

Les derniers soubresauts de la “Confédération européenne” ?

par [Jacques Le Cacheux](#)

Les institutions dont l'Union européenne s'est dotée, du traité de Maastricht qui, en 1992, l'a créée et a défini la feuille de route aboutissant au lancement de l'euro en 1999, au traité de Lisbonne qui, en 2009, a repris les principaux articles du traité constitutionnel que les Français et les Néerlandais avaient refusé, par référendum, de ratifier en 2005, permettent-elles de résoudre la grave crise à laquelle l'Union est aujourd'hui confrontée ? Après cinq années de marasme économique et près de quatre de tensions persistantes sur les dettes publiques, les craintes quant à la pérennité de l'union monétaire européenne avaient paru apaisées par la résolution affichée, au début de l'automne 2012, par Mario Draghi, le président de la Banque centrale européenne, d'assurer coûte que coûte l'avenir de la monnaie unique européenne. Mais les résultats des récentes élections générales italiennes ont à nouveau fait tanguer les marchés des dettes souveraines européennes et relancé les spéculations, tandis que la zone euro replongeait dans une récession alors même que les plaies de la précédente n'étaient pas encore cicatrisées.

Pourra-t-on longtemps encore se contenter d'expédients ? Ne conviendrait-il pas d'opérer une véritable révolution institutionnelle, à l'image de celle qu'entreprirent, entre 1788 et 1790, les concepteurs de la Constitution des Etats-Unis d'Amérique, confrontés à une crise aiguë des dettes publiques de la Confédération et des états confédérés ? C'est à une lecture économique et financière de cet épisode essentiel de l'histoire institutionnelle des Etats-Unis, et à

un parallèle, que certains jugeront peut-être audacieux, mais qui s'avère à tout le moins éclairant, avec la situation actuelle de la zone euro, que nous invite Thomas J. Sargent, dans sa Conférence Nobel, dont l'OFCE publie la [traduction française](#).

Certes les différences sont nombreuses entre la situation des anciennes colonies britanniques dix ans après leur indépendance et les Etats membres de l'union monétaire européenne. Mais comment ne pas voir les similitudes, tant dans l'incapacité à trouver une solution collective aux crises de dettes publiques nationales que dans l'inanité de l'accord conclu en février 2012 sur le futur budget européen ? *Mutatis mutandis*, c'est de fédéralisme budgétaire, mais aussi politique, qu'il est question, dans un cas comme dans l'autre.

Obama 2012 : “Yes, we care!”

par Frédéric Gannon (Université du Havre) et [Vincent Touzé](#)

Le jeudi 28 juin 2012, la Cour suprême des Etats-Unis (*US Supreme Court*) a [rendu son verdict](#). Le principe d'obligation individuelle d'adhésion à une assurance santé sous peine de pénalité financière, volet central de la réforme^[1] du système d'assurance santé de 2010 (*Affordable Care Act*^[2]), a été jugé constitutionnel. Cette réforme a été adoptée dans un contexte politique difficile. Elle comprend de multiples mesures qui visent à réduire considérablement le nombre d'Américains sans couverture santé. Elle augmentera les dépenses fédérales, mais de nouvelles recettes et des réductions de dépenses

permettront de réduire le déficit public.

De septembre 2009 à mars 2010, la rédaction puis le vote de la loi a été un long processus dont l'issue politique était incertaine en raison d'une majorité insuffisante au Sénat[3]. La loi, votée par la Chambre des Représentants et signée le 23 mars 2010 par le Président Obama, étant différente de celle votée au Sénat, des amendements furent introduits dans une loi de réconciliation budgétaire votée le 30 mars. Des opposants à cette réforme (26 Etats, de nombreux citoyens ainsi que la *National Federation of Independent Business*) ont alors décidé de porter le combat devant la Cour suprême des Etats-Unis. Leurs espoirs reposaient principalement sur de possibles inconstitutionnalités de la loi liées à l'obligation d'adhésion à une assurance santé ainsi qu'à l'extension du programme d'assurance publique *Medicaid*.

Le jugement favorable de la Cour suprême a été obtenu avec une courte majorité : 5 juges ont voté pour[4] et 4 contre[5]. La sensibilité politique des juges ne semble pas avoir joué contre la loi puisque le juge en chef, John G. Roberts, nommé par George W. Bush, a donné son approbation. La majorité de la Cour suprême considère la pénalité financière en cas de non adhésion comme une taxe[6] et qu'elle n'a pas à se prononcer sur le bien-fondé de cette taxe. Elle renvoie cette responsabilité au parlement (chambre haute et basse) qui, en l'occurrence, a déjà débattu et adopté la loi. Par voie de conséquence, ce point de la loi est valide.

Selon la Cour suprême, la pénalisation financière de la non-adhésion à une assurance santé peut être perçue comme une obligation individuelle d'achat[7], et la loi sur le commerce (*Commerce Clause*) « ne donne pas ce pouvoir au Congrès ». Mais, d'un point de vue fonctionnel, cette pénalité peut être assimilée à une taxe. Dans ce cas, le Congrès a toute latitude pour « établir et collecter l'impôt » (*Taxing Clause*). D'où le verdict favorable de la Cour suprême. En revanche, elle juge que « l'extension de *Medicaid* viole la Constitution », car la

« menace de perte de plus de 10 pourcent du budget global d'un État est une dragonnade économique qui laisse les États sans autre choix que de consentir à l'extension de *Medicaid* ».

La décision de la Cour suprême est une victoire majeure pour le Président Barack Obama, pour qui cette réforme en faveur d'un accès plus égalitaire au système d'assurance santé a été un des fers de lance de sa campagne électorale de 2008. Auparavant, son prédécesseur démocrate à la Maison Blanche, Bill Clinton, avait dû renoncer à une réforme similaire en raison d'une opposition farouche des Républicains et une division grandissante au sein des Démocrates. Afin de se donner toutes les chances de succès, Barack Obama aurait été plus stratégique tant sur la programmation de la réforme que sur la forme de sa présentation[8]. Pour y arriver, il a aussi constitué une équipe composée de spécialistes chevronnés[9].

Cette loi est une véritable révolution culturelle dans un pays où le système d'assurance santé exclut près de 50 millions d'individus. Outre l'obligation individuelle d'adhésion pour les Américains, les principales mesures prévues sont :

- la création de « marchés » de contrats d'assurance où chacun peut acheter une couverture santé avec une subvention publique qui dépend du niveau de revenu ;
- une extension du programme public d'assurance santé *Medicaid*[10] (couverture publique pour tous les ménages dont le revenu est inférieur à 133 % d'un plafond fédéral de pauvreté) et pénalisation financière des États qui ne mettent pas en œuvre cette extension (suppression de l'intégralité des financements fédéraux sur le programme *Medicaid*) ;
- une obligation pour les employeurs d'offrir une assurance santé à leurs salariés (application de pénalité financière si l'obligation n'est pas respectée avec des exceptions pour les petites entreprises) ;
- des nouvelles réglementations sur le marché de

l'assurance privée (obligation de couverture de tous les individus sans critère sur l'état de santé).

A partir de 2014, des millions de ménages américains non assurés doivent bénéficier de l'extension de *Medicaid*, que la Cour suprême a jugé inconstitutionnelle, ce qui soulève donc de nombreuses interrogations[11]. Combien d'Etats seront-ils tentés de ne pas étendre *Medicaid* ? Quelles seront les conséquences pour les ménages pauvres[12] qui devaient bénéficier de cette extension ? Auront-ils les moyens de s'offrir des assurances privées subventionnées[13] ? Seront-ils sanctionnés financièrement s'ils ne s'assurent pas ? Seront-ils encouragés à migrer vers des Etats ayant adopté l'extension[14] ? Il est raisonnable d'espérer que peu d'Etats[15] boycotteront l'extension de *Medicaid* car les autres mesures incitatives prévues par la loi restent fortes (prise en charge fédérale à 100% du surcoût de 2014 à 2016, puis 95% après 2017 puis 90% après 2020 ; perte de certains financements fédéraux en l'absence d'extension). Toutefois des aménagements de la loi seront vraisemblablement utiles si les gouvernants veulent éviter l'exclusion de personnes trop pauvres pour s'offrir une assurance privée subventionnée.

La mise en place de la loi sera progressive et les différentes mesures doivent s'appliquer à partir de 2014. D'après le dernier [rapport du Congressional Budget Office](#) (2012), les dépenses publiques annuelles (extension de *Medicaid* et subventions d'assurance privée) devraient augmenter d'environ 265 milliards de dollars par an[16] à l'horizon 2022 (le coût total estimé entre 2012 et 2022 est de 1 762 milliards de dollars) et le nombre de non assurés pourrait diminuer d'environ 33 millions[17]. La réforme prévoit également une hausse des recettes fiscales (hausse des prélèvements obligatoires et nouvelles taxes) ainsi qu'une baisse des dépenses fédérales (principalement des substitutions entre le programme *Medicaid* étendu et l'ancien programme), ce qui a pour effet de compenser amplement le coût de la réforme. Dans

un précédent [rapport de mars 2011](#), le CBO estime à 210 milliards de dollars la baisse du déficit cumulé sur la période 2012-2021. Au nom de la sacrosainte liberté, l'opposition à l'obligation individuelle d'adhésion reste encore vigoureuse[\[18\]](#), mais avec le temps, on peut espérer que ce principe d'obligation soit, avant tout, perçu comme un droit fondamental qui protège chaque citoyen.

[\[1\]](#) Pour une présentation du système d'assurance santé et de la réforme, voir Christine Riffart et Vincent Touzé, « La réforme du système d'assurance santé américain », [Lettre de l'OFCE, n°321](#), 21 juin 2010. Voir également la [fiche de Wikipedia sur le sujet](#).

[\[2\]](#) Cette législation réunit les deux lois *Patient Protection and Affordable Care Act* et *Health Care and Education Reconciliation Act* (loi de réconciliation budgétaire).

[\[3\]](#) "Health Care Reform: Recent Developments", [The New-York Times, June 29](#), 2012.

[\[4\]](#) Stephen Breyer, Elena Kagan, Ruth Bader Ginsburg, Sonia Sotomayor ainsi que le juge en chef John G. Roberts.

[\[5\]](#) Clarence Thomas, Anthony Kennedy, Antonin Scalia et Samuel Alito.

[\[6\]](#) Floyd Norris, "Justices Allow the Term 'Tax' to Embrace 'Penalty'", [The New-York Times, June 28](#), 2012.

[\[7\]](#) La position juridique de l'administration Obama a consisté à soutenir que la portion de l'obligation de souscription d'assurance assimilable à une taxe est la pénalité acquittée par ceux qui ne respectent pas cette obligation. Cette pénalité fonctionne comme une régulation : elle est conçue dans une logique d'incitation et non dans une optique de recette fiscale nouvelle. Le juge Jeffrey Sutton a expliqué

que si le gouvernement avait clairement spécifié que l'obligation de souscription était une taxe, elle aurait été plus facile à justifier sur le plan de sa constitutionnalité. La plupart des abattements fiscaux ou rabais d'impôts sont des incitations positives (prime à l'acquisition de véhicules moins polluants par exemple). L'obligation d'assurance sur la santé joue au contraire comme une incitation négative en infligeant une pénalité/amende aux agents décidant de ne pas souscrire d'assurance. Mis face à cette alternative, ils choisissent en toute rationalité – selon l'optique pigouvienne – l'option qu'ils jugent la plus profitable ou la moins coûteuse.

[8] Ezra Klein, "Barack Obama, Bill Clinton and Health-Care Reform", [*The Washington Post*, July 26, 2009.](#)

[9] Robert Pear, "Obama Health Team Turns to Carrying Out Law", [*The New-York Times*, April 18, 2010.](#)

[10] *Medicaid* est un programme public d'assurance santé pour les ménages les plus pauvres (près de 35 millions de bénéficiaires). Les conditions pour en bénéficier sont nombreuses (revenu, âge, degré d'invalidité, état de santé, etc.), ce qui conduit à écarter une part non négligeable de la population la plus pauvre. Ainsi, plus de 20 millions de personnes vivant en dessous du seuil fédéral de pauvreté n'ont pas accès à *Medicaid*. En revanche, l'autre programme public d'assurance santé réservé aux personnes âgées de 65 ans et plus, *Medicare*, couvre largement ce groupe d'âge.

[11] Urban Institute-Health Policy Center, "Supreme Court Decision on the Affordable Care Act: What it Means for Medicaid", [*Policy Briefs*, June 28, 2012.](#)

[12] Genevieve M. Kenney, Lisa Dubay, Stephen Zuckerman et Michael Huntress, "Making the Medicaid Expansion an ACA Option: How Many Low-Income Americans Could Remain Uninsured?", [*Policy Briefs, Urban Institute – Health Policy*](#)

[Center, June 29, 2012.](#)

[13] En l'absence d'extension de *Medicaid*, leur dépense d'assurance santé serait plafonnée à 2% de leur revenu.

[14] Ce concept de vote avec les pieds a été mis en avant dans l'article de Charles M. Tiebout (1956) : "A Pure Theory of Local Expenditures", *The Journal of Political Economy*, 1956, vol. 64/5, pp. 416-424.

[15] Brett Norman, "Lew: 'Vast majority' of states will expand Medicaid", [Politico, 1st July 2012.](#)

[16] En 2022, 136 milliards de dollars financeraient l'assurance santé publique de 17 millions de pauvres (extension de *Medicaid*) et 127 milliards de dollars subventionneraient l'achat d'assurances privées de 18 millions de personnes.

[17] En 2022, les 27 millions de non-assurés restants seraient composés de migrants illégaux (non-éligibles aux programmes publics et aux assurances privées), d'éligibles à *Medicaid* qui ne souhaitent pas s'assurer ainsi que des personnes non éligibles à *Medicaid* qui ne souhaitent également pas s'assurer.

[18] Susan Stamper Brown, "Time To Clean Up The Obamacare Mess", [The Western Center for Journalims, June 26, 2012.](#)