

Le système de santé américain : origines et développements des organismes de *Managed Care*

The U.S. healthcare system : origins and developments of Managed Care Organizations

D. Simonet

College of Commerce & Economics, Sultan Qaboos University, Sultanate of Oman

RESUME

C'est dans le contexte de rationnement des soins que sont apparues, dès les années 70, les premières sociétés de gestion des dépenses de santé. Celles-ci ont remporté un succès important dans les années 90 en prenant en charge la gestion de la santé d'un nombre croissant d'assurés aux Etats-Unis. Au même moment se sont multipliés les programmes d'évaluation des coûts et de la qualité des soins. Après un descriptif de l'expérience américaine du Managed Care et des mécanismes de contrôle des coûts utilisés sous ce régime, seront précisées quelques-unes de ses conséquences sur la santé des patients et la fragilité actuelle des Health Maintenance Organizations (HMO).

Rev Med Brux 2003 ; 3 : 131-8

ABSTRACT

The first Health Maintenance Organizations (HMOs) appeared in the 70's in the context of care rationing. These organizations have rapidly become responsible for delivering care to the general population. Cost/effectiveness studies and other quality control programs rapidly appeared, followed by other sophisticated cost-control devices. The following article gives information on the current difficulties encountered by HMOs. Other aspects of the care given by the HMOs are also addressed. The economical and legal difficulties to which these companies were confronted have prompted them to withdraw from some market segments. Patients have become more vulnerable, despite limited attempts of reforms.

Rev Med Brux 2003 ; 3 : 131-8

Key words : *HMO, Managed Care*

LE MANAGED CARE : UNE RETROSPECTIVE

Comme les autres pays occidentaux, les Etats-Unis sont confrontés à une hausse des dépenses de santé, liée aux progrès des technologies médicales, au vieillissement de la population et à l'extension de la couverture santé, que celle-ci soit proposée par un employeur privé ou par l'Etat (programme *Medicare* et *Medicaid*). Afin de réduire les dépenses de santé, le gouvernement américain encouragea l'essor des entreprises de *Managed Care*. Avec le vote de l'*HMO-Act* en 1973, le congrès accorda des avantages fiscaux aux "*Health Maintenance Organizations*" (HMO), organismes qui se sont engagés à offrir des soins à une population définie en échange d'une somme fixe, généralement mensuelle, payée à l'avance. Dans la seconde moitié des années 80, les stratégies de réduction des

coûts des entreprises de *Managed Care* ont retenu l'attention des grandes entreprises qui leur ont confié la santé de leurs employés au détriment des assureurs "traditionnels" avec paiement à l'acte (régime *Fee For Service - FFS*). Puis le gouvernement fit de même avec les retraités de l'armée¹. Dans les années 90, le taux de croissance des affiliations aux organismes de *Managed Care* était de 10 % par an : le nombre des assurés sous régime *Managed Care* atteint même 80,5 millions en 1999 contre 38,8 millions en 1992, 40 millions en 1990 et 11,6 millions en 1982² (Tableau).

Parallèlement, de nouveaux types d'organismes de *Managed Care*, dans lesquels se répartissent les assurés, sont apparus (Figure 1). Certains, comme les "*Preferred Provider Organization*" (PPO) et les "*Point Of Service*" (POS) offrant davantage de flexibilité à l'as-

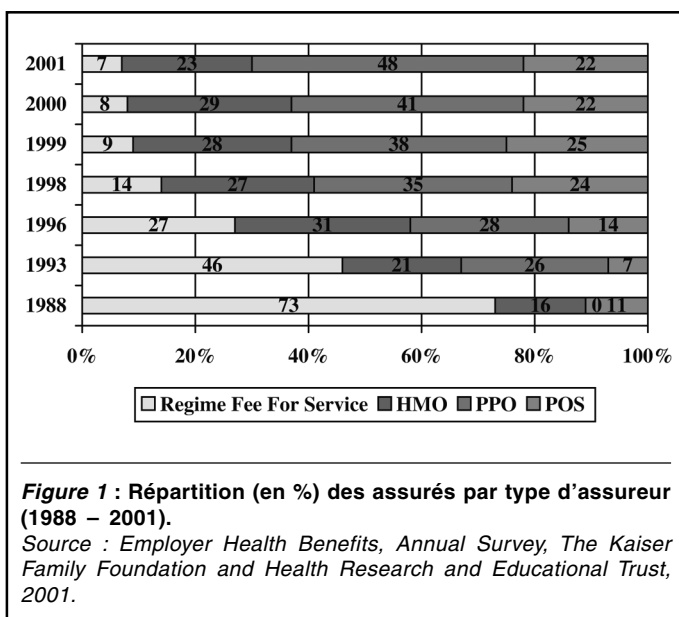
Tableau : Adhésions aux HMO (1992 à 2001).

Année	Nombre d'assurés (en millions)	Taux de croissance (en %)
1992	38,8	6,3
1993	42,1	8,5
1994	47,1	11,9
1995	53,4	13,4
1996	63,3	18,5
1997	72,1	13,9
1998	78,6	8,9
1999	80,5	2,6
2000	78,9	-2
2001	78	-1,1

Source : HMO Industry Report 12.1. Part II. InterStudy Competitive Edge Series. Données du 1^{er} juillet 2001.

suré, moyennant le versement d'un ticket modérateur ou d'une franchise.

Le système de santé américain présente certaines caractéristiques. Tout d'abord et contrairement à une idée reçue, il n'est pas dominé par le secteur privé : en 1994, 47 % des dépenses de santé (950 milliards de dollars) étaient financés par le gouvernement (à travers des programmes *Medicaid*, *Medicare*, la couverture des employés fédéraux, etc.), 26 % par le patient, 21 % par les employeurs et 6 % par des organisations charitables³. Ensuite, il est partiel : 44 millions d'habitants sont en effet exclus de toute couverture santé, soit 16,3 % de la population totale ; le plus souvent, les personnes qui ne peuvent financer leur couverture médicale, mais dont les revenus sont trop élevés pour pouvoir bénéficier du programme *Medicaid* (les deux tiers des personnes sans assurance possèdent un emploi). De plus, les programmes de santé publique ne couvrent pas la totalité des besoins en soins. Par exemple, les patients *Medicare*, bien que couverts par un programme public, doivent prendre en charge les dépenses médicamenteuses, ce qui les incite à délaisser leur assureur.



CONTROLE DES COÛTS GLOBAUX

Après avoir fortement augmenté dans les années 80, la croissance des dépenses de santé s'est, en parallèle avec l'essor du *Managed Care*, ralentie entre 1990 et 1996, avec un taux de croissance le plus bas des 37 dernières années (4,4 % en 1996), la part des dépenses de santé dans le PIB se maintenant à un niveau identique (entre 13,1 et 13,4 % entre 92 et 96, puis à 13,1 % de 1997 à 1999 inclus)⁴. En Californie, en particulier, les organismes de *Managed Care* ont freiné (1983 - 1993) la consommation de services hospitaliers, les dépenses de santé augmentant moins rapidement dans les marchés caractérisés par une forte pénétration des HMO (44 % moins rapidement, sur ce total, 28 % étaient liés au volume des prestations de santé, 6 % au nombre de lits disponibles, 10 % à une modification de l'intensité des services proposés)⁵. Ces résultats sont confirmés par d'autres études : alors que les dépenses hospitalières ont augmenté de 54 % aux Etats-Unis entre 1980 et 1991, cette hausse ne fut que de 27 % dans le seul Etat de Californie où le *Managed Care* connut un développement soutenu⁶. En ce qui concerne les dépenses de consultations et de médicaments, elles ont respectivement augmenté de 82 % et de 65 % au niveau fédéral contre 58 % et 41 % en Californie. De même, la croissance des dépenses des hôpitaux des régions investies par les HMO fut plus faible⁷. Le consommateur y trouva son compte, la concurrence entre HMO ralentissant la croissance des primes. Toutefois, les HMO ne sauraient être seules responsables de ce palier car comme le souligne E. Chamorand (1996), "la courbe des dépenses s'est infléchie de la même façon de 1977 à 1980 pour décourager toute réglementation ou réforme"⁸. Le projet du Président Clinton (*Health Security Act*, 1993), apparu dans la phase de croissance des HMO, pourrait avoir eu le même effet sur les coûts, limitant le rôle de ces organismes dans la maîtrise des dépenses de santé. Enfin, le système reste très onéreux : les dépenses de santé (qui devraient atteindre 16,3 % du PNB américain au cours de cette décennie en raison des départs en retraite de la génération du "baby-boom"⁹) sont plus élevées, en valeur et en pourcentage du PNB, que dans les autres pays membres du G7 alors que la qualité des soins (accessibilité, soins hospitaliers, consommation pharmaceutique, etc.) y est soit comparable, soit plus faible (durée de vie, mortalité infantile, etc.).

PRATIQUE MEDICALE ET ENCADREMENT DES SOINS

Sous régime *Managed Care*, la pratique médicale a connu deux changements majeurs. Le premier concerne le développement d'études de rapport coût/efficacité des traitements proposés et de dispositifs destinés à aider les praticiens dans les arbitrages entre les thérapies qui s'offrent à eux. Dans ce dessein, les prestataires (hôpitaux) et les assureurs (organismes de *Managed Care*, ...) ont utilisé des procédés variés : recommandations cliniques et standards de références ("guidelines"), études de résultats ("outcomes"), pro-

gramme de gestion des maladies selon un rapport coût/efficacité (“*disease management*”), analyse des habitudes de prescription des médecins (“*utilization profiles*”). Le second changement porte sur la création de standards en vue d’homogénéiser les pratiques médicales. Par exemple, si 11 milliards de dollars sont consacrés chaque année au traitement de l’insuffisance rénale terminale, les coûts varient considérablement d’un Etat à l’autre (82.000 \$ par opération en moyenne). Des comparaisons (“*Benchmarking*”) entre offreurs menées sous l’égide des organismes de *Managed Care* et des hôpitaux devraient aider à imposer des standards, donc à uniformiser les interventions et prestations de santé. En pratique cependant, la difficulté à prendre en compte les cas particuliers fait courir le risque d’une diminution de la qualité des soins même si des dispositifs de “*case management*”, qui imposent un suivi des patients vulnérables à travers une filière thérapeutique, devraient offrir des soins optimaux dans les cas les plus sévères¹⁰. Les organismes de *Managed Care* ont également proposé toute une palette de services destinés à rationner l’offre de soins, dispositifs qui incluent la consultation d’un réseau limité de prestataires*, la mise en place de mécanismes du type “*utilization review*” qui autorisent le réexamen des soins reçus par le patient afin de s’assurer qu’ils sont bien nécessaires et appropriés, le recours à un médecin référent ou “*Gatekeeper*” qui décide si le patient peut consulter un médecin spécialiste ou nécessite des soins additionnels (procédures médicales sophistiquées et onéreuses)¹⁰. Dans l’étude d’un organisme de *Managed Care* de type *network*, tous les prestataires recouraient à un dispositif de pré-autorisation (“*Gatekeeping*”) en particulier pour les actes de spécialité, les tests et certaines procédures sophistiquées (95 % des demandes d’imagerie par résonance magnétique par exemple, 53 % des demandes de tests pulmonaires, ...)¹¹. Pour plus de 75 % des cabinets de médecine, les demandes de pré-autorisation étaient rarement refusées (moins de 10 % des demandes seulement). Depuis d’autres HMO ont renoncé à ce système d’autorisation au motif que le contrôle de l’activité médicale coûterait plus cher que les économies réalisées avec le refus de certains traitements ou opérations. *United Health Group* (Minnesota) décida de laisser le dernier mot au médecin à propos du traitement qu’il convient de choisir. Cette décision, accueillie très favorablement par l’*American Medical Association*, devrait être suivie par d’autres HMO, d’autant que *United Health Group* était, avec 15,4 millions d’assurés, la deuxième HMO après Aetna (19 millions d’assurés)¹².

Ces restrictions s’étendent également aux patients, aux hôpitaux et aux pharmacies. En ce qui concerne les premiers, des tickets modérateurs ont été expérimentés aux urgences et en psychiatrie^{13,14}. Leur apparition découle de deux notions fréquemment associées en économie de la santé : le risque moral et la “*sélection adverse*”¹⁵. La responsabilisation du patient (tickets modérateurs, franchises, etc.) doit permettre de limiter le risque moral (défini comme l’attitude de ceux qui, dissimulant une information ou se sachant couverts par une assurance, adoptent des comportements

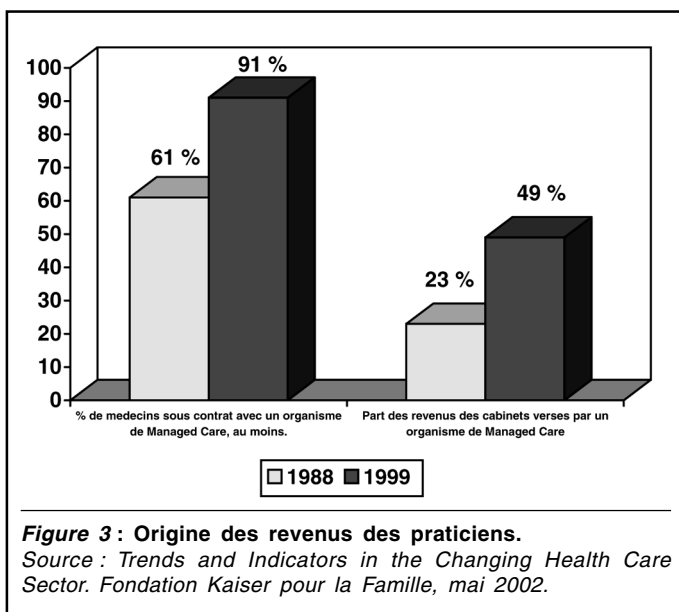
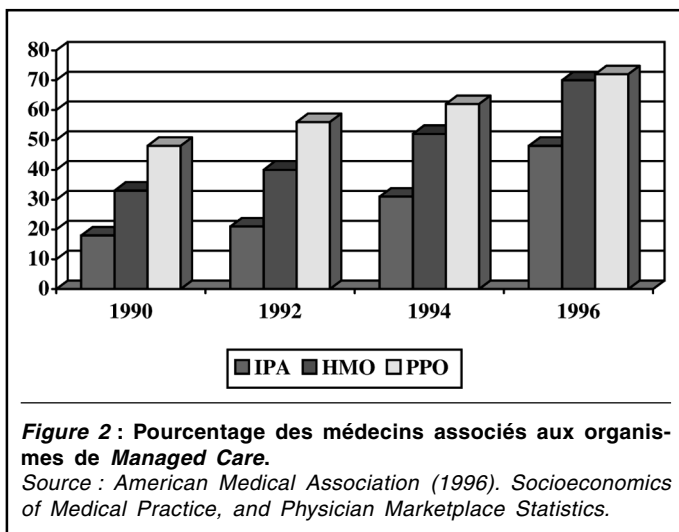
à risques, donc consomment davantage). Quant à la “*sélection adverse*”, elle traduit l’idée que les individus qui présentent de mauvais risques, sont voués à subir de très fortes primes, en raison de la sortie de l’assurance des personnes dont la probabilité de tomber malade est plus faible, ce qui augmente les tarifs de base, et par un effet cumulatif, accélère le départ des autres assurés à risque faible. Si elle légitime l’existence d’une couverture publique, celle-ci est aussi partielle (tickets modérateurs limitant le hasard moral). Les HMO ont également incité les hôpitaux à réduire la durée du séjour hospitalier des patients, des stratégies qui n’induisent pas nécessairement une aggravation de leur état de santé. Enfin, certaines pharmacies de quartier ont développé, à des fins d’économies, une offre médicamenteuse en partenariat avec les HMO. Sous l’égide des HMO, les pharmaciens interviennent également en milieu hospitalier¹⁶.

AFFILIATION DES MEDECINS AU *MANAGED CARE*

Au début des années 90, les conditions de travail des praticiens sous régime *Managed Care* étaient avantageuses. Leur salaire n’était pas plus faible sous ce régime et ils pouvaient continuer à exercer dans un cabinet de médecine indépendant tout en étant partenaires d’une HMO qui, de plus, offrait des horaires stables. Par ailleurs, les organismes de *Managed Care* facilitaient la collecte des honoraires auprès des employeurs. Et alors que nombre de praticiens connaissaient une situation de sous-emploi, ils ne pouvaient ignorer les débouchés que représentaient les organismes de *Managed Care*. Ainsi alors qu’un médecin sur 10 était intégré dans une forme ou une autre d’organisme de *Managed Care* (HMO, “*Independent Practice Association*” - IPA, “*Preferred Provider Organization*” - PPO, etc.) en 1990, ils sont près de 8 sur 10 aujourd’hui (Figure 2), un phénomène qui concerna davantage les médecins des villes que ceux des zones rurales. Le pourcentage de praticiens participant à un organisme de *Managed Care* au moins, est passé de 61 % en 1988 à 91 % en 1999 tandis que la part des revenus des cabinets émanant d’un organisme de *Managed Care* a augmenté de 23 % à 49 % sur la même période (Figure 3).

De nouveaux modes de rémunération des médecins sont apparus comme les contrats au forfait (“*capitation*”)¹⁷. Dans ce cas, le praticien, jouant le rôle de trésorier de l’organisme de *Managed Care*, perçoit une somme fixe par patient, quelles que soient la durée et l’intensité des soins reçus¹⁸. Par ailleurs, des sanctions financières existent pour les praticiens qui dépassent un plafond de prescription ou d’actes : ainsi, lorsqu’une HMO recourt au principe du “*withholding*”, elle retient, au début du contrat, une part (généralement 15 à 25 %) des honoraires habituellement versés aux prestataires (praticien “*solo*” ou cabinet de médecine de groupe). A

* L’assuré doit consulter l’un des praticiens du réseau de la HMO. En retour, ce dernier s’engage à pratiquer des honoraires plus faibles que ceux demandés aux patients qui ne sont pas affiliés à la HMO. Le patient peut aussi consulter le praticien de son choix, mais verse dans ce cas un ticket modérateur plus élevé.



la fin de ce contrat avec retenue, des comparaisons ont lieu par rapport à un plafond initial de dépenses ou de consommation (de services hospitaliers, de tests, de prescriptions médicamenteuses, etc.). Si celles-ci sont inférieures au plafond, la somme retenue est alors versée au prestataire de soins. Dans le cas contraire, la HMO la conserve pour elle. Des inquiétudes apparaissent car, dans ce cadre, l'autonomie décisionnelle du médecin, exposé à des sanctions financières, est plus faible. Et alors que la médecine américaine reposait sur une entente implicite entre le médecin et son patient pour déterminer le meilleur service possible, les accords qui lient les praticiens aux organismes de *Managed Care* sont quelquefois si forts qu'ils peuvent dissuader les médecins de donner au patient l'intégralité des soins dont ce dernier a besoin. Le patient est d'autant plus vulnérable qu'il ne connaît pas la nature du contrat (donc les restrictions...) qui lie son médecin à l'organisme de *Managed Care*.

La théorie de la demande induite de Evans et de Fuchs, qui suggère que le corps médical favorise la demande de soins dans le dessein de se garantir un revenu, légitime ces interventions dans la pratique

médicale^{19,20}. Egalement mis en évidence par des travaux plus spécifiques, les tarifs et la consommation de soins sont plus élevés dans les zones qui accueillent de nombreux praticiens²¹. Fait aggravant, le patient, plus averti (de la disponibilité de l'offre, des progrès de la médecine, etc.) et donc plus sollicité, exige davantage de soins, ce que le médecin peut difficilement refuser au risque d'une perte de revenus. Le développement des contrats "*capitation*" et des autorisations de soins viserait à renverser ce processus, tout comme la conversion au statut d'organisme à but lucratif qui incite les praticiens à se montrer plus économes²².

QUALITE DES SOINS ET INTERVENTIONS FEDERALES

Quant à la qualité des soins, des résultats mitigés ont été observés. Une synthèse de 15 études comparant la qualité des soins sous régime HMO et sous le régime de santé traditionnel (*Fee For Service*), révèle un nombre équivalent d'améliorations et de dégradations de la santé des patients, quel que soit l'assureur (HMO ou *Fee For Service*)²³. En psychiatrie, le *Managed Care* s'est accompagné d'une dégradation de la qualité des soins : par rapport aux patients restés dans le système traditionnel de paiement à l'acte (*Fee For Service*), les malades les plus gravement atteints se portaient beaucoup moins bien après leur transfert sous régime du *Managed Care*²⁴. En cancérologie, les patientes souffrant d'un cancer du sein ont survécu moins longtemps après avoir été opérées dans un hôpital appartenant à une HMO²⁵. Quant au *Gatekeeping*, bien que des médecins jugent que les soins donnés par un médecin référent sont comparables aux soins traditionnels, ce dispositif serait inapproprié en dermatologie et en médecine urgentiste²⁶⁻²⁸. Enfin, d'autres investigations soulignent que l'état de santé des patients vulnérables (malades chroniques *Medicare*, personnes démunies et/ou fragiles, etc.) s'est dégradé sous régime HMO^{23,29-31}. Les cas d'exclusion des patients à risques ou vulnérables sont également nombreux, les organismes de *Managed Care* recrutant en priorité les patients qui présentent un risque faible, et excluant les personnes fragiles, susceptibles de générer des coûts élevés à terme^{32,33}. L'essentiel des besoins en soins émane d'une fraction de la population, les 10 % d'individus les plus malades représentant 70 % des dépenses de santé. En outre, la prise en charge par l'employeur, caractéristique du système de santé américain, parce qu'elle crée une couverture médicale discontinue, fragilise un peu plus encore le patient. Ainsi, dans une étude de l'association "*Vermont Health Care for All (VTHCA)*" sur les origines des ruptures de contrat des HMO, 74 % des personnes ont affirmé que la recherche d'un nouvel assureur était liée à un changement d'employeur, 17 % par choix d'un contrat de santé moins onéreux et 9 % seulement afin de bénéficier de soins de meilleure qualité³⁴.

Face à ces dérives, des lois en faveur du patient ont été votées. Le président Clinton proposa la loi "*Consumer Bill of Rights*", votée au Sénat en juillet 1999, qui permet de se présenter aux urgences sans l'accord

préalable de l'assureur, de faire appel en cas de refus d'un traitement et enfin de consulter un spécialiste extérieur à l'organisme de *Managed Care* si ce dernier n'en possède pas dans la spécialité considérée. En outre, certains principes très restrictifs établis par les organismes de *Managed Care* ont été écartés. C'est le cas par exemple de la loi " *Drive Through Deliveries* ". En effet, au milieu des années 90, les séjours de 24 heures à la maternité consécutifs à un accouchement étaient plus fréquents, notamment sur la Côte Ouest. Afin de réduire les coûts, les organismes de *Managed Care* soutenaient cette pratique. Mais les praticiens se sont inquiétés de ses conséquences sur les nouveau-nés. Cette loi rapidement votée, pour des raisons de santé publique, mais aussi en raison de son coût peu onéreux et de l'approche des élections obligea les HMO à financer un séjour de 48 heures à la maternité. Elle connut un succès rapide : alors que l'Etat du Maryland fut le premier à l'adopter, avant même la fin de l'année 1995, cinq autres Etats en firent autant. Moins d'un an après, 24 autres Etats avaient voté des lois plus ou moins proches. Cependant, si les médecins, les patients et les hommes politiques l'ont accueillie favorablement, elle ne fut que partielle : en effet, elle donnait peu d'informations sur les soins ou les tests qu'il convient de donner aux nouveau-nés pendant cette journée supplémentaire à l'hôpital. La " *gag clause* " (littéralement, loi du bâillon), devenue le symbole de l'intrusion des organismes de *Managed Care* dans la relation médecin-patient, fut également abandonnée dans pratiquement tous les Etats : parce qu'elle interdisait au praticien de discuter avec le malade des traitements possibles, elle représentait une menace dans la confiance que le public peut accorder à la profession médicale. D'autres mesures de protection du patient ont été élaborées : elles ont assoupli les restrictions édictées par les HMO pour dissuader les assurés de se présenter aux urgences³⁵. Pourtant ces lois ne sont pas toujours respectées et appliquées³⁶.

Ces mesures soulignent le rôle central, bien que tardivement reconnu, des agences de surveillance et de régulation sous régime *Managed Care*. En effet, afin de contrôler les comportements des médecins, des mécanismes sophistiqués de coercition et de surveillance, qui nous renvoient à la théorie des incitations ont été expérimentés : encadrement de la pratique médicale (recommandations cliniques), enveloppe globale, primes aux praticiens économes³⁷, etc. Mais parce que ces systèmes sont " imparfaits " et que la mise au point d'un contrat optimal entre assureurs et praticiens (c'est-à-dire, selon la théorie des coûts de transactions de Williamson qui envisage *a priori* toutes les stratégies possibles, leurs résultats et les compensations en cas d'opportunisme) est impossible (elle suppose l'absence d'asymétrie informationnelle entre les agents), des mécanismes de supervision des agents sont nécessaires^{38,39}. Les partis tiers (agences d'accréditation et de contrôle de la qualité comme la *Health Care Financing Administration - HCFA* - et la *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO* -, associations professionnelles, etc.) ont été amenés à contrôler plus étroitement les organismes de

Managed Care.

Ce bilan ne saurait être exclusivement négatif. Les organismes de *Managed Care* ont réalisé quelques avancées : développements d'outils de mesure de la qualité des soins, amélioration des soins préventifs auprès des enfants ou des personnes âgées (dépistage du cancer, vaccination)⁴⁰⁻⁴², etc. Par ailleurs, dès 1999, des HMO se sont engagées à financer des essais cliniques (évaluation des médicaments) et des procédures médicales. En effet, les patients et les praticiens reprochaient aux HMO de refuser d'intégrer leurs assurés dans les essais cliniques en raison de leur caractère expérimental. En 1998, l'*American Association of Health Plans (AAHP)*, une association qui regroupe et défend les intérêts des organismes de *Managed Care*, négocia un accord avec le *National Institute of Health (NIH)* : les HMO se sont engagées à inclure un plus grand nombre de leurs patients dans des essais cliniques, dès lors que ces derniers auront reçu l'approbation du NIH. Des HMO se sont d'ores et déjà lancées dans le développement de médicaments. Ainsi *United Healthcare Corporation* (Minnetonka, Miss) prit en charge les coûts des essais cliniques des patients cancéreux. De même, *United* (13 millions d'individus) financera les essais cliniques en oncologie de la *Coalition of National Cancer Cooperative Groups*, une association de 12.000 chercheurs en oncologie.

DES HMO FRAGILISEES

En dépit d'une augmentation du nombre de leurs assurés, les HMO, y compris les plus importantes *Aetna/U.S. Healthcare*, *Pacificare*, *Cigna Oxford Health* et *Kaiser Permanente*, ont enregistré des pertes dans la seconde moitié des années 90. En 1998, près du quart des organismes de *Managed Care* étaient, selon l'agence de notation *Standard & Poors*, dans une situation fragile et, selon une étude de *Modern HealthCare*, sur 29 HMO, 9 ont enregistré des pertes en 1996 (seulement 5 des 16 qui ont réalisé des profits affichaient une augmentation de ces profits par rapport à 1995)⁴³. En effet, avec la croissance de l'économie américaine, les entreprises sont devenues plus exigeantes et les HMO ne possèdent pas toujours un pouvoir de négociation suffisant face à des employeurs qui se regroupent lors des appels d'offre en vue d'obtenir des primes plus faibles. A ce pouvoir de marché défavorable s'ajoute la hausse des dépenses administratives et des plaintes des patients ... Autre preuve des difficultés des HMO, les stratégies de retrait de certains segments de marché : personnes âgées, zones rurales⁴⁴. A la fin de l'année 1998, les HMO de 30 Etats américains ont annoncé qu'elles se retireraient du programme *Medicare* (*Medicare Managed Care*) jugé trop peu rentable (les patients qui perdent leur couverture *Medicare* retournent généralement dans le régime du paiement à l'acte, malgré un coût plus élevé alors que leurs ressources sont limitées, ou intègrent un autre organisme de *Managed Care* ; mais dans certains Etats, celle-ci n'existe tout simplement pas). Au total, il s'agit d'un retournement de situation pour ces sociétés qui, il y a quelques années encore, sont entrées de plain-pied

sur le marché du *Medicare-Managed Care* à grand renfort de publicité et avec le soutien du gouvernement fédéral, un mouvement de retrait constaté à New York, dans le New Jersey, le Colorado, le Connecticut, le Delaware, le Maryland, la Floride, etc. Enfin, avec la maturité du secteur, les possibilités d'expansion des HMO diminuent tant aux Etats-Unis (la clientèle des employés des grandes entreprises américaines est dans sa grande majorité déjà affiliée à un plan de santé de type *Managed Care*) qu'à l'étranger (le Canada le critique largement). En conséquence, le secteur s'est consolidé : afin de réaliser des économies d'échelle ou de champ, les HMO se sont rapprochées⁴⁵.

HOSTILITE DES PATIENTS ET DES PRATICIENS

A ces difficultés s'ajoute une perte de confiance des consommateurs et des professionnels de la santé. Celle-ci est déjà ancienne : au début des années 90, les premières études d'opinion auprès des patients et des praticiens soulignèrent l'impopularité croissante des organismes du *Managed Care*, et ces résultats défavorables se sont depuis confirmés^{46,47}. Selon une étude d'Harvard et de la Fondation Kaiser Family, 76 % des individus de moins de 65 ans et sous le régime *Fee For Service* notaient favorablement leur assureur, tandis que 66 % seulement des patients *Managed Care* en faisaient autant⁴⁸. 25 % des personnes interrogées jugeaient que les prestations des organismes de *Managed Care* étaient médiocres. Les points de mécontentement les plus fréquemment mentionnés étaient le temps passé avec les médecins, les possibilités de consulter un spécialiste et la qualité des soins. Seulement 30 % des patients sous régime *Managed Care* faisaient confiance à leur assureur (55 % chez les patients *Fee For Service*). La plupart se prononçaient en faveur d'un renforcement du contrôle de l'Etat contre les excès du *Managed Care*. En 1999, une enquête du *Washington Post - ABC* révéla que 30 % des personnes interrogées avaient une bonne opinion des HMO et 52 % une mauvaise opinion ; 43 % pensaient que les HMO ne traitaient pas les patients avec équité⁹. Les médias ont contribué à cette stigmatisation : selon la *Kaiser Family Foundation*, si les deux tiers des 2.100 éléments d'information diffusés dans les journaux ou à la télévision donnaient une image neutre du *Managed Care*, un quart le critiquait⁴⁹. Et alors qu'au début des années 90, ils présentaient le *Managed Care* sous un jour favorable (économies, ...), cette tendance s'est inversée depuis, en raison, entre autres, des retards dans les soins, des salaires exorbitants des PDG des HMO (près de 30 millions de dollars attribués en 1996 à Stephen Wiggins, patron de *Oxford Health Plans*)⁵⁰, etc. A leur décharge, les HMO n'ont jamais su communiquer au grand public les quelques expériences positives auxquelles elles ont participé.

Les praticiens ont également pris leur distance vis-à-vis des HMO : ils sont plus nombreux à rejoindre les rangs des syndicats, à créer des associations par spécialité ("*specialty groups and networks*") pour améliorer leur pouvoir de négociation face aux HMO et à proposer leurs services aux grands employeurs sur la

base de contrat au forfait, des initiatives qui reçoivent le soutien des entreprises (Motorola, etc.) soucieuses de réduire leurs coûts en contractant directement auprès des prestataires de soins sans recourir aux organismes de *Managed Care*⁵¹. Enfin, les cabinets de généralistes s'associent ou sont rachetés par les hôpitaux. Les généralistes jouent un rôle d'intermédiaire, renvoyant un flot régulier de malades aux hôpitaux, qui se constituent ainsi une clientèle captive, indépendante de celle des HMO⁵². Le mécontentement des praticiens résulte aussi des difficultés de la recherche sous ce régime : en effet, face à la diminution des paiements des HMO, les centres hospitaliers universitaires s'inquiètent de leur capacité à poursuivre leur effort de recherche et d'enseignement (alors que le coût de la formation des médecins est toujours aussi élevé). La faible exposition (stages, formation à l'économie de la santé, etc.) des étudiants en médecine au *Managed Care*, qui de plus repose essentiellement sur la base du volontariat n'a pas suffi à renverser la suspicion vis-à-vis des HMO. D'autres failles sont également apparues : insolvabilité de l'assureur, exclusion des praticiens des HMO, détérioration des conditions de travail, difficultés de la relation avec les patients, insatisfaction professionnelle, etc. Enfin, en raison de leurs réticences à investir dans les technologies médicales, l'introduction de nouvelles procédures, notamment de celles qui nécessitent un capital de départ important, risque de ralentir.

Enfin, alors que les HMO sont bien implantées en Californie, berceau historique du *Managed Care* et dans les Etats urbanisés et peuplés du Nord-Ouest du Pacifique (Oregon, Washington, etc.), elles sont moins nombreuses dans certains Etats ruraux (Montana) et ceux de l'Ouest des Etats-Unis (Dakota du Nord, Dakota du Sud, Idaho, Wyoming, etc.) qui accueillent des populations géographiquement dispersées. Or lorsque les HMO pénètrent un nouveau marché, elles visent à améliorer la rentabilité des hôpitaux qu'elles contrôlent. Mais dans ce cas alors, les donateurs, qui y voient le déclin de la mission caritative des hôpitaux à but non lucratif, se montrent moins généreux⁵³. Par ailleurs, les spécialistes, en particulier les praticiens en début de carrière, sont, plus encore que les généralistes, réticents à s'installer dans les zones où la pénétration du *Managed Care* est faible⁵⁴. Les mécanismes d'encadrement des soins et la négociation des honoraires les incitent à s'établir là où les HMO ne peuvent pousser les revenus à la baisse.

CONCLUSION

Par rapport au régime du paiement à l'acte, le patient sous régime HMO a perdu son caractère "*souverain*", c'est-à-dire sa capacité à faire des choix éclairés : en effet, face à une HMO supposée mieux informée de la qualité des prestations, il n'est plus le meilleur juge de l'usage des sommes qu'il consacre à se soigner. Mais pouvait-il en être autrement ? En effet, la notion de souveraineté ne prend corps que si le consommateur peut faire des choix rationnels, c'est-à-dire après avoir examiné les avantages et les risques

associés à ses choix, et en second lieu s'il supporte la totalité de leurs coûts. Or avec l'essor des asymétries informationnelles au profit des HMO et la complexité croissante du savoir médical, ces conditions sont plus difficilement réunies. Sous ce régime, la HMO s'est vue attribuer un rôle d'agence : l'employeur lui a délégué l'effort de recherche des prestataires (collecte de l'information, ...) et de négociation des tarifs les plus faibles possibles pour les prestations. De plus, la HMO supporte les coûts d'incitation et de surveillance des acteurs (prestataires et patients). Enfin, les efforts de quantification, le codage des actes et des pathologies en particulier, le développement d'une culture de l'évaluation (encadrement des pratiques médicales, recommandations cliniques, mesure de la satisfaction du patient), apparus dans le sillage du *Managed Care*, devraient améliorer la transparence du système de santé. Pourtant, l'usage réel de ces informations par le patient ou le praticien (qui oriente le patient vers les soins) reste très incertain : l'influence des classements des HMO et des hôpitaux sur le choix d'un assureur ou d'un centre de soins est toute relative : selon la Fondation Kaiser pour la Famille, à peine plus d'un quart (27 %) des assurés ont eu accès à des informations permettant de comparer les prestataires de soins. Et bien que 90 % considèrent que cette information est utile, moins de 10 % ont affirmé qu'ils l'utiliseraient si besoin est⁵⁵.

Glossaire

Health Maintenance Organization (HMO) : Le terme HMO désigne les organismes de *Managed Care* qui emploient des praticiens pour offrir des soins sous le régime du forfait. En échange, et c'est en partie ce qui a motivé l'intégration des professionnels de santé dans les organismes de *Managed Care*, ceux-ci peuvent bénéficier d'un volume garanti de patients. Le marché américain accueille des HMO du type *Staff* (les médecins sont salariés de la HMO) et *Group* (les médecins sont sous contrat avec la HMO mais ne sont pas ses employés). Des HMO de type "*Independent Practice Association*" (*IPA*) ou "*Network*" existent également : dans ce cas, les médecins sont indépendants de la HMO, libres de contracter simultanément avec plusieurs d'entre elles, ils bénéficient d'un remboursement à l'acte (mais à un tarif préférentiel) et ils continuent à recevoir des patients couverts par une assurance traditionnelle. Les *IPA* ont également la préférence des assurés : elles sont moins onéreuses que les assureurs FFS. De plus, la liberté de choix d'un médecin traitant est plus grande que dans les HMO *Group model*. Leur statut les distingue aussi : il existe des HMO à but non lucratif et d'autres à but lucratif, dont le capital est constitué d'actions.

Point Of Service (POS) : Ce dispositif combine différents éléments des HMO et des assurances traditionnelles. Le patient peut consulter un praticien qui appartient au réseau ou non. Dans le second cas, il versera un ticket modérateur.

Preferred Provider Organization (PPO) : La

PPO emploie des praticiens et des hôpitaux rémunérés à la prestation mais à un tarif préférentiel. En outre, les patients peuvent être vus par un praticien extérieur au réseau, en acquittant une franchise.

Remerciements

Leonard Davis Institute of Health Economics LDI ; Université de Wharton et Centre Hospitalier Universitaire de Philadelphie ; Ecole de Santé Publique de l'Université de Columbia, New York.

BIBLIOGRAPHIE

1. TRICARE senior demonstration of military managed care – DOD : Notice of demonstration project. Fed Regist 1998 ; 63 : 38558-9
2. Marion Merrel Dow Managed Care Digest, 1993
3. Himmelstein D, Woolhandler S : Tabulations from 1999. Current population survey
4. Source : Trends and Indicators in the Changing Health Care Sector. Fondation Kaiser pour la Famille, mai 2002
5. Robinson JC : Decline in hospital utilization and cost inflation under managed care in California. JAMA 1996 ; 276 : 1060-4
6. Melnick GA, Zwanziger J : State health care expenditures under competition and regulation, 1980 through 1991. Am J Public Health 1995 ; 85 : 1391-6
7. Gaskin DJ, Hadley J : The impact of HMO penetration on the rate of hospital cost inflation, 1985-1993. Inquiry 1997 Fall ; 34 : 205-16
8. Chamorand E : Le système de santé américain. Poids du passé et perspectives. La Documentation Française, 1996
9. "A right to sue". The Economist, 1999 : 62-3
10. Source : Alpha Center (Washington, DC) : Health Care Delivery and Financing Terms ; United HealthCare Corporation (Minnetonka, MN), Glossary of Terms
11. Kerr EA, Mittman BS, Hays RD, Siu AL, Leake B, Brook RH : Managed Care and capitation in California : how do physicians at financial risk control their own utilization ? Ann Intern Med 1995 ; 123 : 500-4
12. Silbert L : Les médecins américains remportent leur première victoire contre les HMO. Le quotidien du médecin 1999 ; 6588 : 9
13. Selby JV, Fireman BH, Swain BE : Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization. N Engl J Med 1996 ; 334 : 635-41
14. Simon GE, Grothaus L, Durham ML, VonKorff M, Pabiniak C : Impact of visit copayments on outpatient mental health utilization by members of a health maintenance organization. Am J Psychiatry 1996 ; 153 : 331-8
15. Dionne G : Le risque moral et la sélection adverse : une revue critique de la littérature. L'Actualité Economique 1981 : 193-224
16. Yee DK, Veal JH, Trinh B, Bauer S, Freeman CH : Involvement of HMO-based pharmacists in clinical rounds at contract hospitals. Am J Health Syst Pharm 1997 ; 54 : 670-3
17. Perneger JV, Etter JF, Gaspoz JM, Raetz MA, Schaller P : Nouveaux modèles d'assurance maladie et gestion des soins. Soz Praventivmed 1996 ; 41 : 47-57
18. Michigan Health & Hospital Association : Glossary of Health Care

Terms, 1999

19. Evans RG : Supplier-Induced Demand : Some Empirical Evidence and Implications.
The Economics of Health and Medical Care 1974 : 162-72
20. Fuchs VR : Physician-Induced Demand : A Parable.
Journal of Health Economics 1986 ; 5 : 367
21. Cromwell J, Mitchell JB : Physician-induced demand for surgery.
Journal of Health Economics 1989 ; 5 : 293-313
22. Pauly MV, Hillman AL, Kerstein J : Managing physician incentives in managed care. The role of for-profit ownership.
Med Care 1990 ; 28 : 1013-24
23. Miller RH, Luft HS : Does Managed Care lead to better or worse quality of care ? Health Aff, Millwood, 1997 ; 16 : 7-25
24. Rogers WH, Wells KB, Meredith LS, Sturm R, Burnam MA : Outcomes for adult outpatients with depression under prepaid or fee-for-service financing. Arch Gen Psychiatry 1993 ; 50 : 517-25
25. Lee-Feldstein A, Anton-Culver H, Feldstaint PJ : Treatment differences and other prognostic factors related to breast cancer survival. Delivery systems and medical outcomes.
JAMA 1994 ; 271 : 1163-8
26. Halm EA, Causino N, Blumenthal D : Is gatekeeping better than traditional care ? A survey of Physicians' attitudes.
JAMA 1997 ; 278 : 1677-81
27. Gerbert B, Maurer T, Berger T et al : Primary care physician as gatekeeper in Managed Care. Primary care physicians' and dermatologists' skills at secondary prevention of skin cancer.
Arch Dermatol 1996 ; 132 : 1030-8
28. Uva JL : HMOs and the barriers to access for the pediatric population requiring emergency medical services.
Pediatr Emerg Care 1996 ; 12 : 189-200
29. Managed Care Squeezes Research Funds and Charity Health Aid, Studies Find. New York Times, 1999
30. Ware JE Jr, Brook RH, Rogers WH et al : Comparison of health outcomes and Health Maintenance Organizations with those of fee for service care. Lancet 1986 ; 1 : 1017-22
31. Ware JE Jr, Bayliss MS, Rogers WH, Kosinski M, Tarlov AR : Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems. Results from the Medical Outcomes Study.
JAMA 1996 ; 276 : 1039-47
32. Report finds Medicare HMO members are younger, healthier and lower cost than FFS seniors.
Public Sect Contract Rep 1997 ; 3 : 174-5
33. Morgan RO, Virnig BA, DeVito CA, Persily NA : The Medicare-HMO revolving door-the healthy go in and the sick go out.
N Engl J Med 1997 ; 337 : 169-75
34. Health Care Facts. www.vthca.com/new_and_views.htm
35. Tintinalli JE : Analysis of insurance payment denials using the prudent layperson standard. Ann Emer Med 2000 ; 35 : 291-4
36. Seaberg DC, Stimler JE, Wears RL : Effect of state legislation prohibiting denial of emergency department patients claims.
Ann Emerg Med 2000 ; 35 : 267-71
37. D'Aspremont C, Gerard-Varet LA : Incentive and incomplete information. Journal of Public Economics 1979 ; 11 : 25
38. Brousseau E : Les théories des contrats : une revue.
Revue d'Economie Politique 1993 ; 103 : 1-82
39. Williamson OE : Markets and Hierarchies : Analysis and antitrust implications. New York, The Free Press, 1975
40. Public Sect Contract Rep : Focus on proactive care management to improve quality, produce savings in Medicaid risk. 1998 ; 4 : 57-61
41. Frye R : Using preventive care to decrease hospital admissions of pediatric patients.
Health Care Strategic Management 1998 ; 16 : 16-7
42. Malin JL, Kahn K, Dulai G, Farmer MM, Rideout J, Simon LP, Ganz PA : Organizational systems used by California capitated medical groups and independent practice associations to increase cancer screening. Cancer 2000 ; 88 : 2824-31
43. Crain's New York Business. 1998 ; 46
44. Despite Medicare + Choice changes, rural providers cautious about risk. Public Sect Contract Rep 1998 ; 4 : 149-52
45. Given RS : Economies of Scale and Scopes as an Explanation of Merger and output Diversification in the health maintenance organization industry.
Journal of Health Economics 1996 ; 15 : 685-713
46. Blendon RJ, Szalay US, Altman DE, Smith MD, Chervinsky G : Fear & loathing: why Californians are concerned about health care. J Am Health Policy 1992 ; 2 : 22-7
47. Taylor KS : Survey : oncologists frustrated with managed care hurdles. Hosp Health Netw 1994 ; 68 : 78
48. Kaiser Family Foundation. The Kaiser/Harvard National Survey of Americans' Views on Managed Care, 1997
49. Health Affairs, janvier/février 1998
50. Families USA. The 25 Highest Paid HMO Executives 1996 Annual Compensation
51. Kennedy DV, Jennings MC : Beyond HMOs : trends in employer direct contracting. Health Financ Manage 1998 ; 52 : 45-8
52. Burns LR, Bazzoli GJ, Dynan L, Wholey DR : Impact of HMO market structure on physician-hospital strategic alliances.
Health Serv Res 2000 ; 35 : 101-32
53. Arnould R, Bertrand M, Hallock KF : Does Managed Care Change The Mission Of Nonprofit Hospitals ? Evidence From The Managerial Labor Market 2000
<http://www.Nber.Org/Books/Industrial/Hospital.Pdf>
54. Escarce JJ, Polsky D, Wozniak GD, Pauly MV, Kletke PR : Health Maintenance Organization Penetration and the Practice Location Choices of New Physicians : A Study of Large Metropolitan Areas.
Medical Care 1998 : 1555-66
55. Implications of Health Market Trends for Consumers and the Safety Net. Trends and Indicators in the Changing Health Care Sector. Fondation Kaiser pour la Famille, mai 2002

Correspondance et tirés à part :

D. SIMONET
50 rue de Crimée
F-75019 Paris

Travail reçu le 16 avril 2002 ; accepté dans sa version définitive le 19 mars 2003.