

## LA RÉVOLUTION TRANQUILLE DU *MANAGED CARE* AUX ÉTATS-UNIS

Victor G. Rodwin\*

\* Wagner School of Public Service, New York University

Le *managed care* n'est pas seulement un ensemble de technologies administratives à la mode destinées à contrôler l'utilisation des soins médicaux et la croissance des dépenses de santé, ce terme désigne la transformation des modalités d'organisation et de financement des soins aux États-Unis (Rodwin, 2008). La caractéristique commune des organismes de *managed care* (OMC) est l'intégration croissante des fonctions de producteur et d'assureur, intégration qui a renforcé l'intégration verticale dans le secteur de la santé. De fait, l'évolution à partir d'un cadre traditionnel fondé sur l'exercice isolé du médecin et des hôpitaux indépendants vers un système plus intégré fournissant une gamme complète de services financée, de manière mixte, à la capitation et à l'acte et s'appuyant de plus en plus sur des systèmes d'information médicaux et de gestion, constitue un trait distinctif du système de soins des États-Unis aujourd'hui. Malgré toutes les proclamations à propos de la fin du *managed care*, il est indéniable qu'il a laissé une marque profonde sur le système de soins aux États-Unis.

Alors que la tentative du président Bill Clinton pour mettre en place un système universel d'assurance santé en encourageant les organismes de *managed care*, a échoué, un volet, moins spectaculaire de la réforme – le développement du *managed care* dans un système de « concurrence non gérée » – s'est poursuivi, tout au long des années 1990. Il a contribué à transformer le contexte dans lequel opèrent tant le secteur privé que le secteur public.

À la suite de l'échec du plan Clinton, cette évolution tranquille a été conduite par les employeurs. Après l'élection du président George W. Bush en 2000, le gouvernement fédéral a soutenu ce mouvement par la loi de 2003 sur la prise en charge des prescriptions pharmaceutiques par Medicare, en encourageant un plus grand choix des plans d'assurance et même en subventionnant les assureurs à but lucratifs pour qu'ils augmentent leur part de marché parmi les bénéficiaires de Medicare, à travers les Medicare Advantage Plans auxquels sont maintenant affiliés 20 % des bénéficiaires de Medicare (Gold, 2008). Cette révolution tranquille a abouti aujourd'hui à un renforcement du contrôle des assureurs privés, le plus souvent des entreprises lucratives organisées sous forme de sociétés à capitaux, sur le secteur de la santé. L'industrie de l'assurance a développé des stratégies interventionnistes et des outils comme la contractualisation sélective avec des réseaux de producteurs, comme l'audit des soins dispensés (par exemple, l'entente préalable sur les admissions hospitalières non urgentes ou une surveillance agressive des durées de séjour), comme la gestion des prescriptions pharmaceutiques (recours aux entreprises de *pharmaceutical benefit management*, PBM), comme l'introduction de guides de pratique ou l'établissement de profils d'activité des praticiens, comme, enfin, l'achat ou la constitution de réseaux de soins.

Le but de cet article est tout d'abord de situer le *managed care* dans le système de financement et

d'organisation des soins aux États-Unis. Pour ce faire, il est nécessaire de rectifier certaines idées reçues dans l'opinion française sur le système de santé aux États-Unis. Ensuite, sera précisée la signification des sigles utilisés pour décrire le *managed care* aux États-Unis afin d'en définir les principales caractéristiques. Enfin, en guise de conclusion, seront résumés les effets convergents d'une part du développement du *managed care* et d'autre part de la croissance du secteur privé à but lucratif, côté en bourse, sur le système de santé ainsi que les réactions à ces phénomènes des médecins et des consommateurs.

## 1. Mythes sur le système de santé aux États-Unis

Ce qui distingue le système de santé des États-Unis du système français, c'est surtout l'absence d'un système national et obligatoire d'assurance maladie et le rôle majeur que jouent les employeurs dans l'organisation de l'assurance maladie pour leurs employés. En général, les employeurs assurent eux-mêmes leurs salariés ou passent des contrats avec des assureurs privés pour leur offrir une gamme de choix en matière de prise en charge. L'employé a le choix soit de payer une cotisation minimale assise sur son salaire pour bénéficier des avantages obtenus par l'employeur, soit de payer plus pour avoir droit à une meilleure couverture. Ceci dit, il reste quatre mythes largement répandus sur le système de santé américain. Nous les examinerons brièvement avant de répondre à la question: qu'est ce que le *managed care* ?

