

Où en est l'expérience américaine du *Managed Care* ?

Daniel Simonet

Volume 72, Number 4, 2005

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1106843ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1106843ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

ISSN

1705-7299 (print)

2371-4913 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Simonet, D. (2005). Où en est l'expérience américaine du *Managed Care* ? *Assurances et gestion des risques / Insurance and Risk Management*, 72(4), 609–638. <https://doi.org/10.7202/1106843ar>

Article abstract

The article depicts the evolution of *Managed Care*. A first part describes and evaluates the *Managed Care* experience in the U.S. After a review of the major events that led to *Managed Care* in the U.S., the paper expands on cost-control mechanisms, changes in the medical practice and their impact on patient's health. In the second part, the article proposes a theoretical interpretation of the development of HMOs based on the cost transaction theory, and uses the W.H.O evaluation grid to outline the orientations of the U.S. health care system.

Où en est l'expérience américaine du *Managed Care*?

par Daniel Simonet

RÉSUMÉ

L'article retrace l'évolution du *Managed Care*. Une première partie porte sur la description et l'évaluation du *Managed Care*. Après un rappel historique de son avènement aux États-Unis seront précisés les mécanismes de contrôle des coûts, les changements dans la pratique médicale et les conséquences sur la santé des patients de ce régime de santé privé. Dans une deuxième partie, l'article fournit une interprétation théorique du *Managed Care*, en particulier l'essor des HMO, en utilisant notamment la théorie des coûts de transaction et les analyses de l'OMS sur les orientations du système de santé.

Mots clés : HMO, soins gérés, *Managed Care*, mécanismes de contrôle des coûts, théorie des coûts de transaction.

ABSTRACT

The article depicts the evolution of *Managed Care*. A first part describes and evaluates the *Managed Care* experience in the U.S. After a review of the major events that led to *Managed Care* in the U.S., the paper expands on cost-control mechanisms, changes in the medical practice and their impact on patient's health. In the second part, the article proposes a theoretical interpretation of the development of HMOs based on the cost transaction theory, and uses the W.H.O evaluation grid to outline the orientations of the U.S. health care system.

Keywords: HMO, *Managed Care*, Cost-Control mechanism, cost transaction theory.

I DESCRIPTION ET ÉVALUATION DU MANAGED CARE

I.1 La genèse du *Managed Care*

Les organismes de soins gérés dans lesquels les soins étaient prépayés, à l'image de Kaiser Health Plan et de Blue Cross (Anderson, 1975) sont apparus dans les années 1930. Alors que leur nombre était inférieur à 40 dans les années 1960, le Congrès américain, désireux de maîtriser la croissance des coûts de la santé encouragea leur essor avec le vote de l'*HMO Act* (1973). Cependant, alors que les stratégies de réduction des coûts des *Health Maintenance Organizations* (HMO) ont très vite suscité l'adhésion des hommes politiques, les citoyens américains redoutaient que ces organismes ne diminuent la liberté de choix des prestataires, notamment s'ils venaient à intégrer des plans particulièrement restrictifs et les employeurs américains ne pensaient pas qu'ils pourraient générer des économies substantielles. Enfin, les médecins eux-mêmes, très attachés à leur statut d'entrepreneur, étaient fermement opposés à toute tentative de contrôle de la médecine par l'État ou par des personnes non-médecins. Au total, les États-Unis ne comptaient que 40 HMO en 1972 auxquels adhéraient 3 millions de personnes seulement et il n'y avait guère que 230 HMO en 1980 (9,1 millions d'assurés).

