seules les personnes de 65 ans et plus et certaines personnes handicapées ont une protection garantie par les régimes publics Medicare (créé en 1965) et Medicaid. Ainsi, par le biais de ces deux régimes, le secteur public assumait déjà 45,1 % des dépenses en santé et gérait 33 % des lits hospitaliers. Alors pourquoi une telle hargne dans la défense du statu quo ? À cause de certains principes sacrés sur le sol américain et de certains intérêts, notamment des compagnies d'assurance et de la grande entreprise subventionnée sur le plan fiscal par le programme Medicare applicable aux employés à la retraite.

La nouvelle loi exige que l'assurance santé soit obligatoire, mais non étatique comme elle l'est au Canada. Elle prévoit des programmes d'aide pour ceux qui n'auraient pas les moyens de se la procurer. Elle interdit aux compagnies d'assurance de refuser d'assurer des personnes en raison de leur état de santé ou de mettre fin aux polices des personnes qui tomberaient malades. Elle leur imposerait d'imposer arbitrairement des hausses de primes exagérées.

Ironiquement, ce sont les assureurs qui ont permis aux Démocrates et au Président de raviver leur passion pour cette réforme et pour rallier les troupes jusqu'à la toute fin. En février dernier, le géant de l'assurance Anthem Blue Cross avait annoncé une hausse des cotisations mensuelles allant jusqu'à 40 % pour les clients de la Californie. Une annonce qui a fait réagir le rédacteur en chef du *National Underwriter* (March 1, 2010, vol. 114, No 7) : « Insurers remain their own worst enemies. They keep shooting themselves in the foot... Plus their timing could not have been worse. Perhaps the increases could have been introduced in stages... ». Cette annonce de

Anthem Blue Cross, considérée comme pièce à conviction numéro 1, a électrisé les troupes et lui a donné les munitions voulues. Jusqu'au dernier moment les Démocrates s'en sont servis dans toutes les allocutions sur le bien fondé de la réforme. L'industrie de l'assurance américaine doit maintenant faire face aux conséquences de cette Loi qui coupera les subventions allouées par Medicaid à des nombreux assureurs privés, ce qui ne sera pas sans affecter les rendements dans les opérations et les bénéfices des actionnaires.

Les assureurs peuvent se consoler : l'assurance santé ne sera pas étatisée, tel que promis à l'origine. Mais, en y renonçant, le Président a pris le risque de scier la branche sur laquelle était assise la réforme, selon les dires de certains Démocrates progressistes : « L'assurance privée continuera de déterminer la politique tarifaire ». D'autant que la tarification relève de la juridiction des États, selon un porte-parole de National Association of Insurance Commissioners (NAIC), réagissant au souhait déjà exprimé par le Président de créer un « Health Insurance Rate Authority », un organe central de tarification. La Maison Blanche a immédiatement réajusté le tir, mentionnant que l'idée était que le Département de la santé américain travaille de concert avec les autorités étatiques de réglementation afin de superviser les prix et non de créer une agence autonome fédérale en cette matière.

La nouvelle Loi coûterait 940 milliards de dollars au cours des dix prochaines années et ferait économiser, selon le Bureau du budget du Congrès (CBO), la somme de 143 milliards de dollars d'ici 2020 en dépenses du gouvernement fédéral pour les soins de la santé. Le déficit américain serait réduit, selon les Démocrates, de 138 milliards de dollars sur dix ans (2010-2019) et de 1 200 milliards de dollars au cours des dix années suivantes (2020-2029).

Toutefois, selon ses détracteurs Républicains, la réforme accroîtrait les déficits publics de 239 milliards sur dix ans. Le Président Obama n'a pas manqué de répliquer estimant que la réforme représentait « le plus sérieux effort de réduction des déficits depuis le Balanced Budget Act de 1993 ». Il semble bien que cette Loi diminuera les coûts de la santé aux États-Unis, qui n'ont cessé d'augmenter entre 1997 et 2007, passant de 14 à 16 % du PIB. Logiquement, améliorer le bilan de la santé des citoyens pourrait aussi améliorer la santé financière du gouvernement, malgré les coûts gigantesques de la réforme.

Nous donnons, à l'annexe A, quelques exemples de coûts des soins assumés actuellement par l'État ou par des familles sans assurance. Il y a un coût écrasant qui a conduit des familles et des petites entreprises à la faillite, ainsi que l'affirmait le Président devant le

Congrès en 2009. Selon une étude publiée en juin 2009 dans *The American Journal of Medicine*, les frais médicaux sont responsables de plus de la moitié des faillites personnelles aux États-Unis. Dans un pays aussi riche que les États-Unis, le coût d'un traitement hospitalier peut ruiner une famille de la classe moyenne car 50 millions d'Américains (sur plus de 300 millions) n'ont pas d'assurance médicale. La réforme permettra à 32 millions d'Américains d'en avoir une, sur une majorité de soins et de médicaments.

5. L'AVENIR DE LA RÉFORME

En conclusion, tel que mentionné dans nos propos liminaires, le sort de la réforme n'est pas encore ultimement joué mais le succès du mandat du président Obama était lié au vote historique du 21 mars : malgré la justification ultime de cette loi qui s'attaque directement aux inégalités, il reste des oppositions majeures à venir sur le plan constitutionnel et sur le plan électoral, sous un arrière plan de chômage, d'économie vacillante, de crise financière à peine résorbée, de besoins désespérés d'emplois et de croissance économique. Aux élections législatives de mi-mandat de novembre 2010, les 435 sièges de la Chambre des représentants ainsi que le tiers des 100 sièges du Sénat seront renouvelés.

Malgré tout le bien qu'on en dise, la réforme est impopulaire dans l'Amérique profonde. Les citoyens américains, qui préfèrent gérer seuls leurs portefeuilles, n'aiment pas qu'on leur impose des directives sur le plan social. Une charge idéologique lourde dans un pays qui se défie des interventions de l'État. Tout peut encore basculer. Ce pays est profondément divisé. Aucun Républicain n'a trouvé la moindre vertu à la réforme Démocrate. Il est intéressant d'observer les premiers sondages sur l'apparente impopularité de la Loi sur tout le territoire américain.

Le premier sondage de CNN, le jour 1, celui de la signature présidentielle du 23 mars : 44 % en faveur de la nouvelle Loi (260 000 répondants), 41 % contre (240 000 répondants), 15 % d'indécis (87 000 répondants). Toutefois, la veille, le 22 mars, Gallup réalisait un premier sondage dans lequel 49 % des personnes interrogées estimaient que la réforme était une bonne chose, tandis que 40 % étaient d'avis contraire et 11 % restaient indécis. Puis CNN y allait d'un autre sondage, fait avant le vote de la Chambre des représentants, trouvant qu'une majorité d'Américains, 51 %, désapprouvaient la performance d'Obama depuis le début de sa présidence, alors que

46 % l'approuvaient. Un même sondage CNN donnait une approbation de 76 % au Président en février dernier.

Suite au vice de procédure évoqué plus haut, la Chambre des représentants s'est à nouveau prononcée le 25 mars sur le projet de loi de réconciliation voté le même jour par le Sénat, un texte de 150 pages, mais elle ne pouvait légalement pas changer le texte de la réforme qui avait été signé et promulgué par le Président. Seule la Cour suprême des États-Unis pourrait intervenir dans un tel cas, d'où le recours intenté par les 14 États contestataires, sur la constitutionnalité de la Loi.

L'acceptation des deux Chambres, le Sénat et la Chambre des représentants, constitue officiellement une acceptation du Congrès. Le texte de modification, dit de correction, annexé au texte de réforme sur la santé, fut donc retourné au Président le 26 mars pour signature présidentielle en vue de sa promulgation. Pour obtenir l'accord de la Chambre des Représentants, les Démocrates au Sénat avaient joint un texte sur la refonte des prêts étudiants destinée à réduire la charge financière des études supérieures sur les budgets des Américains. Parmi les principaux éléments de ce texte, mentionnons : fin des subventions versées aux banques privées prêteuses, instauration d'un mécanisme de prêts directs aux étudiants par l'État fédéral, aide visant le remboursement de tels prêts par les nouveaux diplômés; aide de 2 milliards de dollars aux collèges américains pour concevoir des programmes de formation professionnelle, annulation des accords spéciaux qui dispensaient certains États de payer certaines prestations sociales. Le gouvernement utilisera les milliards de dollars ainsi économisés pour octroyer l'aide monétaire ci-dessus ainsi que pour accorder des bourses aux étudiants les plus défavorisés. Le texte de modification fut signé le 30 mars 2010 par le Président des États-Unis.

Dans la semaine entre les deux signatures présidentielles, le FBI ouvrait une série d'enquêtes sur des attaques contre les locaux des parlementaires Démocrates qui ont adopté la réforme, le 21 mars. Le local d'un Républicain fut également menacé. Poursuivant dans la même veine sur Facebook, l'ancienne gouverneure de l'Alaska Sarah Palin a mis en ligne une carte des États-Unis signalant les lieux d'origine, à l'aide de mires de fusil, des 20 parlementaires Démocrates qui ont soutenu la réforme.

Une réforme décriée également par la grande entreprise, le 25 mars. Deux géants de l'industrie de la machinerie lourde, Deere & Co. et Caterpillar, mentionnaient qu'ils prévoyaient des coûts d'environ 250 millions de dollars en 2010 comme conséquence directe

de la réforme Obama, une annonce que le Département américain du Commerce a aussitôt qualifiée comme étant prématurée. Honeywell International Inc. a également emboité le pas et mentionné que ses résultats du premier trimestre seraient détériorés. ITT y est allé également d'une déclaration à l'effet que ses résultats du premier trimestre seraient amputés de 1 milliard de dollars qui découleraient de la perte de subventions fiscales aux employeurs liées à la couverture des médicaments. Toutes ces allégations ont fait l'objet d'une audition par un sous-comité du Comité de l'Énergie et du Commerce désireux d'entendre les entreprises concernées, tenu en avril. Selon le Comité de la Maison-Blanche, il apparaissait d'ores et déjà que de telles allégations de la part d'entreprises allaient directement en conflit avec des analyses indépendantes, le but de la réforme étant d'étendre la couverture et de réduire les charges.

Quoiqu'il en soit, la réforme est adoptée définitivement et sera mise en œuvre progressivement d'ici 2019. Les premières mesures sont entrées en vigueur trois mois après la promulgation.

Le Président a maintenant de nombreuses autres priorités, auxquelles il s'était engagé : plan de création d'emploi, projet de loi sur la réglementation financière, réforme du système d'éducation, dépendance énergétique et changement climatique, détention des personnes suspectées de terrorisme, et autres, et autres.

ANNEXE A

Le cas d'un enfant de 6 ans

Jeremiah, 6 ans, est le fils d'une femme monoparentale de 31 ans, vivant à Houston, affecté d'un problème cardiaque rare (Tetralogy of Fallot). À trois reprises il fut opéré à cœur ouvert et une autre intervention chirurgicale est nécessaire pour lui permettre d'atteindre l'adolescence. La mère a un emploi précaire qui lui procure une assurance privée, mais elle serait plus rassurée par une assurance obligatoire, si elle venait à perdre son emploi.

Le cas d'un adulte de 47 ans ayant des problèmes cardiaques

Ira Bennet, 47 ans, est un travailleur autonome adulte sans assurance, souffrant de maladie cardiaque depuis l'âge de 40 ans. Son revenu mensuel étant de 500 \$, il n'est pas en mesure de défrayer

le coût d'une intervention chirurgicale estimée à 70 000\$. Il doit aussi encourir des frais mensuels de 2 000\$ pour des médicaments reliés au sida, qui sont défrayés par la Ryan White Care Act. Les assureurs refusent de lui consentir une assurance pour son problème cardiaque. Selon la nouvelle Loi, à partir de 2014, les assureurs ne pourront lui refuser une assurance, refus qui serait fondée sur une condition médicale préexistante.

Le cas d'un homme sans emploi et non assuré

Daniel Boren, 37 ans, travaille comme plongeur dans un hôtel et n'est pas en mesure de payer une assurance santé offerte par son employeur, mais il gagne trop pour se qualifier au plan Medicaid. Il se procure de la nourriture par des timbres-primés. Il souffre d'hypertension mais n'a pas les moyens de voir un docteur. Selon la nouvelle Loi, dès 2014, un homme comme Boren serait facilement en mesure de se qualifier au régime Medicaid et de consulter un médecin régulièrement.

Le cas du propriétaire d'une petite entreprise

Marilyn Landis exploite une petite entreprise locale qui offre des services financiers spécialisés et une dizaine de personnes sont à son emploi. Son but est de prendre une expansion sur le plan national. Elle craint que les frais de couverture santé pour ses employés de l'empêche de prendre de l'expansion. En vertu de la nouvelle Loi, une entreprise de moins de 50 employés n'est pas obligée de fournir une assurance santé à ses employés. De plus, comme l'entreprise compte dix employés ou moins, elle serait admissible à des crédits d'impôt dès cette année et pour une période de deux ans.

Le cas d'un retraité de 70 ans

Morton Genser, 73 ans, souffre de diabète, une maladie qui l'oblige à prendre 26 médicaments différents. Il est assuré actuellement en vertu de Medicare, mais il entre maintenant dans une situation appelée «trou du beigne». Medicare vient d'arrêter de couvrir ses frais de médicaments puisqu'il a dépassé le seuil requis, supérieur à 2 830\$. Les personnes âgées qui dépassent ce seuil doivent payer 100% des frais jusqu'à concurrence de 4 550\$. Il doit maintenant tenter d'obtenir par tous les moyens des échantillons pour traiter son problème de diabète. En vertu de la nouvelle Loi, le trou du beigne va aller sans cesse en se rétrécissant jusqu'en 2020. Par la suite, les coûts des médicaments n'excéderont pas 25%.

Le cas d'un collégien sur le point d'être diplômé

Une jeune étudiante de 22 ans, résidant en Californie, est sur le point d'obtenir un diplôme en art et se cherche actuellement un emploi de stagiaire non rémunéré dans ce domaine, la plupart des emplois n'offrant pas une couverture santé. En vertu de la nouvelle Loi, une jeune adulte pourra jouir de l'assurance santé privée de ses parents jusqu'à l'âge de 26 ans.