### 1.1 Un financement largement privé

Contrairement à la représentation courante du système américain, qui laisse croire que les dépenses de santé sont largement financées par les assurances privées, la part du financement public, aux États-Unis, approche les 50 %, soit un niveau bien supérieur à la contribution des assurances privées, autour de 35 % (US Centers for Medicare & Medicaid Services, 2007). Le financement public comprend:

- les contributions de l'État fédéral pour la couverture des personnes âgées et invalides (Medicare), pour la couverture des couches sociales les plus

défavorisées (Medicaid), pour la couverture des anciens combattants (système de santé public de la Veterans Health Administration) et pour la couverture des militaires et leurs ayants droits (Champus) ;

- les contributions des États fédéraux pour leur part de financement de Medicaid ainsi que pour les hôpitaux psychiatriques ;
- la contribution des pouvoirs publics locaux, surtout pour les hôpitaux municipaux publics.

L'opinion largement répandue selon laquelle le système libéral américain serait financé, en grande partie, directement par les usagers (tickets modérateurs, franchises) est également fautive : cette part (13 %), dans un système sans assurance maladie universelle et obligatoire, est supérieure au chiffre équivalent en France (7 %) mais pas dans les proportions généralement perçues.

### 1.2 Une organisation hospitalière largement privée

À l'opposé de l'idée souvent admise d'un réseau hospitalier largement privé à but lucratif, aux États-Unis la proportion des lits hospitaliers dans ce secteur n'est que 11 % – bien inférieure au chiffre équivalent en France (20 %) où la part du secteur à but lucratif est la plus importante au sein des pays de l'Union européenne.

Il est vrai qu'aux États-Unis l'hospitalisation privée à but non lucratif est dominante (56 %) par rapport à la France (15 %). Cependant, ce qui étonne souvent les médecins français, c'est qu'aux États-Unis l'hospitalisation publique occupe une place importante (33 %), même si elle n'est que d'environ la moitié de celle observée en France (65 %).

### 1.3 La médecine libérale domine les soins ambulatoires

Les États-Unis sont toujours associés à une tradition de libre entreprise et, dans le secteur santé, à une médecine libérale au sens où il existe une liberté d'installation, des cabinets privés, une médecine à l'acte, le libre choix par le patient aussi bien que par le médecin et la liberté de prescription. Cependant, les Français semblent bien plus attachés à ces

valeurs que les Américains qui, depuis 1930, ont évolué vers des formes nouvelles d'organisation pour fournir les soins médicaux et rémunérer les médecins dans des systèmes intégrés.

#### 1.4 L'État est faible

Enfin, la vision commune de l'État fédéral américain est celle d'un État moins envahissant que l'État français. Certes, la séparation des pouvoirs, la structure fédérale, la décentralisation, le pluralisme et le libéralisme conduisent à un processus politique caractérisé par de nombreux points de blocage, des possibilités multiples de contrecarrer les projets et une piètre administration publique. Les « meilleurs et les plus brillants » s'inscrivent dans les écoles de commerce et les facultés de droit plutôt que dans les facultés d'administration publique. En outre, les Américains sont connus pour leur profonde réticence à l'égard de l'État fort.

Malgré la pertinence globale de ces affirmations, se contenter d'une vision aussi simpliste opposant un État fort et un État faible risquerait d'induire dangereusement en erreur. Parfois, l'État s'implique directement, parfois il le fait par l'intermédiaire de ses représentants délégués ou de ses partenaires du secteur privé tels que la Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) ou le National Committee for Quality Assurance (NCQA). L'État américain, à l'inverse de l'image qu'on en donne, est envahissant et s'implique profondément dans les affaires hospitalières. L'ingérence des administrations tant publiques que privées dans les affaires médicales a fait des médecins américains ce que le docteur Philip Lee, directeur de la Santé au Department of Health and Human Services sous l'administration du président Bill Clinton, a appelé « les médecins les plus contrôlés, surchargés de paperasserie et le plus souvent mis en accusation judiciaire » de tous les pays de l'OCDE (Lee et Etheredge, 1989).