Néanmoins, c'était sans compter les efforts réitérés du gouvernement américain en leur faveur. Avec la hausse continue des coûts de la santé, les grandes entreprises étaient de plus en plus incitées à confier à d'autres types d'organismes la gestion des dépenses de santé de leurs employés. De plus, les acheteurs de soins (entreprises, services publics, ...) ne pouvaient se contenter de demander à l'État fédéral de réguler les prix pour limiter les dépenses de santé. Parallèlement, les organismes de *Managed Care* se sont peu à peu différenciés afin d'attirer de nouveaux assurés : alors que le marché accueillait essentiellement des HMO du type *Staff* (les médecins sont salariés de la HMO) et *Group* (les médecins sont sous contrat avec la HMO mais ne sont pas ses employés), des HMO de type « *Independent Practice Association* » (IPA) ou « *Network* » sont apparues : dans ce cas, les médecins sont indépendants de la HMO, libres de contracter simultanément avec plusieurs d'entre elles, bénéficient d'un remboursement à l'acte (mais à un tarif préférentiel) et continuent à recevoir des patients couverts par une assurance traditionnelle. Les employeurs, peu à peu convaincus que ces organismes pouvaient réduire le niveau des coûts de la santé, ont délaissé les assureurs traditionnels qui rémunéraient les consultations à l'acte (régime « *Fee For Service* »). Parmi ceux-ci, on trouvait aussi bien

des universités que des grandes entreprises (Ford, General Mills, Caterpillar). Dans les années 1985-1995, le taux de croissance des affiliations aux plans de santé fut de 10 % par an et, en 1992, les HMO offraient leurs services à 38,8 millions d'individus.

1.2 Le plan Clinton et le *Managed Care*

En 1993, le président Clinton lança, à l'échelle de la nation, une réforme (*Health Security Act - 1993*)¹. Bien qu'elle ne fut pas retenue en raison de l'absence de soutien des assureurs (refus du contrôle des prix, ...), du grand public (attaché au maintien de la liberté de choix du médecin traitant), des démocrates eux-mêmes (Blendon R.J., Brodie M., Benson J., 1995), certaines de ses propositions ont bien vu le jour dans les années qui ont suivi. Le projet originel proposait une couverture santé universelle, un contrôle des prix, un accès plus facile aux médicaments pour les personnes âgées, la mise en oeuvre de programmes publics de santé et le renforcement des droits du patient. Or, bien que le principe de la couverture santé universelle n'ait pas été adopté, de nombreux États se sont tournés vers les organismes de *Managed Care* pour offrir une prise en charge aux assurés *Medicaid* et à certaines catégories de patients autrefois dépourvues d'assurance, les enfants en particulier ; par exemple, sous l'égide du « *State Children's Health Insurance Program (CHIP)* », près de 10 millions d'enfants en ont bénéficié. Par ailleurs, grâce à des avantages fiscaux, le projet incitait les employeurs à offrir une couverture médicale à leurs employés et à négocier en commun (à travers des alliances santé ou « *Health Alliances* »), sous l'égide de l'État, la prise en charge médicale de leurs employés au meilleur coût. Bien que cette initiative fut abandonnée, l'intervention du gouvernement fédéral étant rejetée, dans certains États, en Californie et en Arizona en particulier, des employeurs de premier plan se sont engagés dans cette voie, se regroupant pour acheter des soins présentant le meilleur rapport qualité/prix.

À partir de 1995, sous l'influence du groupe de pression « *Jackson Hole* »², les organismes de *Managed Care* ont été exhortés à mettre l'accent sur la qualité des soins (évaluation des praticiens des hôpitaux et des assureurs), car dans le cas contraire, toute tentative de réforme aurait été un exercice de contrôle des coûts. De plus, si le président Clinton n'a pas renoncé à réformer le secteur, la méthode a changé : plutôt que de proposer une refonte du système, il s'est appuyé sur des lois ponctuelles de protection des patients concernant, par exemple, l'accès aux soins (urgences, médecine de spécialité); ainsi, la loi « *Drive Through Delivery* » obligea les services de maternité à assurer un minimum de 48 heures de garde après un

accouchement (96 heures à New-York pour un accouchement sous césarienne), soit plus de 4 millions de journées d'hospitalisation supplémentaires, tandis que le *Balanced Budget Act* (1997) interdit la « gag clause », littéralement « loi du bâillon » qui empêchait le praticien de discuter avec le malade des traitements possibles ou de l'informer des restrictions énoncées par son assureur HMO. Par ailleurs, trois autres lois ont été proposées : *Patient Access to Responsible Care Act* (PARCA – 1997), *Patient Protection Act* (1998) et *Health Care Quality Act* (1997) qui redonnent au patient le droit de consulter un médecin extérieur au réseau, mesures qui inquiètent les HMO, désormais obligées de le rémunérer à un tarif équivalent à celui des praticiens de son réseau. Se sont ajoutées d'autres initiatives en faveur du patient : seconde opinion dans le cas d'un cancer, accès direct au spécialiste du réseau dans certaines spécialités (obstétrique, gynécologie) ou à un spécialiste extérieur au réseau de la HMO si cette dernière n'en possède pas dans la spécialité considérée.

Le projet Clinton influence également les assureurs *Managed Care*. Puisque son abandon est en partie lié à la crainte des patients de ne plus pouvoir choisir librement leur médecin traitant, sont apparus des organismes de *Managed Care* de type *Point Of Service* (POS) ou *Preferred Provider Organization* (PPO), dont la spécificité est d'offrir à leurs assurés la possibilité de choisir un praticien extérieur à leur panel moyennant le versement d'une franchise ou d'un ticket modérateur. À partir des années 1990, les adhésions aux plans de santé augmentèrent de 10 % par an. En 2001, les HMO offraient leurs services à 78 millions de personnes contre 63,3 en 1996, 47,1 en 1994 et 38,8 en 1992 (Tableau 1). Par ailleurs, les assurés couverts par les programmes gouvernementaux Medicare et Medicaid ne sont pas restés à l'écart (Tableaux 2, 3).

**TABLEAU 1
NOMBRE DE HMO ET D'ADHÉSIONS (1992-2001)**

Année	Nombre de HMO	Nombre d'adhérents (en millions)
2001	531	78,0
2000	560	78,9
1999	613	80,5
1998	652	78,6
1997	651	72,1
1996	630	63,3
1994	543	47,1
1992	560	38,8

Source : *Interstudy's new HMO trend report now available*. Interstudy Publications, 12/10/99.
 Source : *HMO Enrollment Stabilizes, Number of HMO continues to drop*. Interstudy Publications, 10/01/01.
 Source : *HMO Enrollment Stabilizing, Medicaid continues to grow*. Interstudy Publications, 05/07/02.

**TABLEAU 2
PROGRAMME MEDICAID ET INTÉGRATION
DES PATIENTS HMO (1998)**

	1981	1997	1998	1999	2000	2001
Nombre de patients Medicaid sous régime Managed care (en million)	0,28	15,3	16,6	17,8	18,8	20,8
Pourcentage de patients Medicaid sous régime Managed Care	1 %	48 %	54 %	56 %	56 %	57 %
Nombre d'États offrant un régime HMO aux assurés Medicaid	4	Pratiquement tous les États	idem	idem	idem	idem

Source : Roy Levi. *Federal Trade Commission. Mars 1999. The pharmaceutical industry: a discussion of anticompetitive and anitrust issues in an environment of change. Health Care Financing Administration 1999 Medicaid Managed Care Enrollment Report.*

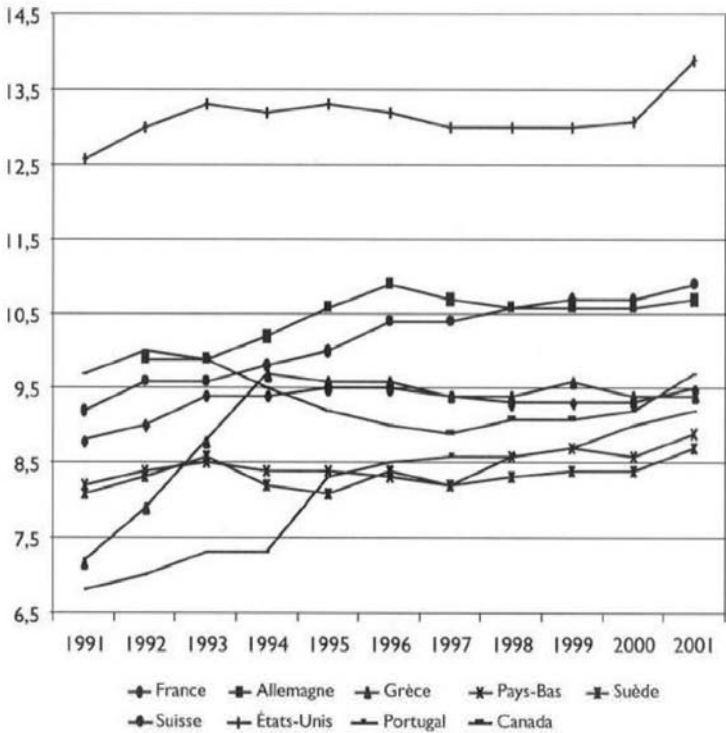
**TABEAU 3
POURCENTAGE DES PATIENTS HMO**

Année	Sous régime Medicaid	Sous régime Medicare
1999	13 %	8 %
1998	12 %	8 %
1997	11 %	7 %
1996	8 %	7 %
1995	8 %	6 %
1994	7 %	6 %

Source : Healthcare Association of New York State.

La croissance des dépenses de santé s'est ralentie, en particulier entre 1990 et 1996 : le taux de croissance des dépenses de santé atteignit même 4,4 % en 1996, après un dérapage très fort dans les années 1980. En conséquence, le pourcentage des dépenses de santé dans le PIB s'est maintenu à un niveau stable : au milieu des années 1990, celui-ci atteint un palier à 13 % (12,9 % en 1998 contre 13 % en 1997, 13,2 % en 1996, 13,3 % en 1995, 11,9 % en 1990) avec quelques rattrapages certaines années (13,9 % en 2001) tandis que le pourcentage des dépenses de santé rapporté au PIB augmentait bien plus encore au sein des autres pays occidentaux les plus « dépensiers »³ (Graphique 1). De plus, après avoir connu une progression soutenue au début de la décennie, les cotisations « assurance maladie » des grands employeurs, ont connu un palier sous l'effet de la concurrence; en 1995, les primes ont baissé : -3,8 % en valeur annuelle alors que l'indice des prix à la consommation augmentait de 2,5 %⁴. Toutefois, les HMO ne sauraient être seules responsables de ce palier car, comme le souligne Élisabeth Chamorand (1996), « la courbe des dépenses s'est infléchie 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 eu le même effet sur les coûts, limitant l'importance de ces organismes dans la maîtrise des dépenses de santé. La stabilité du pourcentage des dépenses de santé dans le PIB dans les années 1990 est en grande partie due à la très forte croissance économique. Et, une fois ces économies réalisées, la hausse des coûts de la santé s'est poursuivie en raison du vieillissement de la population, de l'apparition et de la diffusion de nouvelles technologies (Spetz J., Bake L., 1999).

GRAPHIQUE I
ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ EN
POURCENTAGE DU PRODUIT INTÉRIEUR BRUT
(P.I.B) (1991-2001)



Source : OCDE.

1.3 Des HMO désormais fragiles

À la fin des années 1990, la situation financière des HMO s'est nettement dégradée : en effet, leurs pertes se sont élevées à 864 millions de dollars en 1998 (770 en 1997)⁵. En outre, sur les 506 HMO étudiées (1997)⁶, 57 % ont perdu de l'argent. Plusieurs facteurs expliquent ce retournement. Tout d'abord, la maturation du marché : ainsi, en 1999, le rythme des nouvelles adhésions aux HMO était inférieur à 5 % (Kupferman G., 1994-1999), contre 14,1 % en 1997 et 19 % en 1996⁷. Leurs dépenses augmentant plus vite (les médecins et les hôpitaux résistant de plus en plus à leur pression financière), leur marge s'est également réduite. Par ailleurs, leur marché potentiel s'est considérablement réduit : en effet, 85 % des employés sont

déjà intégrés dans une forme ou une autre d'organisme de *Managed Care* (HMO, « *Point Of Service* » ou POS, « *Preferred Provider Organization* » ou PPO, ...). Enfin, les employeurs, après avoir acquis une certaine expérience dans la gestion des assurances, peuvent évaluer plus finement leurs coûts et leurs qualités respectives et donc faire jouer la concurrence. Fait aggravant, les plaintes, plus nombreuses et relayées par les médias, ont incité le gouvernement à prendre des mesures en faveur des patients, mesures qui se sont répercutées sur les coûts. En outre, si les HMO se sont jusqu'à présent tournées vers les assurés en activité professionnelle, c'est-à-dire relativement jeunes et bien portants, elles sont désormais, sous la pression de l'État fédéral, obligées de recruter parmi les patients vulnérables (assurés *Medicare* et *Medicaid* notamment). Or elles rencontrent davantage de difficultés pour préserver leur rentabilité avec ces populations qui nécessitent des soins plus intensifs (les coûts des patients *Medicaid*, davantage en mauvaise santé, seraient supérieurs de 23 % à ceux des autres malades (Welch W.P., Wade M., 1995)). Pour renouer avec les profits sans rationner les soins⁸, la recherche d'économies d'échelle a entraîné une vague d'acquisitions (Tableau 4), conduisant parfois à la constitution d'un cartel de l'assurance, en particulier sur les marchés locaux.

TABLEAU 4
FUSIONS ET ACQUISITIONS AU SEIN
DES ORGANISMES HMO (1990-2000)

Année	Nombre d'opérations
2000	19
1999	10
1998	32
1997	16
1996	21
1995	9
1994	14
1993	8
1992	15
1991	10
1990	1

Source : Kaiser Family Foundation, *Trends and Indicators in the Changing Health Care MarketPlace, 2002 - Chartbook*.

1.4 Contrôle des coûts et évaluation de la qualité des soins

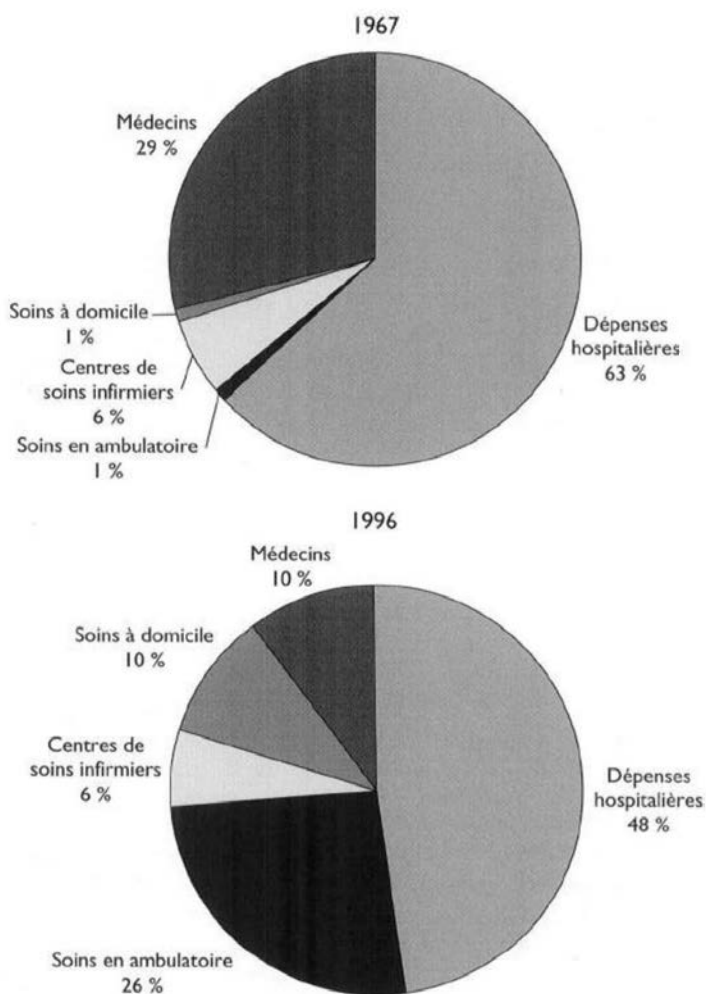
Avec les progrès accomplis dans l'évaluation médicale (études de qualité, programmes d'évaluation des technologies, études de rapport coût/efficacité), les HMO ont été incitées à ne plus limiter leur activité aux seuls remboursements des actes mais à s'impliquer directement dans la gestion et la prestation de soins afin de contrôler les coûts. Dans ce dessein, elles ont développé des mécanismes, notamment hospitaliers, dont la spécificité est de répartir le risque entre les prestataires de soins et l'assureur.

- Concernant les prestataires, afin de contenir les coûts, des méthodes alternatives de remboursement des soins se sont répandues. Mais, après avoir été contenu par les mécanismes du type *Prospective Payment System* (PPS), les coûts hospitaliers avaient, au début des années 1990, retrouvé un niveau historique (Manheim L.M. et al, 1994). En réponse, de nouvelles approches de type *Casemix* ont été adoptées (Swan J.H., et al, 2000) avec mise en concurrence des prestataires, ces modes de remboursements se complétant quelquefois. Par exemple, aux groupes homogènes de malades peut être adossé un paiement à la journée, les versements aux hôpitaux reflétant alors plus précisément les coûts d'une journée d'hospitalisation pour une pathologie donnée (Brannen, 1999). Au total, la consommation de services hospitaliers diminua : le nombre de journées d'hospitalisation pour 1 000 assurés *Medicare* chuta de 3 780 au début des années 1980 à 2 700 en 1985 avant de connaître un déclin plus lent dans les années 1990, se stabilisant en 2 232 journées en 1999⁹. Du point de vue des offreurs, par exemple dans le New Jersey, l'abandon des taux fixés par l'État dans le calcul du paiement prospectif au profit d'un régime concurrentiel accéléra la recherche d'économies, qu'illustrent, entre autres, la baisse de la durée du séjour hospitalier et l'essor des soins en ambulatoire, moins onéreux.
- D'autres modes de rémunération existent également : tout d'abord, l'organisme de *Managed Care* peut, tout en rémunérant à l'acte un prestataire de soins, bénéficier d'un tarif préférentiel sur son offre de services (« *discounted fee for service* »). Cette solution n'est pas à l'avantage du prestataire car elle ne lui permet pas toujours de couvrir ses coûts, notamment si les soins sont de courte durée. De plus, elle les incite à se livrer une concurrence par les prix. Ce dispositif utilisé en lieu et place du paiement journalier a encouragé l'essor des soins en ambulatoire (Jordan W.J., 2001), dans le

programme *Medicare*, la part des dépenses de santé consacrée aux soins hospitaliers chutant de 63 % en 1967 à 48 % en 1996 tandis qu'augmentèrent les parts des soins en ambulatoire et des soins à domicile (Graphique 2). Le coût des soins hospitaliers crût à un rythme plus faible que les autres postes de dépenses, les soins médicamenteux et en ambulatoire, moins onéreux, leur étant désormais préférés (Randall P.E., 2001). La part de ces derniers dans les dépenses de santé a d'ailleurs augmenté au cours des années 1990 (Graphique 3).

- L'assureur peut opter pour un paiement journalier de l'hôpital selon un taux fixe, le forfait, calculé par individu et par journée d'hospitalisation (« *per diem payments* »). Couvrant toutes les dépenses de santé du patient, il permet à l'hôpital de ne pas être pénalisé si le séjour du patient dure plus longtemps que prévu¹⁰. Mais avec la diminution de la durée moyenne du séjour hospitalier (Miller, Luft, 1994), les hôpitaux ont fixé des tarifs dégressifs : en effet, les soins sont plus intensifs, donc plus onéreux, lors des premières journées d'hospitalisation. Cependant ce dispositif est économique : en effet, les taux journaliers ont augmenté plus vite que l'inflation mais moins rapidement que les coûts de santé globaux (Swan et al, 2000).
- En ce qui concerne les praticiens, les modes de paiement ont été modifiés. Par exemple, un prestataire au forfait (contrat « *capitation* ») s'engage à fournir l'ensemble des prestations de santé nécessaires au patient sur une durée déterminée. Sa rémunération est fixe : elle ne dépend pas de l'intensité du service rendu. Pour le praticien, ce mécanisme présente des inconvénients. Tout d'abord, il joue le même rôle qu'un assureur même si cette caractéristique peut être atténuée par la signature d'un contrat de réassurance (patients à hauts risques) ou par la constitution d'un « *pool de capitation* » qui répartit le risque sur un plus grand nombre de prestataires. Enfin, il court un risque financier plus important, ce qui peut l'inciter à priver le patient d'un service (Pernegger et al, 1996). Mais par rapport au paiement à la prestation (régime « *Fee For Service* »), l'adoption de contrats au forfait (« *capitation* ») entraîna un nombre plus faible de visites chez le praticien (généraliste et spécialiste), avec cependant des renvois plus nombreux à l'hôpital (Gosden T., 2000). Quant au passage au salariat des médecins devenus employés des HMO, il ne semble pas influencer sur la consommation de soins. En effet, en ce qui concerne les dépenses médicamenteuses, la consommation de soins de spécialité et les tests de diagnostic,

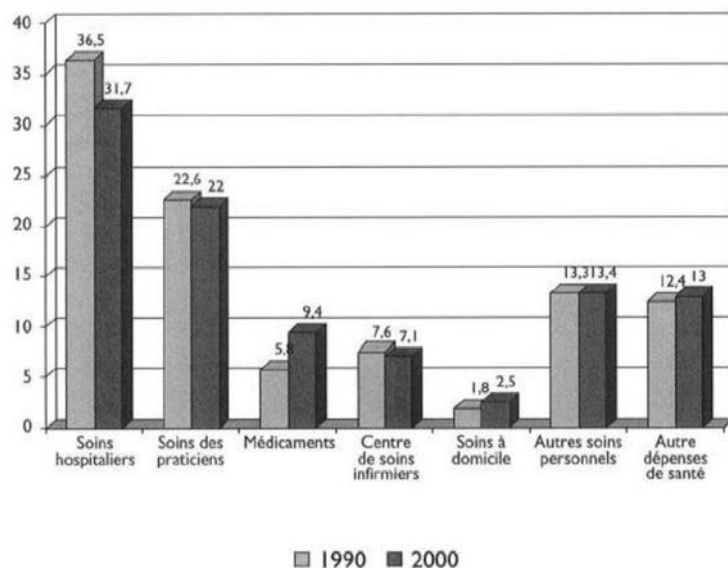
**GRAPHIQUE 2
DÉPENSES DE SANTÉ DU PROGRAMME MEDICARE
PARTYPE DE SERVICES ET PRESTATAIRES**



Source : Health Care Financing Administration, Medicare and Medicaid Statistical Supplement, 1998 (Washington DC:US Government Printing Office, 1998), Figure 11, page 39.

aucune différence ne fut observée que les médecins soient sous le régime du salariat ou rémunérés à la prestation (« *Fee for Service* ») (Lee S. et al, 1999).

**GRAPHIQUE 3
DISTRIBUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ
PARTYPE DE SERVICES (1990-2000)**



Source : Fondation Kaiser pour la Famille, Tendances et Indicateurs du marché de la santé (2202).

- D'autres dispositifs à caractère non financier ont également concerné les praticiens sous régime *Managed Care* :
 - Les procédures d'« *utilization review* » consistent en une évaluation de la nécessité, de l'efficacité et du caractère approprié des soins. Elles visent à réduire les coûts de l'hospitalisation et la consommation de médicaments. Les pharmaciens sont également encouragés à analyser le régime médicamenteux d'un patient pour éviter le gaspillage (double emploi, surconsommation, ...) et améliorer l'observance du traitement. En particulier, le formulaire désigne une liste de médicaments pris en charge par la HMO et dont la prescription est prioritaire. Il peut être ouvert (dans ce cas, les médicaments qui ne figurent pas au formulaire sont aussi remboursés), fermé (seuls les médicaments qui sont sur le formulaire sont alors remboursés), ou incitatif (le taux de remboursement varie alors d'un médicament à l'autre).

- Censé réduire la consommation de soins des patients qui bénéficient déjà de nombreuses prestations et services de santé (généralement les individus à revenus élevés), le médecin référent (« *Gatekeeper* »), jouant le rôle de « conseiller » médical, oriente le patient vers l'hôpital, décide s'il doit ou non consulter un médecin spécialiste, ou s'il nécessite des soins additionnels et non routiniers¹¹, des tests sophistiqués (Kerr E.A. et al, 1995) (imagerie par résonance magnétique, examen des poumons, ...), certaines procédures étant inappropriées (25 à 35 % des angiographies coronaires et des endartériectomies, par exemple) ou apportant peu (Brook, 1993, 1994).
- En ce qui concerne les patients, des franchises ont été instituées : l'assuré doit verser une participation financière chaque fois qu'il se présente aux urgences ou chez un spécialiste, une mesure qui, à la différence des contrats au forfait, responsabilise le patient plutôt que le médecin, mais qui peut aussi conduire à un rationnement des soins chez les assurés à revenus faibles. Dans une enquête portant sur la fréquentation d'un service d'urgence de 30 000 individus affiliés à Kaiser Permanente auxquels un ticket modérateur de 25 à 35 \$ était imposé à chaque visite aux urgences, le nombre des admissions diminua de 15 % et aucun effet néfaste ne fut observé (Selby et al, 1996), de même dans le traitement de l'infarctus du myocarde (Magid et al, 1997). Si les études par pathologie, nombreuses, rapportent de bons résultats (économies, ...), l'impact des franchises sur la maîtrise des dépenses de santé globale est plus difficile à évaluer. Avec la crise actuelle qui incite les employeurs à se montrer économes, la participation des assurés aux frais médicaux devrait augmenter comme en témoigne par exemple l'adoption des « *Consumer-Driven Health Plans* » (CDHP) (Alper M, 2002).

Ces mesures de contrôle des coûts ne doivent pas masquer les innovations dans la gestion et l'organisation des soins au sein des hôpitaux et des organismes de *Managed Care* : « *case management* », registre informatisé de soins (vaccination, hépatites, oncologie, ...), grille d'évaluation des hôpitaux et des assureurs. L'intégration de ces entités est renforcée : les premiers prêtent déjà aux seconds leurs infrastructures (locaux, personnel médical, ...) et leur expertise afin de développer des études de rapport coût/efficacité tandis que les ressources de la HMO contribuent parfois au financement de la recherche hospitalière. L'échange informatisé (télé-médecine) de données économiques (nécessaires aux calculs d'honoraires) et médicales (résultats cliniques à l'hôpital ou en ambulatoire, ...)

devraient également accentuer la coordination des prestataires. D'autres mesures apparues dans le sillage du *Managed Care* telles que l'encadrement des pratiques médicales, les protocoles de soins et les échelles de satisfaction du patient (Fairfield et al, 1997) viendront améliorer la qualité des soins. Les recommandations thérapeutiques en particulier devraient s'imposer durablement et corriger les disparités médicales entre les États.

2 APPROCHES THÉORIQUES

2.1 Demande induite et coûts de transaction

La théorie de la demande induite de Robert G. Evans (1974) et de Victor R. Fuchs (1986) qui suggère que le corps médical favorise la demande de soins dans le dessein de se garantir un revenu légitime les actions drastiques que les HMO ont menées pour contrôler les dépenses. D'autres études ont confirmé ces théories : selon Cromwell et Mitchell J.B. (1989), les tarifs et la consommation de soins seraient plus élevés dans les zones qui accueillent de nombreux praticiens. Fuchs (1978) souligna qu'une augmentation de 3 % du nombre de chirurgiens en Californie entraîna une augmentation proportionnelle des opérations et des prix des soins et, selon Richardson, à une augmentation de 10 % du nombre des spécialistes en Australie correspondait une hausse de 7 à 12 % dans la consommation de soins. