

Les Health Maintenance Organizations: expérience américaine et initiatives européennes

Article
original

Daniel Simonet

Université Technologique de Nanyang

Résumé :

Le Managed Care, un régime à facettes multiples, intègre les prestations de soins, quelles qu'elles soient (prestations, hospitalisations, médicaments), et leur financement dans le dessein de fournir des services médicaux de haute qualité tout en maîtrisant les dépenses. Son succès atteint son apogée dans les années 1990. Après avoir retracé l'histoire du Managed Care aux États-Unis, l'article précise les différents types d'organismes de Managed Care, analyse les mécanismes de réduction des coûts apparus dans son sillage et les réticences des assurés envers ce nouveau régime d'assurance. La deuxième partie explore les modalités d'exportation du Managed Care en Europe. Quels dispositifs de Managed Care ont été adoptés en Suisse, Allemagne, Angleterre et France ?

Mots clés : Soins gérés, HMO, assurance, Europe, réforme de santé.

1. L'origine des premiers programmes de soins prépayés

C'est au dix-neuvième siècle que sont apparus les premiers assureurs de soins prépayés, en particulier dans les régions reculées du sud (plantations) (Perneger, Etter, & Gaspoz, 1996), dans les compagnies minières et les entreprises de chemin de fer de l'Ouest américain (Starr, 1982)¹. Puis en 1929, ont été créés la coopérative agricole d'Elk City (Oklahoma) du docteur Michael Shadid qui, avec le soutien du syndicat des fermiers, intégra plusieurs centaines de familles, le groupe médical Ross Loos (du Dr Donald Ross et d'H. Clifford Loos) qui, dès 1929 offrait, à Los Angeles, des soins prépayés

aux employés du département de l'Énergie et à leur famille. Cinq années après sa création, ce cabinet contrôlé et administré par un praticien accueillait 12000 travailleurs et leur famille (25000 personnes), moyennant le versement d'une prime mensuelle. Parmi les autres organismes de *Managed Care* les plus connus alors, citons la Western Clinic de Tacoma (Washington) qui offrait des soins prépayés aux employés des industries du bois et des moulins, la clinique du docteur Sidney Garfield (Los Angeles) qui accueillait les travailleurs du secteur de la construction (aqueducs, barrages...), les sociétés Group Health Association (Washington DC, 1937), organisme à but non-lucratif pour les employés de la Federal Home Loan Bank, Group Health Cooperative of Puget Sound (Seattle, 1937) qui

accueillait une clientèle diversifiée (mécaniciens, employés des industries agro-alimentaires), Health Insurance Plan (HIP) of Greater New York (1947) créé avec le soutien du maire Fiorello La Guardia après qu'une étude ait révélé que la cause principale du surendettement des employés de la ville était reliée aux soins... L'association du docteur Sidney Garfield et de Kaiser Permanente créée par Monsieur Kaiser, dirigeant d'un groupe industriel du même nom (bateaux, voitures) (Redin, 1989) aboutit à la création, sur la côte Ouest, de plusieurs sociétés d'assurances santé dans lesquelles les soins aux employés des constructions navales, aciéries... et à leurs familles, étaient prépayés. Le Kaiser Medical Care Program, apparu en 1945, allait devenir la Kaiser Foundation Health Plans. Dix ans après, Kaiser Permanente, associée à de nombreux hôpitaux et cliniques, gérait la santé d'un demi-million d'individus. Si les primes demandées étaient équivalentes, voire supérieures, les prestations étaient plus vastes que celles des assurances traditionnelles (soins préventifs, en ambulatoire, vaccinations).

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, un nombre croissant de citoyens purent bénéficier d'un accès direct aux soins, mouvement encouragé par les syndicats qui revendiquaient une couverture santé plus généreuse pour leurs adhérents, en majorité des employés des grandes entreprises. Mais les cabinets de soins prépayés n'étaient pas encore populaires auprès des praticiens, des sociétés médicales et, en particulier de l'*American Medical Association (AMA)*, qui les accusait de fragiliser la qualité des soins et allait jusqu'à menacer de radier les médecins qui intégraient ces assureurs, de ne pas leur envoyer de patients... L'*AMA* rejetait l'intrusion de professionnels non-médecins et considérait que le contrôle par des praticiens d'organismes avec soins prépayés était contraire à l'éthique. Cependant, les sociétés médicales se sont rapidement heurtées à un arrêt de la Cour suprême selon lequel, elles tentaient davantage de préserver une situation de monopole sur les soins que de protéger les patients. Dès 1943, une décision de la Cour Suprême décéla une infraction à la section 3 du Shermann Act (qui interdit les entraves au commerce) par l'*American Medical Association* et la société médicale de Washington DC dans le conflit qui les opposa à Group Health

Association (GHA), une *Health Maintenance Organization (HMO)*, société à but non-lucratif, qui gérait la santé des employés gouvernementaux. Reconnaisant que ces associations avaient conspiré dans le dessein de dissuader les praticiens et les hôpitaux de collaborer avec GHA, le gouvernement interdit ces pratiques, bien qu'en réponse, les médecins aient, en vain, affirmé que le Shermann Act ne pouvait s'appliquer, car la médecine est une profession, non un commerce, et en conséquence demeure étrangère à la loi Shermann. Leur légalité ainsi établie, d'autres organismes de *Managed Care* se sont créés sur le modèle de la *Foundation for Medical Care* (Californie, 1957), une société médicale de la vallée de San Joaquin qui, face à la concurrence de Kaiser, forma le premier réseau de soins prépayés de praticiens indépendants (*Independent Practice Association-IPA*).

2. Le vote du « Health Maintenance Organizations » Act de 1973

Au milieu des années 60 sont apparus les programmes *Medicare* (personnes âgées) suivis des programmes *Medicaid* (personnes à faibles revenus), à la suite de l'adoption du *Social Security Act*. Or, en offrant un accès aux soins à un nombre croissant de citoyens, ces programmes allaient accélérer le rythme de croissance des dépenses de santé, hausse qu'accéléraient déjà les progrès des technologies médicales et les comportements des praticiens²: dans la mesure où leurs honoraires dépendaient du volume d'actes effectués, une place de second ordre était accordée à la prévention, d'autant qu'elle était moins rémunératrice que les autres actes (opérations, prescriptions...). De plus, afin de se protéger contre les erreurs médicales, les praticiens étaient tentés de prescrire davantage de tests. Face à l'inflation des dépenses de santé, l'administration Nixon adopta, au début des années 1970, le principe des HMO, associations de prestataires qui s'engageaient à fournir des soins, moyennant une prime versée à l'avance (elles sont payées de façon périodique, généralement mensuellement et indépendamment de l'utilisation effective des services par les adhérents), un projet de Paul Ellwood devenu officiel avec la signature

au congrès des principaux textes de loi régissant leurs droits et leurs obligations à savoir, à l'échelon fédéral, le *HMO Act* (1973), amendé en 1976, et le *Public Health Act* de Californie (Redin, 1989). Parmi les autres dispositions fédérales, citons l'obligation faite à tout employeur dirigeant une entreprise de plus de 25 employés de proposer à son personnel une HMO accréditée par le gouvernement fédéral³ en plus d'une assurance conventionnelle, s'il en existait une. La couverture porte généralement sur la consultation (généralistes et spécialistes), les diagnostics, l'hospitalisation et certains soins et services facultatifs au choix de la HMO qui pouvait également bénéficier d'une subvention gouvernementale (le gouvernement fédéral avait accordé une subvention de 375 millions de dollars pour leur développement) (Redin, 1989).

Les économies étaient au rendez-vous, les coûts des HMO étant de 25 à 33 % inférieurs à ceux du régime du paiement traditionnel avec paiement à l'acte (*Fee For Service*) (Sloan, 1979). En outre, si la durée du séjour hospitalier et le nombre des visites en ambulatoire des patients HMO étaient proches de ceux du régime du paiement à l'acte, les hospitalisations des premiers étaient plus faibles de 30 % par rapport aux assurances traditionnelles (Luft, 1978). De plus, alors que la consommation de soins hospitaliers était plus faible (Gaus, 1976), l'offre des HMO était comparable au régime du paiement à l'acte (en termes d'accessibilité et de satisfaction...). En particulier, une étude (Hadelman, 1979) de la compagnie Piedmont Health Care rapporta une réduction des coûts hospitaliers après transfert dans un dispositif de soins prépayés, en particulier chez les *Independent Practice Associations (IPA)*, en raison des mécanismes de contrôle (*peer review*) et de prépaiement (Edgahl, Taft, Friedland, & Linde, 1977) et de pratiques d'antisélection.

Dès lors, les universités pour leurs étudiants mais aussi les grandes entreprises comme Ford, General Mills et d'autres firmes de Minneapolis⁴, Caterpillar se sont tournées vers les organismes de *Managed Care* afin de réduire les coûts de la santé de leurs employés. Cependant, ces organismes étaient encore peu répandus, car seules les entreprises d'une certaine taille proposaient une assurance santé à leurs salariés. En 1983, il n'existait encore que 280 HMO dont la plus

importante était Kaiser Permanente avec 4,6 millions d'adhérents. Les entreprises de moins de 25 salariés n'en bénéficiaient généralement pas, ceux-ci devant s'assurer à titre individuel.

Les progrès thérapeutiques et préventifs qui ont accompagné les HMO expliquent en partie leur popularité auprès des employeurs: promotion des soins en ambulatoire (Turner, 1978) sans détérioration de la qualité des soins, de la satisfaction des patients et du personnel soignant (Marks, Greenlick, Hurtado, Johnson, & Henderson, 1980), vaccination des enfants, des personnes âgées (Barker & Mully, 1980), meilleure intégration des prestataires à un coût plus faible que dans le régime du paiement à l'acte *Fee For Service (FFS)* (Bittker & Idzorek, 1978). À cela s'ajoutent des dispositifs de prescription informatisée exploités dans la gestion des formulaires (listes restrictives de médicaments dont la prescription est fortement recommandée), dès les années 70, par les pharmacies des HMO (Crootof, Veal, & Brunjes, 1975), des mécanismes de partage de risques, notamment financiers, qui incitaient les pharmaciens à dispenser des médicaments avec parcimonie et un plafonnement des remboursements, le patient devant prendre une partie des frais à sa charge (Middleton & Dee, 1980; Davis, 1978). Les prestations se sont étendues à l'ophtalmologie (Catania & Robert, 1978), aux maladies chroniques et aux soins dentaires.

3. La description des différentes HMOs

Les HMOs ont rencontré un succès croissant. Plusieurs types d'organismes sont apparus, différenciant leur offre selon les moyens financiers des assurés et le degré de liberté offert aux patients.

- Une association de praticiens indépendants (*Independent Practice Associations-IPA*) rassemble des praticiens « solo » ou des groupes de praticiens, et contracte ensuite avec une HMO. Une IPA est une organisation intermédiaire qui contracte avec les praticiens et est souvent confondue avec une HMO de type *network*

model. Or, cette dernière négocie directement avec un ou plusieurs groupes de praticiens. Les praticiens prennent en charge les patients selon une rémunération à l'acte ou, ce qui se produit de plus en plus souvent, au forfait, c'est-à-dire en échange d'un versement mensuel fixe devant permettre l'accès à un « panier » de soins. Les IPA gèrent tous les aspects administratifs de la santé (suivi des dossiers médicaux, des analyses, des procédures d'agrément...). Pour les médecins qui les rejoignent, ces organismes sont avantageux, car l'investissement initial est limité. En outre, le médecin peut être associé à d'autres réseaux et continuer à gérer la santé des assurés restés dans le système traditionnel avec paiement à l'acte (régime *Fee For Service*) ou des assurés *Medicare*.

- Les *staff model* HMOs (par exemple, Kaiser Permanente, Harvard Community Health Plan) emploient des praticiens salariés à temps plein, ce qui les différencie des *network model*, HMO où les médecins sont indépendants. Les *Group model* HMOs sont associées par contrat avec des centres multispécialistes offrant l'accès à une large gamme de soins. L'accent est mis sur la prévention et la contribution du patient aux frais médicaux reste faible. Ces organismes offrent certains avantages aux praticiens qui s'y joignent : un coût d'établissement moindre, un salaire garanti parfois amélioré de primes pour les praticiens économes, des horaires réguliers et la possibilité d'être remplacé pendant les vacances.

- Le statut les distingue aussi : il existe des HMO à but non-lucratif et à but lucratif. Ces dernières sont le plus souvent des HMO de type IPA, ou Network, qui représentent un placement porteur (leur capital est constitué d'actions cotées en bourse) et incitent fortement leurs administrateurs à contrôler les dépenses afin de maximiser les profits.

D'autres organismes de soins, tout en conservant un mode de paiement à l'acte, ont adopté certaines pratiques de gestion des soins des HMOs. Ces organismes sont à replacer dans le contexte plus large du *Managed Care*. En particulier, on recense :

- Des *Preferred Provider Organizations (PPO)* qui forment des réseaux locaux de praticiens et d'hôpitaux indépendants rémunérés à la prestation mais à un tarif préférentiel. De plus, la PPO, financée par des primes annuelles ou mensuelles, s'engage à rémunérer les praticiens dans des délais brefs et à leur fournir un volume conséquent de patients. En contrepartie, ces derniers conduisent des contrôles rigoureux des prestations (*utilization review*) et les patients peuvent être vus par un professionnel extérieur au réseau, moyennant un coût plus élevé. L'*utilization review* qui existe aussi chez les assureurs traditionnels de type *indemnity* comprend des préautorisation avant la prestation de soins, des secondes opinions pour une opération chirurgicale, le contrôle de la durée du séjour hospitalier. Les PPO s'apparentent plus aux programmes d'assurances traditionnelles qu'aux HMO, la différence résidant dans l'offre d'incitatifs financiers aux assurés, spécialement une franchise réduite si le patient reçoit des soins au sein de l'un des prestataires du réseau. Tout comme les assurances traditionnelles avec paiement à l'acte et revue d'utilisation des actes (*Indemnity Health Insurance plan with utilization review* ou *Managed Indemnity Insurance*), les PPO contiennent des éléments de *Managed Care* mais ne sont pas pour autant des organismes de soins prépayés.

- Des organismes de type *Point Of Service (POS)*, introduits suite à un amendement (1988) de l'*HMO Assistance Act*, qui donna aux HMOs dotées d'une accréditation fédérale la possibilité d'offrir à leurs assurés qui bénéficiaient déjà d'un médecin référent, la liberté de consulter un praticien extérieur au réseau moyennant le versement d'une franchise, d'un ticket modérateur (la somme versée par le patient est fixe, quel que soit le montant facturé par le prestataire de soins) ou d'une coassurance (le patient paye entre 10 et 30 % du montant facturé par le prestataire). Bien que la contribution du patient soit plus élevée que dans les HMO, ces assureurs sont aujourd'hui très populaires auprès des employeurs et des employés.

4. Les stratégies de contrôle des coûts

4.1 Les modalités de rémunération des prestataires

Sous le régime du *Managed Care*, de nouvelles modalités de rémunération ont été adoptées. Parmi les mécanismes élaborés par les organismes payeurs pour répartir le risque entre le fournisseur de soins et l'assureur, citons les accords suivants :

- Lorsqu'une HMO recourt à la retenue à la source (*withholding*), elle retient, au début du contrat, une part (généralement de 15 à 25 %) des honoraires habituellement versés aux prestataires, praticien « solo » ou cabinet de médecine de groupe. À la fin du contrat avec retenue, des comparaisons s'établissent entre un plafond initial de dépenses ou de consommation (de services hospitaliers, de tests, de prescriptions médicamenteuses...) et les dépenses réelles. 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. Finalement, ce mécanisme constitue une incitation très puissante (convaincante) à se conformer à un objectif de prescription.

- Quant au *Discounted Fee For Service*, il engage le prestataire (souvent une *Preferred Provider Organization - PPO*) toujours rémunéré à l'acte, à proposer un rabais sur son offre de services en échange d'un plus grand volume de patients. De plus, à la différence du dispositif précédent, les hôpitaux ne partagent pas les profits réalisés par l'organisme de *Managed Care*. Enfin, cette procédure incite les offreurs de services à se livrer une concurrence par les prix (Perneger, Etter, Gaspoz, Raetzo, & Schaller, 1996). La rentabilité des hôpitaux qui recourent à ce mécanisme a diminué (Jordan, 2001).

- Les mécanismes de type *per diem payments* rémunèrent les hôpitaux selon un taux fixe, à savoir le forfait qui couvre toutes les dépenses de santé occasionnées par le patient pour une journée d'hospitalisation. De ce fait, l'hôpital n'est plus pénalisé si le séjour du patient dure plus longtemps que prévu (au contraire, c'est sur les séjours de longue durée qu'il récupère en

se rémunérant). Cependant, la baisse de la durée moyenne du séjour hospitalier a défavorisé les hôpitaux qui recouraient à ce mécanisme. En réponse, ces derniers ont fixé des tarifs dégressifs, les soins étant plus onéreux (car plus intensifs) lors des premiers jours de l'hospitalisation (Carrin & Hanvoravongchai, 2003).

- Un prestataire sous le régime de la « *capitation* » doit fournir l'ensemble des prestations de santé nécessaires au patient, quel que soit son volume ou son intensité. Le montant de la somme versée au médecin, le forfait, est fixe, et ne dépend aucunement de l'intensité du service rendu. Ce mécanisme de transfert du risque présente des inconvénients : tout d'abord, les prestataires jouent le même rôle qu'un assureur, même si cette caractéristique peut être atténuée par la signature d'un contrat de réassurance, notamment pour les patients à haut risque ou encore par la constitution d'un *pool de capitation* qui répartit le risque sur un nombre plus élevé de prestataires (Perneger *et al.*, 1996). De plus, il accentue le risque financier du prestataire (Sussman, Barbieri, & Brennan, 2000), ce qui incite souvent celui-ci à priver le patient d'un service ou à lui en substituer un service moins onéreux (Libby, Cuellar, Snowden, & Orton, 2002). Enfin, alors que les mécanismes qui encadrent la durée du séjour hospitalier favorisent les hôpitaux qui accueillent les patients couverts par des contrats au forfait (*capitation*), ils désavantagent les institutions qui recourent aux mécanismes de type *per diem payments*.

- À ces mécanismes de partage de risque s'ajoutent aussi des incitations spécifiques pour les médecins. Dans certains cas, les HMO réduisent la rémunération des généralistes qui renvoient trop souvent leurs patients vers les spécialistes, prescrivent trop de tests ou de médicaments ou s'éloignent des objectifs de prescriptions (Young & McCarthy, 2000). Outre le fait que ces pratiques ont porté atteinte à la réputation des HMOs, elles ont aussi créé un conflit d'intérêt avec les praticiens (Relman, 1985). Cette situation a contribué au refus de plusieurs d'entre eux de contracter avec ces organismes ou encore de donner leur démission.

4.2 L'encadrement des soins

Tous les outils de contrôle des coûts ne constituent pas des mécanismes de répartition du risque entre le prestataire de soins et l'assureur. Dans le sillage du *Managed Care*, les connaissances en économie de la santé (études de qualité, programmes d'évaluation des technologies, études de rapport coût / efficacité) se sont affinées. Bénéficiant de la liberté qui caractérise le système de santé américain, les HMO ont utilisé ce savoir pour s'impliquer davantage dans la gestion des soins et encadrer les prestations, adoptant des mécanismes d'approbation des soins et de révision des procédures: une HMO peut, par exemple, demander des secondes opinions avant l'approbation des soins, refuser de prendre en charge certains tests coûteux ou des opérations chirurgicales très spécialisées (parce qu'aucun des praticiens de son équipe ne la pratique).

Quant au patient, celui-ci doit payer un ticket modérateur, c'est-à-dire verser une participation aux frais, chaque fois qu'il se présente aux urgences ou chez le spécialiste. Il existe aussi des formulaires (*formulary*) qui comprennent les médicaments à prescrire en priorité et que la HMO rembourse. Des innovations sont également apparues dans la gestion et l'organisation des soins: *case management*, registre informatisé de soins (vaccination, hépatites, cancérologie...), grille d'évaluation des soins.

Les médecins sont invités à prendre conscience de l'efficacité et des coûts des soins (procédures, technologies...) plutôt que de considérer indépendamment ces variables. Désormais, ils doivent équilibrer les ressources qui leur sont proposées: les dépenses générées par une pathologie ne doivent pas diminuer l'intensité des soins nécessaires au traitement des autres. Enfin, la pratique médicale est également aidée par de nombreux programmes de gestion des maladies dans une optique coût / efficacité (*Disease Management*). Cependant, l'optimisation du rapport coût / efficacité est difficile à évaluer et varie amplement d'un gestionnaire de soins à l'autre, en particulier entre les HMOs à but lucratif et celles à but non lucratif, ces dernières se montrant plus soucieuses de la santé de leurs assurés (Himmelstein, Woolhandler, Carrasquillo, & Bor, 1999; Garg,

Frick, Diener-West, & Powe, 1999). Les études de résultats ne devraient retenir que les meilleures pratiques et homogénéiser les prestations. En effet, certaines procédures chirurgicales comme les prostatectomies, la chirurgie du dos, les endartérectomies de la carotide (Birkmeyer, 1998), connaissent des variations géographiques. Ces différences observées, quel que soit le pays (Nouvelle-Angleterre, Angleterre, Norvège), seraient davantage liées à la nature même de l'opération plutôt qu'à l'organisation du système de santé et à son mode de financement (McPherson, 1992).

4.3 Les incertitudes sur la maîtrise de la croissance des dépenses de santé

Dans les années 80, le rythme de croissance des coûts de la santé se ralentit en Californie en particulier, berceau historique du *Managed Care*. Ainsi, une étude (Robinson & Phibbs, 1990) (1982-1986) auprès de patients *Medicaid* vus dans 262 hôpitaux privés non fédéraux, rapporta une réduction du taux d'inflation des coûts moyens par admission et par jour d'hospitalisation malgré une légère hausse de la durée moyenne du séjour hospitalier. En outre, les coûts des patients des HMO étaient inférieurs à ceux des patients restés dans le dispositif traditionnel avec paiement à l'acte (Brook *et al.*, 1984). Les économies sont au rendez-vous: dans les années 80, le nombre de journées d'hospitalisation pour 1 000 adhérents aux HMO diminua sensiblement, celui des visites en ambulatoire se stabilisa autour de 3,5 par an (Luft, 1980). Les hospitalisations diminuèrent de 27% et la durée du séjour hospitalier de 14% (Miller & Luft, 1994). D'autres études (Luke & Thomson, 1980) confirment ces résultats, soulignant quelquefois des avantages pour les patients des HMO par rapport au régime *Fee For Service* (Goldberg & Greenberg, 1980). Enfin, les phénomènes de sélection défavorable n'apparaissaient pas encore ouvertement (Blumberg, 1980). Cependant, dans la seconde moitié des années 80, comme le rappelle E. Chamorand (1996), l'augmentation des coûts des HMO se rapprocherait de celle des assurances traditionnelles (Schwartz & Mendelson, 1992) tandis que l'accroissement des dépenses en ambulatoire et des autres services compenserait les économies réalisées (Finkel, 1993). À cela s'ajoutent les dépenses administratives élevées

des HMO. Par ailleurs, les études souffrent d'un biais : les HMO bénéficient d'une sélection favorable, c'est-à-dire attirent en priorité des personnes en meilleure santé que les assurances traditionnelles avec paiement à l'acte, ce qui réduit leurs coûts. Leur capacité à contrôler les coûts commence alors à être remise en question (Relman, 1993).

Au milieu des années 90, l'essor des HMO se poursuit avec des gains pour les employeurs. Sous l'effet de la concurrence, les cotisations à l'assurance-maladie stagnent, après avoir connu une progression soutenue au début de la décennie. En 1995, les primes baissent : -3,8% en valeur annuelle alors que l'indice des prix à la consommation augmentait de 2,5%⁵. Les économies ont été plus importantes encore dans les marchés qui accueillent de nombreux organismes de *Managed Care* (Zwanziger, Melnick, & Bamezai, 1994). Toutefois, les HMO ne sauraient être seules responsables de ce palier car, comme le souligne E. Chamorand (1996), « la courbe des dépenses s'est infléchi de la même façon de 1977 à 1980 pour décourager toute réglementation ou réforme ». Le projet *Health Security Act-1993* du président Clinton, apparu dans la phase de croissance des HMO, pourrait avoir produit le même effet sur les coûts, limitant le rôle de ces organismes dans la maîtrise des dépenses de santé. De plus, une fois ces économies réalisées, la hausse des dépenses de santé s'est poursuivie en raison du vieillissement de la population, de l'apparition et de la diffusion de nouvelles technologies (Spetz & Bake, 1999) et, après un ralentissement de la croissance des coûts entre 1997 et 1999 inclus (13% du PIB), les primes d'assurance et les coûts globaux de la santé ont augmenté nettement de 2001 à 2003, les États-Unis consacrant 14,9% de leur PIB à la santé, en 2003.

5. L'hostilité des assurés

Cependant, la réputation du *Managed Care* auprès du grand public est entachée : les assurés lui reprochent des pratiques d'antisélection au détriment des patients vulnérables, l'éventualité d'un refus de renouvellement du contrat d'assurance en cas de maladie, de perte de la couverture médicale en cas de licenciement. À cela s'ajoute le refus de donner des soins appropriés, parce que trop onéreux, et la rétention d'information aux dépens du patient, conséquence de la gag clause, littéralement loi du bâillon, qui interdit au praticien de discuter avec son patient des différents traitements possibles, de leurs coûts et des arrangements financiers, qu'utilise l'assureur pour influencer la pratique médicale. Cette clause menaçait la confiance que le public accorde à la profession médicale. Quarante-huit pour cent (48%) des assurés américains affirment avoir rencontré un problème (refus ou retard de la prise en charge, facturation...) avec un assureur *Managed Care* (Figure 1). Les inquiétudes sont fortes : selon une étude du Picker Institute (Boston, Ma), qui porta sur près de 37 000 individus répartis dans douze États américains, près d'un tiers des patients affirment avoir quitté l'hôpital précocement et 30%, ne pas avoir été informés des signes avant-coureurs d'une complication médicale (Lagnado, 1997). Les médias y contribuent : les deux tiers des 2 100 informations

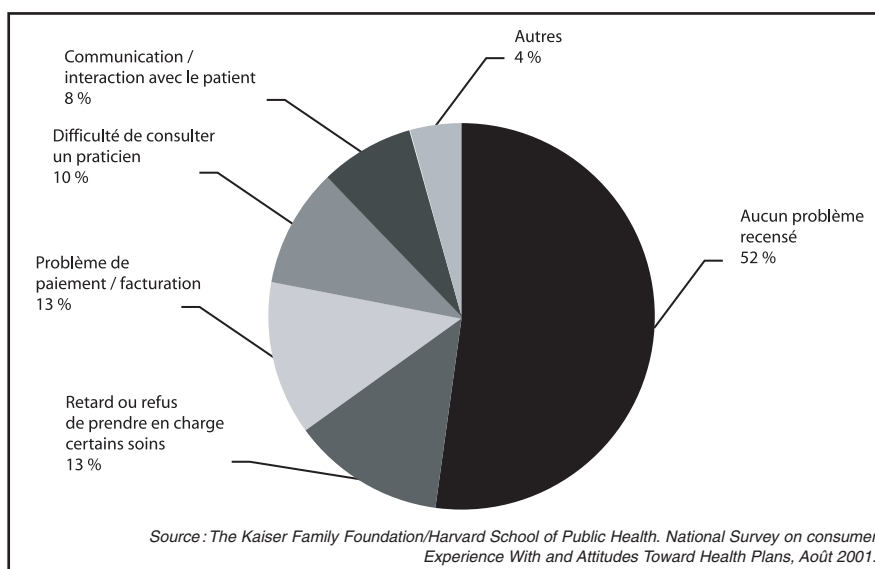


Figure 1 : Nature des problèmes affectant les patients et leur assureur Managed Care

diffusées dans les journaux ou à la télévision renvoient une image plutôt neutre du *Managed Care*, en revanche, le quart le critique. Et alors qu'au début des années 90, ils présentaient le *Managed Care* sous un jour favorable (en raison des économies...), cela n'est plus vrai aujourd'hui (Brodie, Brady, & Altman, 1998). Ajoutons que ces critiques n'auraient probablement pas été aussi fortes si les HMO avaient réagi plus rapidement et modifié leurs prestations en conséquence. Or, elles n'ont que rarement communiqué au grand public les quelques expériences positives auxquelles elles ont participé comme les programmes de *Disease Management*, élaborés en partenariat avec les hôpitaux et les laboratoires (Donahue, Lewis, Ockene, & Saperia, 1996).

6. Les expériences hors des États-Unis

Loin de se limiter au territoire américain, les organismes de *Managed Care* ont également inspiré les gouvernements européens dans leur tentative de contrôler les dépenses de santé, sans toutefois entraîner de réformes significatives des régimes de santé, à l'exception de l'Angleterre avec l'adoption des cabinets du type *Fundholder*. La plupart des expérimentations européennes ont repris des innovations organisationnelles du type réseaux, des mécanismes de contrôle des soins onéreux, de spécialité notamment, comme l'adoption de «médecin référent». L'accent est aussi mis sur la prévention et le partage des risques. Les excès (exclusion ou refus de prestation de soins, fort taux de désistement des assurés HMO) apparus aux États-Unis n'ont pas été observés en Europe.

6.1 La Suisse : un précurseur

En Suisse, l'inspiration *Managed Care* nord-américaine remonte au milieu des années 80. En effet, dès le mois d'octobre 1985, plusieurs caisses d'assurance-maladie fondèrent une *Communauté d'Intérêts pour des Modèles Alternatifs d'Assurance-maladie (CIMA)*. Le premier organisme européen de gestion de la santé fut lancé à Zurich en 1989, suivi d'autres du type *staff model*, les trois premières HMO étant Zurich-

Wiediken (1990), le HMP Medizinisches Zentrum Helvetia et la HMO de Bâle. Depuis 1994, les créations se sont accélérées, car la nouvelle loi, soumise à un référendum en 1995 et entrée en vigueur en 1996, autorisa les modèles d'assurance qui offraient une limitation du choix des prestataires. Aux HMO, qui ont pour principaux instigateurs les caisses maladies regroupées autour de Swisscare, d'Arcovita et de Swica, se sont ajoutées les *Independent Practice Association (IPA)* dont les premiers modèles ont été introduits dans la région de Bâle (les HMO avaient alors atteint leurs limites de capacité). Bien que les IPA se comparent globalement à des réseaux de médecins libéraux, elles sont plus ou moins restrictives. Certaines emploient des médecins de premier recours, qui tout en étant rémunérés à la «capitation» (le paiement des soins est indépendant du volume des prestations), conservent une clientèle privée. Les autres, plus souples, emploient des médecins rémunérés à l'acte, mais dont les tarifs sont moins onéreux pour les patients envoyés par l'assureur. Viennent ensuite les *Preferred Provider Organizations (PPO)*, systèmes dans lesquels les praticiens ne participent pas au risque financier. Outre la limitation du choix des prestataires, coexistent d'autres formules avec des rétrocessions financières au patient économe ou un ticket modérateur à la charge de l'assuré. De même, la cotisation peut être réduite d'une année à l'autre, si l'assuré ne demande aucun remboursement.

Les organismes de *Managed Care* ont suscité une adhésion rapide des assurés, ces derniers conservant le libre choix de leur caisse et des prestations associées : fin 97, leur part de marché représentait 6% de l'ensemble des assurés. La même année, les HMO accueillaient 160 000 assurés (Hill, 1997), (Baur & Braun, 2000), notamment en Suisse romande. Les premières se sont installées dans les villes (Lucerne, Zurich, Berne...) où les économies potentielles paraissent plus élevées et où l'amortissement de leurs infrastructures qui nécessite une large population semblait plus rapide que dans les campagnes où l'offre de soins de spécialité et sa consommation restent plus faibles. Mais alors qu'elles avaient d'abord attiré (via des primes) les patients en bonne santé, les hommes jeunes et les personnes actives, ces pratiques d'antisélection se sont atténuées : en effet, la structure de risque des HMO s'est

progressivement rapprochée de celle des assurances traditionnelles.

À cela s'ajoutent la promotion des actions de santé publique (prévention) et la constitution de réseaux de santé: début 98, le Canton de Vaud lança le réseau FARMED sous l'égide de la Fondation vaudoise pour l'Accueil des REquérants d'ASile (FAREAS); en 1997, le réseau DELTA, fondé avec la compagnie d'assurance Avenir et un groupe de médecins, intégrait 14 000 assurés contre 5 000 à ses débuts, en 1992. Enfin, comme aux États-Unis, le gouvernement autorisa la vente par correspondance de médicaments, une activité que développent les caisses d'assurance (Helsenam, Visana avec 1,2 million d'assurés chacune...). La Suisse a également expérimenté le médecin référent (*gatekeeping*): en échange d'une réduction de la prime, la caisse oblige l'assuré à consulter un généraliste prédéterminé (sauf en cas d'urgence). À la fin de l'année 1999, seulement 380 000 patients habitant principalement en Suisse alémanique étaient attribués à l'ensemble des médecins référents contre 27 000 à la fin de l'année 1997.

La Suisse n'a pas connu les excès du *Managed Care* américain: refus de soins onéreux comme cela se produit aux États-Unis⁶, exclusion des praticiens qui ne se conformeraient pas aux pratiques des HMO en matière de contrôle des actes et des prescriptions, refus de prendre en charge des patients avec conditions médicales préexistantes, limites imposées par l'assureur à l'intensité des soins accordés. En raison de la couverture universelle suisse, aucun rapport n'a encore relevé le cas de personnes isolées à qui des prestations auraient été refusées par manque de moyens financiers, alors que ces situations (transplantation, accès aux urgences...) sont fréquemment observées aux États-Unis. Au total, même si ces organismes avaient été crédités de la réduction d'un cinquième des coûts (médicaments, fréquence et durée du séjour hospitalier...) (Schmid & Heer, 1999), leur développement stagne depuis trois ans et ce en dépit d'une réduction des primes censée attirer de nouveaux patients (elle reflète aussi les économies réalisées).

6.2 L'Allemagne: la réforme des caisses

La gestion des dépenses de santé ne relève pas de la responsabilité de l'État mais de caisses régionales et professionnelles: caisses locales d'assurance-maladie (*Allgemeine Ortskrankenkassen - AOK*), caisses maladie d'entreprises (*Betriebskrankenkassen - BKK*), caisses de corporation, caisses des artisans et commerçants (*Innungskrankenkassen - IKK*) et caisses agricoles (*Landwirtschaftliche Krankenkassen - LKK*)... Les caisses locales (AOK) accueillent aussi bien les ouvriers que les employés des services, même si ces derniers ont toujours la possibilité de se tourner vers une caisse d'employés (*Ersatzkassen*), les fonctionnaires sont pris en charge par un régime particulier. Ces organismes, auxquels les citoyens à bas ou moyen revenu doivent obligatoirement souscrire opèrent à l'échelle nationale et demeurent partiellement autonomes: s'ils fixent un taux de cotisation, gèrent leurs propres ressources et négocient les tarifs avec les professions de la santé, leur activité reste réglementée. En effet, les taux de cotisation, décidés par un comité d'action réunissant l'ensemble des acteurs de la santé sont, tout comme les prestations, encadrés par la loi. Ce régime, tout en offrant un accès universel aux soins, préserve la liberté de choix du patient puisque à côté de ces caisses, coexistent une cinquantaine d'organismes privés à but lucratif qui accueillent les personnes dont les revenus bruts dépassent un certain montant (5 400 marks mensuels dans l'ex-Allemagne de l'Est et 6 375 marks dans l'ex-Allemagne de l'Ouest).

La réforme Seehofer de 1996 intensifia la concurrence entre les diverses caisses. L'objectif visait à entraîner une réduction des écarts entre les cotisations. Cette compétition devrait également encourager leur regroupement (il existe encore 350 caisses d'assurance-maladie), gage de compétitivité face à la concurrence du secteur privé. Cette décision n'est pas originale: dès 1986, les Pays-Bas avaient adopté le projet Dekker qui prévoyait le renforcement de la compétition entre assureurs avec libre choix de l'assuré selon les primes et la qualité des soins, la différence avec le modèle allemand reposant sur la primauté accordée à la constitution de réseaux (*Das Deutsche Gesundheitsnetz - DGN*). À cela se sont ajoutés des dispositifs de médecin référent, proches des expériences

suisses de *Gatekeeping* (Himmel, Dieterich, & Kochen, 2000; Ratajczak, 1998) et l'adoption de rémunération des prestations à l'hôpital par groupes homogènes de malades (*Diagnosis Related Groups-DRG*). En ce qui concerne les rémunérations, afin de ralentir l'effet inflationniste du paiement à l'acte, les honoraires ont été encadrés par une enveloppe globale négociée au niveau régional, les médecins libéraux, regroupés en associations régionales participent au calcul des rémunérations et assurent la redistribution de l'enveloppe globale aux praticiens, en fonction de leur volume d'activité (nombre de malades vus par trimestre). À chaque prestation délivrée à un assuré d'une caisse publique, le praticien est crédité d'un nombre de points (variable selon l'âge du patient, le temps de la consultation,...), dont le total est transmis à une chambre locale, à la fin de chaque trimestre. Cependant, on est loin des contrats de *capitation* apparus aux États-Unis et gérés directement par l'assureur HMO. Des mesures révèlent aussi un recul de la prise en charge collective : les cotisations et la participation forfaitaire du patient ont été relevées. Enfin, le gouvernement souhaite développer la prévention, la généralisation des médecins référents, l'adoption plus large des recommandations cliniques pour de nombreux traitements et la limitation de l'accès direct au spécialiste (Durand de Bousingen, 2003).

Cependant, le modèle américain du *Managed Care* demeure difficilement transposable en Allemagne. Un signe des réticences des citoyens allemands vis-à-vis de ce régime concerne la concurrence entre les caisses : la compétition n'a souvent été possible que sur la base du volontariat de l'assuré (l'employeur allemand n'impose pas l'adhésion à une caisse assurance particulière) et porta uniquement sur le segment des patients jeunes, à revenus élevés et en bonne santé et qui bénéficièrent de primes plus attractives que celles des caisses publiques. En effet, alors que la partie la plus aisée de la population tend à s'assurer auprès de caisses maladie privées, les personnes vulnérables préfèrent rester dans le régime traditionnel où le système est plus contraignant et les prestations moins généreuses mais où les tarifs demeurent plus modestes. Autre preuve des limites du secteur privé, les stratégies de différenciation semblent

faibles, les caisses se distinguant surtout par leur organisation (filières de soins, programmes de gestion longitudinale des maladies...). Le régime est loin d'offrir la diversité de prestations et d'organisation des HMO américaines.

6.3 Le Royaume-Uni : le régime *Fundholder*

Depuis 1948, le système de santé britannique repose sur le Service de santé national (*National Health Service-NHS*), responsable devant le Parlement et financé par les impôts (81%), les cotisations de l'Assurance nationale (15%) et d'autres sources (usagers,...). Bien qu'il conserve un caractère universel et public, ce qui le distingue du modèle américain, puisque les dépenses de santé et les réseaux de soins primaires et secondaires sont gérés et financés par le secteur public, il fait montre de peu de générosité envers les praticiens et les assurés : la prise en charge des soins reste limitée.

L'élément le plus proche du *Managed Care* américain fut l'adoption des cabinets de type *Fundholding*. Ceux-ci, proches des organismes américains de *Managed Care*, dans lesquels le médecin devient un « détenteur de fonds » (*Fundholder*), ont connu un développement soutenu (plus de la moitié des généralistes britanniques – 55% – les ont rejoints), dans les années 90, mais inégal, selon les zones géographiques (plus faible en Écosse). Sous ce régime, un budget était transféré de la *District Health Authority* (responsable des achats de services médicaux pour une zone géographique désignée), au cabinet de praticiens, responsable de la prestation et du paiement de tous les services. Le cabinet utilisait ce budget pour les patients dont il avait la charge. Devenant un client à la recherche de soins et de services appropriés et efficaces, il négociait directement avec les hôpitaux et les cliniques de son choix les traitements les mieux adaptés et les moins onéreux en théorie (prestations spécialisées, examens complémentaires, prescriptions pharmaceutiques exclues). Cependant, la *Health Authority* conservait pour elle la plus grande partie des ressources, notamment pour le financement des traitements onéreux et si le médecin n'avait pas utilisé la totalité de son budget, il conserverait l'excédent pour l'année suivante.

Le NHS rétribuait le généraliste selon un forfait, déterminé par le nombre de patients, de 1500 à 1800 personnes, forfait plus élevé pour les personnes âgées, les femmes enceintes,... et qui servait à financer les achats de soins hospitaliers, les prescriptions, les frais de fonctionnement. À celui-ci s'ajoutèrent diverses indemnités (formation continue, technicité des actes, visites de nuit, participation à des programmes de santé publique comme la vaccination,...) ainsi que des incitations financières (pratique en cabinet de groupe ou dans des zones traditionnellement sous-médicalisées...). Certaines prestations comme les vaccinations, le planning familial, les visites de nuit étaient facturées à l'acte et, en cas d'économie, les médecins bénéficiaient de rétrocession d'honoraires.

L'assuré pour lequel les soins sont en général gratuits (même si des tickets modérateurs existent) était favorable aux cabinets de type *Fundholding* (Sargeant & Kaehler, 1998). Selon la loi, un patient pouvait changer de médecin chaque année, à la seule condition que celui-ci réside dans la même zone géographique. En pratique cependant, cela paraissait fort improbable. Différents facteurs rendaient le nomadisme médical plutôt difficile : un docteur est enclin à refuser d'enregistrer un nouveau patient s'il constate que celui-ci n'est pas « loyal » ou encore, s'il nécessite des soins coûteux, ce qui entame les fonds attribués par l'autorité de santé du district.

Pour plusieurs raisons (absence de soutien des hôpitaux qui redoutaient une perte du volume de leur activité, voire une négation de leur mission, impuissance des acheteurs de soins à faire jouer la concurrence entre les hôpitaux, réticences des généralistes à suivre les recommandations thérapeutiques...), ce mécanisme n'a pourtant pas permis un contrôle des coûts aussi rapide que ce qui était escompté, des difficultés qui peuvent aussi être analysées sous l'angle du pouvoir de marché. À la différence des HMO américaines fortement concentrées (les dix premières HMO qui opèrent à l'échelle nationale – c'est-à-dire dont les activités s'étendent à deux États, non-voisins, au moins – comprenaient 65% des patients HMO en 1999 (Kupferman), l'atomisation des cabinets *Fundholders* leur interdisait de « peser » suffisamment sur les tarifs de leurs

fournisseurs. Les hôpitaux ont été accusés de traiter en priorité les patients affiliés à des praticiens *Fundholders*. Le *Fundholding* fut supprimé en 1999 sous le nouveau gouvernement Labour, à l'exception de l'Irlande du Nord. À compter d'avril 1999, 481 groupes de soins primaires (*Primary Care Groups ou PCGs*) ont été établis en Angleterre. Ils ont pris en charge des groupes de population dont la taille varie entre 50 000 et 250 000 personnes. À la différence de *Fundholding*, les PCGs regroupent tous les GPs (mais aussi les infirmières) d'un même secteur.

Le gouvernement travailliste a attribué un rôle radicalement différent aux autorités de santé régionales. Au début des années 1990, les Conservateurs avaient institué des relations de marché entre les hôpitaux (devenus « fournisseurs ») et les autorités régionales de santé (auquel un rôle « d'acheteur » fut attribué), mais ce régime fut abandonné par le nouveau gouvernement travailliste. Désormais, des fonds sont attribués aux autorités régionales de santé selon une formule de capitation pondérée qui dépend de la taille de la population, ajustée selon divers facteurs comme l'âge et le taux de mortalité, et incite les autorités de santé à respecter un plafond de dépenses. De plus, les autorités régionales de la santé se sont attachées à évaluer les besoins de santé des populations locales et à élaborer des programmes d'amélioration des soins à l'échelle locale (définition de besoins de santé prioritaires, création de standards conformes à des priorités nationales). L'autorité régionale de la santé publique alloue également les ressources financières et les PCG deviennent responsables de leur utilisation.

6.4 La France : l'expérimentation des réseaux

Bien que quelques conditions favorables au développement du *Managed Care* soient réunies (divers aspects rapprochent la France du régime américain : part de l'assurance individuelle, dynamisme du secteur privé...), les économies qui pourraient être espérées d'un régime *Managed Care* apparaissent faibles, particulièrement en raison de la grande liberté de consultation et de consommation dont bénéficient les assurés, de la faible concurrence entre les assureurs, du bas niveau des prix et de l'impopularité des médicaments génériques. Bien

que les produits génériques constituent une source d'économie, d'éventuels assureurs *Managed Care* pourront difficilement compter sur eux pour réduire les coûts, donc asseoir leur légitimité, car ils sont faiblement prescrits (en France, ils représentaient 3,1% des médicaments remboursés en 2001, contre 15% en Europe et près de 40% en Allemagne et aux États-Unis). Et un changement de perception et de consommation reste très improbable à court et à moyen terme, malgré les mesures gouvernementales en faveur de ces produits. Enfin, l'essor du *Managed Care* dans l'hexagone repose sur la volonté des politiques et des médecins. Or, ces derniers risquent, sous le régime du *Managed Care*, de voir leur autonomie diminuer et, sur ce point, leurs réticences s'expriment. Dans le cas où le *Managed Care* viendrait à se développer, leur mécontentement se dirigerait aussitôt vers l'État. Cela n'a pu se produire aux États-Unis où la mutation du système vers le *Managed Care* résulta avant tout de forces économiques, ce qui anéantit toute velléité d'incriminer l'État. Le gouvernement américain s'est contenté d'agir après coup afin de limiter les excès du *Managed Care*, lorsque les médias s'en sont fait l'écho, en votant, entre autres, des lois sauvegardant la protection du patient. De plus, les praticiens français sont peu enclins à accepter un encadrement des actes. Enfin, la création d'un *Managed Care* à la française dépendra de l'attitude des patients qui, dans ce nouveau cadre, ne bénéficieraient pas de la liberté à laquelle le système actuel les a habitués (choix du médecin traitant, liberté de consulter plusieurs praticiens pour la même pathologie,...).

En France, les réseaux de santé inspirés du *Managed Care* américain visent à encourager la communication entre professionnels de la santé, à rechercher des complémentarités entre praticiens hospitaliers et généralistes et à améliorer la coordination des soins. Ils ont suscité l'engouement des acteurs de la santé, même si la pratique en solo, caractéristique du modèle français et sa déconnexion de tout engagement budgétaire (à la différence du *fundholding* britannique) ne facilite pas leur expérimentation. Censés fournir des données sur les besoins de santé des populations et sur les coûts afférents, des «Réseaux globaux d'exercice» ont ainsi été lancés à l'initiative du Syndicat national des médecins de groupe

(SNMG), de la Mutualité française, de la MSA, de Groupama et de la CANAM⁷, mais les projets diffèrent: certains privilégient une pathologie (monopathologie), le plus souvent chronique (asthme, diabète, dépression) ou grave (VIH, cancers) correspondant à une population donnée, parfois très vulnérable en raison de problèmes non-médicaux (précarité, alcoolisme, toxicomanie, personnes âgées dépendantes). D'autres coordonnent les activités de professionnels qui gèrent un bassin de population, et non plus un groupe particulier d'individus, ils devraient atténuer les risques d'exclusion des patients mal soignés et offrir une prise en charge globale qui intégrerait les aspects sociaux et non plus seulement médicaux. Des contrats au forfait ont également été expérimentés: par exemple, la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) verse au réseau d'exercice global Santé-Lens un forfait annuel par adhérent comme rémunération de l'activité d'une structure d'urgences légère libérale qui devrait permettre de désengorger les urgences régionales. Les Caisses primaires d'assurance-maladie allouent à AXA une enveloppe financière globale (la CNAM détermine l'enveloppe forfaitaire par patient en fonction de son profil) correspondant au remboursement a priori des dépenses de santé. Celle-ci est ensuite complétée par AXA. L'adhérent a également la possibilité de choisir un médecin personnel, généraliste ou spécialiste à l'intérieur du réseau qui pourrait intégrer quelque huit cent praticiens libéraux sous contrat. Par ailleurs, AXA propose, depuis 1998, des conseils médicaux téléphoniques à travers son «Centre d'orientation médicale»: un médecin non-prescripteur oriente le patient à travers la chaîne de soins. Cependant, il ne s'agit pas d'une consultation en ligne (qui n'est pas autorisée en France). D'autres assureurs comme GROUPAMA et les AGF ont également développé des services de conseil en ligne et constitué des réseaux de professionnels de santé, devenus de fait des «médecins référents» recommandés à leurs affiliés. Mais là aussi, l'offre de soins n'est pas exclusive, l'assuré conservant la possibilité de consulter un praticien extérieur au réseau. Le potentiel de développement reste faible, car le coût de ces plate-formes apparaît plutôt élevé. Enfin, à l'exception des AGF qui emploient des médecins pour orienter le patient vers un spécialiste avant une grave opération, les assureurs n'interviennent

pas dans la relation médecin patient : ils n'offrent pas de second avis, car ils refusent d'endosser une responsabilité médicale. Enfin, la mise en concurrence des caisses nationales d'assurance-maladie a souvent été évoquée : dans ce cadre, les assurés pourraient librement choisir leur caisse, celles-ci fixant leurs propres tarifs, ce qui devrait créer un climat de compétition dont bénéficierait l'assuré, en ce qui a trait aux prix et aux services (diminution des retards de paiement). Alors qu'elle existe déjà pour les fonctionnaires et les étudiants, elle pourrait être étendue aux salariés du privé (la délégation d'exécution est déjà une réalité).

Malgré ces brèches, le système demeure à mi-chemin entre une concurrence régulée par des acheteurs publics, près du régime britannique, et une concurrence exercée par les assureurs d'après le modèle nordique. Enfin, l'adoption de l'assurance-maladie universelle souligne la disparition du lien entre le travail et l'octroi du statut d'assuré, caractéristique essentielle du régime bismarckien.

Conclusion

Quelle est l'origine de la dégradation du *Managed Care* aux États-Unis ? Les dépenses des HMOs américaines ont été rigoureusement contrôlées afin d'offrir une couverture médicale accessible au plus grand nombre. Ce faisant, des HMOs sont allées jusqu'à refuser certaines prestations onéreuses ou expérimentales, provoquant un tollé chez les patients et les médecins. Le gouvernement fédéral s'empressa alors d'adopter des lois de protection comme le *Patient Access to Responsible Care Act* (PARCA-1997), le *Patient Protection Act* (1998), le *Health Care Quality Act* (1997) et le budget de l'assistance médicale *Medicare* a augmenté. Mais, ces lois, toutefois trop tardives, ne réussirent pas à balayer les soupçons déjà très profondément enracinés dans l'esprit des assurés américains contre les organismes de *Managed Care*. Au début des années 2000, les adhésions au HMO baissèrent en raison de la forte augmentation des primes. Cette situation poussa de nombreux employeurs à renoncer à offrir une assurance-maladie à leurs employés. De plus, le nombre

des HMOs déclina en raison du retrait du marché des organismes les moins rentables et d'une consolidation du secteur, un recul net après la croissance soutenue des HMO, au cours des années précédentes.

Certains aspects du *Managed Care* demeurent positifs, tant du point de vue des patients que des médecins. En ce qui concerne les patients, un choix plus large d'assureurs leur est proposé. Ces derniers offrent des services différenciés, selon les moyens financiers des assurés. Cette diversité de choix s'étend aussi aux prestataires et reste très appréciée des patients : les PPOs qui offrent la possibilité de consulter un prestataire de soins extérieur au réseau, moyennant un coup plus élevé sont de plus en plus populaires (en 2002, la pénétration des PPOs dépassa celle des HMOs dans 91 % des comtés⁹), tout comme les HMOs de type POS. Par ailleurs, les médecins devraient mieux coordonner leur activité à celle des autres professionnels de santé, grâce aux réseaux. Travaillant ainsi en étroite collaboration, ils pourront adopter des protocoles de soins censés homogénéiser les traitements. Cependant, on pourrait soutenir que cet objectif pourrait être atteint sans intervention des HMOs.

Qu'en est-il aujourd'hui de l'intérêt pour l'expérience américaine de *Managed Care* ? En Europe, l'engouement fut très fort au milieu des années 1990, avant de disparaître aujourd'hui. Pourquoi ? Parce qu'en Europe, l'attachement profond à un régime de santé accessible à tous suscite une certaine méfiance au régime de santé américain, apparemment moins équitable. Le *Managed Care* trouvera-t-il alors une nouvelle impulsion dans des pays en voie de développement ? Des expériences existent, en Amérique latine notamment, particulièrement au Chili, en Argentine et au Brésil où des organismes de *Managed Care* se substituent aux gouvernements qui n'ont pas les moyens d'offrir une couverture universelle (Iriart, Merhy, & Waitzkin, 2001). Le *Managed Care* existe aussi en Asie, à Taïwan, aux Philippines, en Inde, en Malaisie, en Indonésie, mais il est moins répandu, les opportunités de développement sont faibles (Hotchkiss & Jacobalis, 1999) et les inquiétudes des praticiens demeurent fortes. Ces pays sont tiraillés entre deux priorités : la nécessité de réformer le système de santé tout en réduisant sa bureaucratisation

et l'obligation de préserver l'équité devant les soins. Parallèlement, la présence d'une population jeune, occasionnant des dépenses de santé plus faibles, semble limiter la nécessité de contrôler strictement les coûts, donc de recourir à un système

qui prétend atteindre cet objectif moyennant de fortes contreparties (érosion du pouvoir de décision des praticiens, exclusion des patients à risques, peu ou pas de liberté du choix du prestataire,...). □

Glossaire

Case Management: Suivi d'un patient dont les besoins sont spécifiques afin de coordonner les soins offrant un rapport coût / efficacité optimal. Ces programmes concernent également les patients vulnérables (malades chroniques ou gravement atteints, ...).

Disease Management: Gestion d'une maladie dans une optique de rapport coût / efficacité. Ces programmes peuvent également inclure les questions de satisfaction du patient. Ils ont surtout porté sur les maladies chroniques. Les patients à risques sont intégrés dans ces programmes où ils bénéficient d'aménagements particuliers (meilleur suivi, recours à des personnes spécialisées dans la pathologie considérée, ...). Ces programmes sont élaborés par les hôpitaux, plus fréquemment par les organismes de *Managed Care*. Cependant, il leur a été reproché d'entraîner un rationnement des soins.

Managed Care: Cette expression recouvre l'ensemble des outils de gestion des soins censés offrir aux assurés le meilleur rapport coût / efficacité en matière de soins.

Medicaid: Programme géré partiellement par les États mais sous supervision fédérale qui concerne essentiellement les personnes défavorisées, les aveugles et certaines catégories d'handicapés, de femmes, d'enfants et de personnes âgées. Les coûts sont partagés entre le gouvernement fédéral (55%) et les États (45%), parfois davantage dans les États les plus pauvres où le gouvernement peut aller jusqu'à couvrir 80% des coûts des soins. Si le programme *Medicaid* est généralement *Fee For Service*, le paiement du prestataire de soins s'effectuant à la prestation ou à l'acte médical, sont apparus les programmes *Medicaid Managed Care* où les soins sont gérés par un organisme de *Managed Care* dans le cadre de contrat au forfait. Les États

doivent obtenir un *Medicaid Waiver* pour déroger aux règles fédérales.

Medicare: Programme de santé géré par le gouvernement fédéral américain qui s'adresse aux personnes de plus de 65 ans, aux personnes atteintes de maladie rénale terminale et à certains handicapés (41 millions de personnes en 2003). Il se divise en deux sous-programmes: *Medicare Part A* couvre les soins à l'hôpital et *Medicare Part B*, les soins en ambulatoire. Malgré cela, les soins donnés aux patients enrôlés dans le programme *Medicare* sont loin d'être gratuits. Seuls ceux qui bénéficient d'assurances privées complémentaires du type *Medigap* (soit à travers leur ancien employeur, soit en les achetant individuellement) ont un accès quasi gratuit aux soins.

Pharmacy Benefit Managers: les *Pharmacy Benefits Managers (PBM)* sont des sociétés de gestion et de distribution de produits pharmaceutiques. Elles constituent des structures intermédiaires entre les organismes de *Managed Care* (HMO, IPA...) et les laboratoires pharmaceutiques, rémunérées pour gérer au moindre coût les dépenses médicamenteuses de leurs clients (entreprises essentiellement...). Elles interviennent principalement entre les fabricants de médicaments, les assureurs et les prescripteurs. Leur activité porte sur la négociation de rabais auprès des laboratoires, l'amélioration de la gestion des procédures administratives (les réseaux informatisés de pharmacies permettraient d'obtenir jusqu'à 10 à 15% d'économies), le recours à la vente par correspondance, moins onéreuse, la rédaction des formulaires de prescription qui impliquent des substitutions thérapeutiques, notamment par les médicaments génériques. Les formulaires, établis à partir d'un choix possible de plus de 10000 médicaments approuvés par la FDA, comprennent typiquement 1000 médicaments (Keating, 1997).

Notes

1–Le premier cabinet de groupe fit son apparition en 1880, à l’initiative des frères Mayo.

2–La théorie de la demande induite formulée par Robert G. Evans–Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications dans *The Economics of Health and Medical Care* de Perlman (1974, pp. 162-172)–suggère que le corps médical serait à même de favoriser la demande de soins dans le dessein de se garantir un revenu.

3–Tufts Managed Care Institute. A Brief history of Managed Care.

4–Elles ont ensemble constitué le *Twin City Health Care Development Project* pour gérer la santé de leurs personnels.

5–Source: Interstudy Publications; William M. Mercer. National Survey of Employers–sponsored Health Plans. Consumer Price Index 1995. Chicago.

6–L’État subventionne partiellement ou totalement les primes des patients démunis.

7–Les AGF proposent un concept similaire avec les réseaux d’opticiens et de dentistes supposés offrir le meilleur rapport qualité / prix à leurs adhérents.

9–Interstudy publication. Déclarations à la presse. December 17, 2003

Références

- Barker WH, Mulloly JP. (1980). Influenza vaccination of elderly persons. Reeducation in pneumonia and influenza hospitalization and deaths. *Journal of the American Medical Association*, Dec 5; 244(22):2547-2549.
- Baur R, Braun U. (2000). Bestandsaufnahme besonderer Versicherungsformen in der obligatorischen Krankenversicherung. *Aspects de la sécurité sociale*; 15/00.
- Birkmeyer JD, Sharp SM, Finlayson SR, Fisher ES, Wennberg JE. (1998). Variation profiles of common surgical procedures. *Surgery*, Nov; 124(5):917-923.
- Bittker TE, George J. (1980). Psychiatric service options within a health maintenance organization. *Journal of Clinical Psychiatry*, Jun; 41(6):192-198.
- Blumberg MS. (1980). Health status and health care use by type of private health coverage. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, Fall; 58(4):633-655.
- Brodie M, Brady LA, Altman DE. (1998). Media Coverage Of Managed Care : Is There A Negative Bias ? *Health Affairs*, Jan-Feb; 9-25.
- Brook RH, Ware JE, Rogers WH (1984). *The Rand health insurance experiment*. The Rand Corporation.
- Carrin G, Hanvoravongchai P. (2003). Provider payments and patient charges as policy tools for cost-containment: How successful are they in high-income countries? *Human Resources for Health*, 1:1-6
- Catania LJ, Robert JS. (1978). Eye Care delivery in prepaid group practice. *Journal of the American Optometric Association*, Dec; 49 (12):1283-1287.
- Chamorand E. (1996). *Le système de santé américain. Poids du passé et perspectives*. La documentation Française.
- Crootof LM, Veal JH, Brunjes SD. (1975). Pharmacy information system for a health maintenance organization. *American Journal of Hospital Pharmacy*, Oct; 32(10):1058-1062.
- Davis S. (1978). Evaluation of pharmacist management of streptococcal throat infections in a health maintenance organization. *American Journal of Hospital Pharmacy*, May; 35(5):561-566.
- Diehr PK, Richardson WC, Shortell SM, LoGerfo JP. 1979. Increased access to medical care: the impact on health. *Medical Care*, Oct; 17(10):989-999.
- Donahue DC, Lewis BE, Ockene IS, Saperia G. (1996). Research collaboration between an HMO and an academic medical center: lessons learned. *Academic Medicine*, Feb; 71(2):126-132.
- Durand de Bousingen D. (2003). Le plan de Gerhard Schroder pour soigner le système de santé allemand. *Le quotidien du médecin*, 17.03.2003. www.quotimed.com.
- Edgahl RH, Taft CH, Friedland J, Linde K. (1977). The potential of organizations of fee for service physicians for achieving significant decreases in hospitalization. *Annals of Surgery*, 186(3):388-399.
- Falkson JL. (1979). HMOs: coming of age in the '80s. *Trustee* Oct; 32(10):45-47.
- Finkel MI. (1993). Managed care is not the answer. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 18:105-112.
- Garg PP, Frick KD, Diener-West M, Powe NR. (1999). Effect of the ownership of dialysis on patients' survival and referral for transplantation. *New England Journal of Medicine*, 25; 341(22):1653-60.
- Gaus CR, Cooper S, Hirschman CG. (1976). Contrasts in HMO and fee for service performance. *Social Security Bulletin*, May; 39(5):3-14.
- German PS, Skinner EA, Shapiro S, Salkever DS. (1976). Preventive and episodic health care of inner-city children. *Journal of Community Health*, Winter; 2(2):92-106.
- Goldberg LG, Greenberg W. (1980). The competitive response of Blue Cross to the Health Maintenance Organization. *Economic inquiry*, 18(1):55-68.

- Hadelman MA. (1979). The role of family physicians in a prepaid health plan. *Medical Group Management*, Mar-Apr; 26(2):22,24,27.
- Hill S. *Le Managed Care en Suisse*. 4/97, Atag Ernst & Young.
- Himmel W, Dieterich A, Kochen MM (2000). Will German patients accept their family physician as a gatekeeper? *Journal of General Internal Medicine*, 15(7): 486-502.
- Himmelstein D. Woolhandler S. Carrasquillo O. Bor DH. (1999). A reappraisal of private employer'role in providing health insurance. *New England Journal of Medicine*, 340(2):109-114.
- Hotchkiss DR, Jacobalis S. (1999). Indonesian health care and the economic crisis: is managed care the needed reform? *Health Policy*, 46(3):195-216.
- Iriart C, Merhy EE, Waitzkin H. (2001) Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science & Medicine*, apr; 52(8): 1243-1253.
- Jordan WJ. (2001). An early view of the impact of deregulation and managed care on hospital profitability and net worth. *Journal of Healthcare Management*, 46(3):161-71; discussion 171-172.
- Keating P. (1997). Why You May Be Getting the Wrong Medicine. *Money*, Juin, 142, 157.
- Kupferman G. *A History of HMO organization and Enrollment Actitivity in New York State:1994-1999*. Healthcare Association of New York State.
- Lagnado L. (1997). Patients Give Hospitals Poor Score Card. *Wall Street Journal*, January 28.
- Libby AM, Cuellar A, Snowden LR, Orton HD. 2002. Substitution in a Medicaid mental health carve-out: services and costs. *Journal of Health Care Finance*, Summer; 28(4):11-12
- Lorish CC. (1976). Can HMOs improve health care for the poor? *Health & Social Work*, 1(2):51-67.
- Luft HS, Crane S. (1980). Regionalization of services within a multihospital health maintenance organization. *Health Services Research*, Fall; 15(3):231-247.
- Luft HS. (1978). How do Health Maintenance Organizations achieve their savings. *New England Journal of Medicine*, Jun 15; 298(24):1336-1343.
- Luft HS. (1980). Trends in medical care costs. Do HMOs lower the rate of growth? *Medical Care*, Jan; 18(1):1-16.
- Luke RD, Thomson MA. (1980). Utilization of within-hospital services. A study of the effects of two forms of group practice. *Medical Care*, Feb; 18 (2):219-227.
- Marks SD, Greenlick MR, Hurtado AV, Johnson JD, Henderson J. (1980). Ambulatory surgery in an HMO. A study of costs, quality of care and satisfaction. *Medical Care*, Feb; 18(2):127-46.
- McPherson K, Wennberg JE, Hovind OB, Clifford P. (1982). Small-area variations in the use of common surgical procedures: an international comparison of New England, England, and Norway. *New England Journal of Medicine*, Nov 18; 307(21):1310-1314.
- Middleton JK, Dee DA. (1980). The pharmacist in the HMO environment. *Contemporary Pharmacy Practice*, Fall; 3(4):268-270.
- Miller RH, Luft H. (1980). Managed care plan performance since 1980: a literature analysis. *Journal of the American Medical Association*, 271(19):1512-1519.
- Perlman M, editor. *The economics of health and medical care*, London: MacMillan; 1974.
- Perneger TV, Etter JE, Gaspoz GM, Raetzo MA, Schaller P. (1996). Nouveaux modèles d'assurance-maladie et gestion des soins. *Sozial- und Präventivmedizin*, 41:47-57.
- Ratajczak T. (1998). Approaches to Managed Care in Germany. *Medicine and Law*, 17(4):545-551.
- Redin S. (1989). Un exemple original d'assurance santé aux États-Unis: les HMOs. *Journal d'Économie Médicale*, Nov-Déc; n°7: p. 5.
- Relman AS. (1993). Controlling costs by managed competition: Would it work? *New England Journal of Medicine*, 328:133-135.
- Relman AS. (1985). Dealing with Conflicts of Interest. *The New England Journal of Medicine*, 313:749-751.

- Robert Wood Johnson Foundation. (2001). *How Managed Care Organizations Affect the Use of High Technology Services*. National Program Project Report. Changes in Health Care Financing and Organization.
- Robinson JC, Phibbs CS. (1989). An Evaluation of Medicaid Selective Contracting in California. *Journal of Health Economics*, 8(4):437-455.
- Salkever DS, German PS, Shapiro S, Horky R, Skinner EA. (1976). Episodes of illness and access to care in the inner city: a comparison of HMO and non-HMO populations. *Health Services Research*, Fall; 11(3):252-270.
- Sargeant A, Kaehler J (1998). Factors of patient satisfaction with medical services: the case of G.P. practices in the U.K. *Health Marketing Quarterly*, 16(1):55-77.
- Schmid T, Heer H. Dossier Santé. La Limitation du choix du médecin aide à réduire les coûts. 2/1999. pp 13-15. http://www.interpharma.ch/info/wissens/DG/99_2/f/A3.html.
- Schwartz WB, Mendelson DN. (1992). Why managed care cannot contain hospital cost—without rationing. *Health Affairs*, 11:100-107.
- Sloan A. (1979). What is the HMO Act and what is its impact on employers. *Employee Relation Law*, Spring; 4(4):608-612.
- Spetz J, Baker Lr (1999). *Has Managed Care Affected the Availability of Medical Technology?* May. Public Policy Institute of California, San Francisco, CA.
- Sussman AJ, Barbieri R, Brennan TA. (2000). Global capitation at a women's health referral center: the challenge of patient selection. *Obstetric & Gynecology*, dec; 96(6):1018-1022.
- Turner RW. (1978). Urgent care in the HMO: evolution of a system in Washington, D.C. *Medical Care*, May; 16(5):361-371.
- Young DW, McCarthy SM. (2000). Aligning physician financial incentives in a mixed-payment environment. *Healthcare Finance Management*, Oct; 54(10):46-55.
- Zwanziger J, Melnick GA, Bamezai A. (1994). Cost and Price competition in California hospitals, 1980-1990. *Health Affairs*, Fall; 13(4):118-126.

Abstract

Managed Care, a regime with multiple facets, integrates the delivery of care, whatever fields it concerns (services, hospitalizations, drugs), and their financing to supply medical services of high quality while containing expenses. Its success reaches its highlight in the 1990s. The article redraws its history, analyzes the mechanisms of costs reduction that appeared in its trail and the criticisms from practitioners and insurers, and, finally, present some European experiences, inspired by American Managed Care, the reach of which was more limited.

Biographie

Daniel Simonet est professeur assistant à l'Université Technologique de Nanyang où il s'intéresse aux politiques de santé et de développement. Il fut auparavant chercheur visitant à l'Université de Wharton, et à l'Université Ca' Foscari de Venise dans le cadre du programme AREHCAS (Accounting in the Reform of European Health Care Systems).