## 2. Principales caractéristiques du *managed care*

Le *managed care* est, tout d'abord, la gestion coordonnée de filières de services médicaux et

sociaux – aussi bien des soins dispensés en établissements de santé que de ceux délivrés en aval et en amont de l'hospitalisation par la médecine de ville. Depuis l'échec du Plan Clinton en 1994, les plus gros employeurs américains ont exigé de leurs assureurs qu'ils fournissent à leurs salariés non plus seulement une assurance maladie indemnitaire (remboursement à guichet ouvert), mais aussi un « panier de services » qui ne dépasse pas les taux plafonnés de cotisations. Pour répondre à ces demandes, les assureurs privés ont mis au point trois formes principales d'interventions :

- l'adaptation de l'architecture institutionnelle de la production de soins médicaux ;
- la mise en place d'incitations financières pour les prestataires de soins ;
- le renforcement d'outils de gestion.

Au-delà de la définition de départ, ces interventions constituent les trois axes centraux du *managed care*.

### 2.1 L'architecture institutionnelle

Les OMC regroupent différents modèles d'organisation caractérisés par le fait que les assureurs assument un rôle particulier pour la gestion des soins médicaux.

Les modèles traditionnels, organisés autour des principes d'assurance, sont fondés sur la séparation entre les assureurs et les prestataires de soins. La forme la plus traditionnelle de cette séparation – l'*indemnity insurance* (l'assurance indemnitaire) – n'attribue, en matière de soins, qu'un rôle strictement passif à l'assureur. C'est le modèle d'assurance maladie de libre accès au système de soins et de remboursement à guichet ouvert.

Les deux premiers modèles du tableau 1 relèvent de ce type d'architecture institutionnelle. Cependant, l'assurance maladie traditionnelle « sous contrôle » (*managed indemnity*) du modèle 1 introduit un contrôle prospectif et continu de l'utilisation des soins. De même, l'assurance maladie incitative (modèle 2) introduit un certain nombre d'incitations à se faire soigner au sein d'un réseau

Tableau 1 : Quatre Modèles d'Architecture Institutionnelle du *Managed Care*

1	Assurance maladie traditionnelle sous contrôle ( <i>managed indemnity</i> ).	contrôle prospectif et continu de l'utilisation des soins.
2	Assurance maladie incitative ( <i>Preferred Provider Organization, PPO</i> ).	incitation pour le malade à se faire soigner au sein d'un réseau de soins avec réduction de leur participation financière. incitation pour le médecin à s'assurer une clientèle.
3	Système intégré d'assurance maladie et de production de soins ( <i>Health Maintenance Organization, HMO</i> ).	accès à un réseau de soins soumis à un « gate-keeper » : a). <i>staff model</i> b). <i>group model</i> c). <i>Independent Practice Association (IPA)</i> d). <i>net work model</i> , réseau de a+b+c. très faible participation financière des patients aux soins fournis par le réseau. les soins fournis hors du réseau ne sont pas remboursés par le HMO.
4	<i>Point of Service plan (POS)</i> : vers une convergence des modèles 1 et 2.	HMO avec le droit de sortir du réseau en étant couvert par l'assurance maladie traditionnelle, gérée par le POS, dans de moins bonnes conditions.

de soins (*preferred provider organization, PPO*, ou encore *physician hospital organization, PHO*). Les PPOs sont des réseaux de prestataires de soins, les PHOs des réseaux, regroupant des médecins et des hôpitaux, créés sur l'initiative de ces derniers. Ce second modèle repose sur la mise en place d'une contractualisation sélective entre organismes assureurs et prestataires de soins.

Les modèles 3 et 4 constituent un système intégré d'assurance maladie et de production des soins : les *health maintenance organizations (HMOs)* dans lesquels la participation financière des patients est très faible, voire nulle. Ces réseaux de soins coordonnés cherchent à optimiser les services rendus à leurs bénéficiaires à l'intérieur d'un budget. Par rapport aux deux premiers modèles, leur organisation se distingue par :

- L'obligation de passer par son médecin « *gate-keeper* » avant de consommer des soins médicaux plus spécialisés. Tous les HMOs obligent leurs membres à s'inscrire auprès d'un médecin « de première ligne » pour le recours aux soins primaires. Ce médecin peut-être un généraliste ou un spécialiste en médecine interne, gynécologie, pédiatrie, gériatrie, selon l'organisation du HMO. Il est chargé de coordonner les soins délivrés aux patients et d'autoriser les renvois vers les spécialistes. Ce qui distingue le modèle

4 (POS) du modèle 3 (HMO) c'est la possibilité de court-circuiter le « *gate-keeper* » en sortant du réseau mais, dans ce cas, en étant couvert par une assurance traditionnelle gérée par le POS (*Point of Service Plan*) dont les garanties (par exemple le ticket modérateur) sont moins avantageuses que celles offertes pour les soins fournis par le réseau.

- Le libre choix limité des autres prestataires de soins. Dans les HMOs, l'assuré s'engage non seulement à s'inscrire auprès d'un médecin « *gate-keeper* » mais aussi à ne consulter que les prestataires de soins qui font partie de cette organisation, sauf en cas d'urgence. À l'intérieur du réseau, l'assuré conserve le libre choix de son médecin. Dans les systèmes intégrés, si l'assuré consulte un médecin hors HMO, il sera responsable de la totalité du paiement des soins. Par contre, dans les POS (modèle 4), la personne protégée, avec ou sans l'accord de son « *gate-keeper* », peut décider de sortir du réseau tout en conservant, comme précédemment, le droit au remboursement auprès du régime d'assurance maladie traditionnelle du POS mais avec un ticket modérateur élevé (modèle 1).
- La présence d'une culture médico-administrative à l'intérieur du réseau. Dans les HMOs réputés et les plus anciens à l'origine du développement des

pratiques de groupe aux États-Unis – comme la Kaiser Permanente, la Group Health of Puget Sound ou le Health Insurance Plan (HIP) de New York – l'autosélection des médecins a créé une culture qui favorise le travail d'équipe et la pratique d'une médecine « sobre », c'est-à-dire économe. Aussi, les HMOs tendent-ils à embaucher plutôt des médecins généralistes ou spécialistes orientés vers les soins primaires fournis par les « *gate-keepers* ».

Outre ces trois caractéristiques convergentes des HMOs, les modèles 3 et 4 recouvrent des organisations qui présentent des degrés d'intégration verticale différents. On distingue, le plus souvent, quatre grandes catégories de HMOs :

*Le Staff Model* : le HMO emploie directement ses médecins sur la base d'un salaire et possède des centres de soins ambulatoires et ses propres hôpitaux. Les médecins travaillent en équipes pluridisciplinaires.

*Le Group Model* : le HMO passe des contrats avec des groupes de médecins qui s'organisent fréquemment en groupes pluridisciplinaires (*multispecialty group practices*) et perçoivent un forfait *per capita* en échange des soins prodigués, sans tenir compte du volume des actes effectués.

*L'Independent Practice Association (IPA)* : le HMO passe des contrats avec des groupes de médecins indépendants (ou avec des individus) exerçant dans leur propre cabinet et rémunérés à l'acte. Lorsque les médecins indépendants s'organisent en groupe, leur directeur médical négocie un forfait *per capita* avec la direction du HMO et le respect de certaines procédures de contrôle avec ses collègues médecins.

*Le Network Model* : le HMO passe des contrats aussi bien avec des médecins organisés en *multispecialty group practice* qu'avec ceux regroupés en IPA ou en *staff model*.

## 2.2 Les incitations financières données aux prestataires de soins

Puisque les médecins, par les décisions médicales qu'ils prennent, contrôlent plus de 70 % des dépenses de santé, les assureurs qui mettent en œuvre le

*managed care* visent à influencer les décisions du praticien. Contrairement au système de paiement à l'acte où les médecins ne supportent aucun risque et ont une incitation financière à multiplier les actes, dans les *managed care organizations* (MCOs) les assureurs transfèrent aux médecins et autres prestataires de soins une partie du risque financier, ce qui produit une incitation inverse à limiter le volume des actes.

Les principales incitations financières s'organisent autour de deux mécanismes qui sont intimement liés : les modes de rémunération des producteurs de soins et les systèmes de partage de risque entre assureurs et prestataires de soins.

### *Les modes de rémunération des prestataires de soins*

Dans les HMOs organisées autour de *staff models* et de *group models*, les médecins sont souvent rémunérés sur la base d'un salaire ou d'un paiement *per capita* calculé en fonction du nombre de bénéficiaires, ajusté par catégories d'âge, qui s'inscrivent auprès d'eux. Dans les HMOs organisées autour des IPAs et de *networks*, on a recours tant pour les rémunérations en salaires que pour celles en capitation à des incitations dans les deux sens: retenues financières en cas de dépassement des objectifs de dépenses fixés, majorations de rémunérations dans le cas contraire.

Même dans les cas où la tarification à l'acte est maintenue divers systèmes tendent à inciter les médecins à pratiquer une médecine économe: par exemple des « bonus-malus » et des rétributions indexées sur les résultats, sous forme d'un pourcentage retenu (*withholds*) selon que les dépenses engagées ont ou non dépassé les budgets initialement prévus.

Dans les HMOs privées et cotées en bourse – le plus souvent les *network models* ou les POS – il existe de nombreux systèmes de partage du profit, non seulement pour les médecins mais aussi pour les autres professionnels de santé ainsi que pour les gestionnaires. Par exemple, la possibilité d'acheter des *stock options* exerce souvent un effet considérable sur la motivation du personnel des OMC cotées en bourse.

Enfin, le système de la « capitation globale » transfère le risque financier à l'ensemble des médecins, des hôpitaux et des autres prestataires de services, qui deviennent alors responsables de la gestion de leur enveloppe respective.

*Le partage des risques entre assureurs et producteurs de soins*

La répartition des risques se fait différemment dans chaque organisation. En général, les HMOs subdivisent leurs budgets par catégories de services fournis : soins de médecins, soins hospitaliers, pharmacie, analyses de laboratoire, etc. Ainsi, indépendamment des modes de rémunération, il existe des mécanismes de partage des risques organisés, par exemple, en fonction des systèmes d'information concernant la population protégée ou encore selon les outils et les méthodes de gestion dont dispose le HMO.

**2.3 Les outils et méthodes de gestion**

*Les outils*

Toutes les MCOs disposent de nombreux instruments de gestion. Parmi les plus fréquents on peut citer les suivants: l'analyse et la transmission des informations, le contrôle prospectif et les contrats sélectifs, le contrôle de l'utilisation et de la qualité des soins et le partage des risques.

- **L'analyse et la transmission des informations financières et médicales.** Les MCOs ont des comptabilités analytiques très développées qui leur permettent de mettre en place des tableaux de bord sur les dépenses par catégories de malades, par catégories de médecins ou d'autres prestataires de soins et à partir desquels elles peuvent suivre les dépenses d'un malade ou d'un prestataire de service.

En ce qui concerne les informations médicales, les profils médicaux établis sur la base du codage des actes et des pathologies sont des outils indispensables. Ils sont d'usage courant aux États-Unis. Pour être efficaces ils supposent non seulement l'existence de références médicales mais aussi des systèmes de *feedback* de ces informations vers les médecins, assortis de divers mécanismes incitatifs.

- **Le contrôle prospectif et les contrats sélectifs.** Les MCOs partent du principe qu'il faut mettre en place des systèmes d'autorisation préalable avant le recours aux spécialistes et à l'hospitalisation. Aussi les acheteurs de services (employeurs ou assureurs) passent-ils des conventions avec certains producteurs de soins médicaux, institutions ou professions libérales. Ces conventions définissent des prix et des volumes ainsi que des obligations, pour les producteurs, de se soumettre à certains contrôles. Pour les soins courants les acheteurs tâchent d'identifier les médecins économes – parfois à l'aide de logiciels qui permettent de comparer les pratiques de chacun. Pour les soins spécialisés les acheteurs cherchent des producteurs qui font jouer les économies d'échelle et sont connus pour leur « bonne qualité ».
- **Le contrôle de l'utilisation des soins (*utilization review*).** Les MCOs contrôlent d'une manière continue (*concurrent review*) les séjours hospitaliers. Ainsi, les prolongations de durée de séjour doivent-elles être autorisées. En général l'assuré peut faire appel de ces décisions, mais si l'appel est rejeté l'assureur ne paiera pas la facture. Le contrôle rétrospectif (*retrospective review*) se pratique après que les services aient été fournis, lorsque l'assureur se rend compte que certains services, par exemple sans utilité médicale ou « hors références », ont été donnés, il peut en réclamer le remboursement au patient.
- **Le contrôle de la qualité des soins offerts.** Le directeur médical d'un OMC est chargé d'évaluer les pratiques de soins et d'identifier les médecins qui s'éloignent systématiquement des références médicales. Sur ces bases les MCOs développent des systèmes d'informations qui visent à évaluer l'efficacité des traitements et à permettre les mises à jour de leurs références médicales, celles-ci pouvant, dans l'état actuel des connaissances, varier d'un OMC à un autre.

*Les méthodes*

Les quatre outils de gestion précédents peuvent s'appliquer aussi bien aux médecins et à leurs prescriptions (*pharmaceutical benefits management*)

qu'aux patients et à leur parcours dans le système de soins (*case management*). Enfin, ils peuvent également porter sur les maladies et leur évolution (*disease management*).

- **Pharmaceutical benefits management (PBM).** Les assureurs pratiquant le *managed care* passent de plus en plus souvent des contrats avec des sociétés de PBM pour gérer leurs factures de pharmacie. Celles-ci négocient avec les assureurs du *managed care* aussi bien des contrats prix-volumes obtenus des laboratoires pharmaceutiques que des contrats sur la base d'un forfait par personne protégée. Les sociétés de PBM utilisent tous les outils de gestion décrits ci-dessus. Ils réalisent des économies en jouant sur quatre leviers : la vente par correspondance, les services administratifs, y compris la *drug utilisation review (DUR)*, la substitution par des génériques, la substitution thérapeutique par le produit le moins cher.
- **Le *case management*.** Le système de santé est caractérisé par un manque de coordination entre les divers services disponibles – surtout pour les personnes handicapées, les malades chroniques et les personnes âgées. Le *case management* est une stratégie utilisée pour coordonner les services appropriés, aussi bien entre diverses institutions sanitaires qu'à domicile, en fonction des besoins des malades et des contraintes financières.
- **Le *disease management*.** Tandis que le *managed care* s'efforce d'éviter le recours à l'hospitalisation et aux spécialistes pour la majorité de la population en bonne santé, le *disease management* s'intéresse à la population souffrant de pathologies coûteuses qui nécessitent des soins de spécialistes. Il s'attache à coordonner et à gérer tous les services de santé requis au cours de l'évolution d'une pathologie. Pour ce faire, il est indispensable de disposer d'évaluations du rapport coût/efficacité des différents traitements, de connaître l'évolution de la pathologie et de pouvoir mesurer les résultats (*outcome*). Il est aussi important de promouvoir le diagnostic précoce par le médecin, de suivre les protocoles de traitement par rapport à l'état de la science en la matière, de s'occuper de l'éducation et de

la bonne tenue du dossier médical des patients, enfin de poursuivre des politiques de prévention secondaire (dépistage) auprès des personnes protégées à risque.

### 3. *Managed care*, transformation du secteur santé et réponses des médecins et consommateurs

L'affiliation des américains à des OMC a cru fortement de 1980 à aujourd'hui. Pour les américains assurés par leurs employeurs (environ 60 % en 2006), seuls 3 % bénéficient encore de programmes d'*indemnity insurance* traditionnels. La grande majorité (60 %) est couverte par des PPOs, puis par ordre décroissant 20 % par les HMOs, 13 % par les POS et 4 % par des plans divers (Bloche, 2006). Comme les assureurs privés, les payeurs publics – Medicaid et Medicare – commencent aussi à intervenir plus agressivement dans le secteur santé. Entre 1987 et 1998, la part des assurés couverts par Medicaid et inscrit dans les OMC est passée de 5 % à plus de 50 % (Sparer, 2008). En ce qui concerne la participation des médecins dans les OMC, depuis 1994 plus de 75 % d'entre eux ont passé des contrats avec un IPA, un PPO ou un HMO. Ce chiffre varie, évidemment, selon la spécialité médicale, de 50 % pour la psychiatrie à 80 % pour l'obstétrique, la gynécologie, la médecine interne, la pédiatrie et la radiologie (Emmons et Simon, 1994).

Au-delà de la gamme d'interventions des assureurs privés qui visent à maîtriser les coûts médicaux et à mieux coordonner les soins, le principe du *managed care* entraîne des transformations tant du financement que de l'organisation des soins médicaux. Bien que les OMC soient extrêmement diversifiés, leur point commun est l'intégration croissante des fonctions d'assurance et de production des services de santé. L'évolution du cadre traditionnel d'une médecine libérale entourée d'hôpitaux indépendants vers des systèmes intégrés qui fournissent un panier de services financé sur la base d'un paiement *per capita* et dépendant de systèmes d'informations médicaux et financiers hautement performants, est devenu l'image d'avenir du système de santé américain.

Les indicateurs les plus significatifs de l'évolution du *managed care* et des transformations en cours font ressortir deux tendances de fond: le transfert des services de soins hors de l'hôpital vers les populations desservies et la consolidation – à la fois horizontale et verticale – des prestataires de soins, des payeurs et des OMC. D'une part, le nombre de d'hôpitaux passe de 5,732 à 4,936 entre 1985 et 2005 (American Hospital Association, 2007). D'autre part, l'hôpital indépendant est devenu un dinosaure institutionnel car plus de la moitié font partie de groupements hospitaliers, de réseaux, d'alliances. De même, la part des médecins qui travaillent à plein temps en cabinets libéraux diminue tandis que des groupes de médecins, ainsi que les cabinets individuels, sont progressivement achetés par des entreprises gérées par des médecins ou directement par des hôpitaux ou des assureurs. Déjà en 1994, une enquête auprès de 1 200 hôpitaux montrait que 71 % d'entre eux avaient l'intention de faire partie d'organisations intégrées comportant d'autres hôpitaux, des centres de santé ou encore des groupes de médecins (Freudenheim, 1994). Plus de 70 % des systèmes les plus intégrés, du type HMOs, sont actuellement privés et cotés en bourse. Ils connaissent des mouvements de fusion qui transforment cette industrie en un oligopole où depuis 1995, les 10 HMOs les plus importants couvrent environ 60 % de toute la population adhérente (Anders et Winslow, 1995).

La montée du *managed care* a provoqué des réactions importantes, aussi bien des médecins que des consommateurs. Ces réactions s'opposent à trois tendances renforcées par le *managed care* :

- la concentration de l'industrie des soins médicaux en oligopole et la recherche du profit dans ce secteur ;
- les conflits d'intérêts des médecins ;
- la contractualisation sélective des prestataires de soins.

### 3.1 La concentration de l'industrie et la recherche du profit dans le secteur santé

Selon le docteur Arnold Relman, un ex-rédacteur en chef du *New England Journal of Medicine*,

la concentration progressive de l'industrie et la recherche d'une plus grande rentabilité représente la tendance la plus inquiétante dans l'évolution du secteur de santé aux États-Unis (Relman, 2007). En réponse à cette évolution l'American Medical Association a plaidé, avec succès, pour un certain allègement des lois « anti-trust » limitant le droit des médecins à s'organiser entre eux pour fixer les prix. Ainsi les praticiens créent des *Physician-Sponsored Networks* (PSNs) ou *Physician-Sponsored Organizations* (PSOs) pour faire concurrence aux assureurs des OMC et ainsi garder pour eux-mêmes tant les frais de gestion que les profits. Cependant ces organisations ne s'opposent pas à l'esprit du *managed care*, ils en renforcent même le développement par des pratiques médicales comparables à celles des OMC (références médicales, travail en équipe, restriction des recours à l'hôpital, extension des soins à domicile).

Par contre, le mouvement des consommateurs face à la concentration de l'industrie et la recherche du profit, s'est exprimé de façon plus agressive. Par exemple, en Californie un référendum du 5 novembre 1996 (*proposition 216*) s'est attaquée au caractère commercial des OMC en proposant de limiter la rémunération « excessive » des PDG et d'augmenter la fiscalité pour financer une réglementation plus stricte de l'industrie (Pear, 1996). Bien que le résultat de ce référendum ait été négatif, l'expression politique d'un « *backlash* » des consommateurs là où les OMC sont le plus développées ont convaincu un économiste (Robinson, 2001) aussi bien qu'un sociologue (Mechanic, 2004) que le *managed care* était mort.

### 3.2 Les conflits d'intérêts des médecins

Les OMC poursuivent des objectifs multiples, par exemple la maîtrise des coûts, l'efficacité dans l'allocation des ressources, l'élimination du gaspillage dans les soins médicaux, l'amélioration de la qualité des soins et de la satisfaction des patients. Mais ces objectifs sont souvent contradictoires et, de ce fait, les médecins sont contraints à faire des arbitrages quotidiens dans leurs décisions cliniques.

Lorsqu'ils représentent leurs patients, les médecins sont confrontés à, au moins, deux types de conflits



d'intérêts: ceux qui touchent à leurs propres intérêts financiers et ceux qui concernent leurs loyaux partagés entre d'une part leurs OMC et, d'autre part, leurs patients (Rodwin, 1995).

Les médecins de premiers secours (*gatekeepers*) qui rémunérés par les OMC, selon les mécanismes de retenues (*withholds*), *bonus* ou *capitation*, peuvent faire face à de nombreux conflits d'intérêts financiers. Même sans incitation financière, le gestionnaire d'OMC peut limiter le niveau des ressources disponibles pour les médecins. Par ailleurs les références médicales peuvent mettre les praticiens dans la situation désagréable d'être « infidèles » à leur OMC en informant leurs patients qu'il existe des options thérapeutiques médicalement possibles mais non prises en charge par l'OMC. L'*American Medical Association* considère ces problèmes suffisamment graves pour avoir organisé des commissions d'études dont les travaux sur le sujet ont été publiés (Council on Ethical and Judicial Affairs, 1995).

### 3.3 La contractualisation sélective des prestataires de soins

Ces réactions tant contre la concentration de l'industrie et la recherche du profit que vis-à-vis des conflits d'intérêts font ressortir des problèmes de fond liés au *managed care*. Cependant, il y a peu de chance qu'elles puissent arrêter le développement de celui-ci. Au contraire il y a tout lieu de penser qu'elles continueront à susciter non seulement des améliorations dans l'industrie du *managed care*, mais encore des réponses réglementaires de l'État

qui iront dans le sens d'une meilleure protection des consommateurs.

Par contre, les réactions contre la contractualisation sélective des prestataires de soins pourraient changer les conditions actuelles dans lesquelles les OMC se développent. En effet, les prestataires de soins, inquiets d'être exclus des OMC, et les consommateurs, mécontents de perdre leur liberté de choisir leurs médecins traitants sous peine de pénalités financières, ont, dans le cadre d'un mouvement « *anti-managed care* », organisé des campagnes visant à contraindre les OMC à passer des contrats avec tout producteur de soins qui accepte ses conditions (*any willing provider*). Il existe au moins trois catégories de lois déjà votées par les États fédéraux :

- Celles qui reposent sur le concept de « *due process* » limitant les possibilités des OMC d'exclure des prestataires de soins sans critères explicites ou possibilités de recours ;
- Celles qui s'appuient sur le concept d'« *essential community providers* » afin de s'assurer que ne soient pas exclus les prestataires de soins qui traitent les populations les plus vulnérables ;
- Celles qui reposent tout simplement sur le principe de la « liberté de choix » des patients afin de leur donner la possibilité de se faire soigner hors d'un OMC lorsque les prestataires de soins acceptent les tarifs de remboursement de celui-ci.

## Bibliographie

---

- American Hospital Association, *Hospital Statistics 2007*, Chicago (Ill.), Healthcare InfoSource, 2007.
- Anders (G.) et Winslow (R.), « The HMO Trend : Big, Bigger, Biggest », *Wall Street Journal*, 30 mars 1995.
- Bloche (G.), « Consumer-Directed Health Care », *NEJM* (355) 17, octobre 2006
- Council on Ethical and Judicial Affairs, « Ethical Issues in Managed Care », *JAMA*, 273 (4), 1995.
- Emmons (D.) et Simon (C.), *Physician Marketplace Report : Recent Trends in Managed Care*, Chicago (Ill.), AMA, 1994.
- Freudenheim (M.), « Health Industry is Changing Itself Ahead of Reform », *New York Times*, 27 juin 1994.
- Gold (M.), « Medicare Advantage in 2008 », *Kaiser Foundation Medicare Issue Brief*, juin 2008, disponible sur le site internet : <http://www.kff.org>
- Lee (P. R.) et Etheredge (L.), « Clinical Freedom : Two Lessons for the U.K. from the US Experience with Privatization of Health Care », *Lancet*, 4, février 1989.
- Mechanic (D.) « The Rise and Fall of Managed Care », *Journal of Health and Social Behavior*, 45, 2004.
- Pear (R.), « Stakes High as California Debates Ballot Issues to Rein in HMOs », *New York Times*, 3 septembre 1996.
- Relman (A.), *A Second Opinion*, New York (N. Y.), Century Foundation, 2007.
- Rodwin (M.), « Conflicts in Managed Care », *New England Journal of Medicine*. 332 (9), 1995.
- Rodwin (VG), « Comparative Analysis of Health Systems in Wealthy Nations », dans A. Kovner et J. Knickman (eds.), *Health Care Delivery in the United States*, New York (N. Y.), Springer, 2008
- Sparer (M.), « The Role of Government in US Health Care », Kovner (A.) et Knickman (J.), *Health Care Delivery in the United States*, New York (N. Y.), Springer, 2008 [9e éd.].
- US Centers for Medicare & Medicaid Services, *National Health Expenditure Data*, Office of the Actuary, 2007, disponible sur le site internet: [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov)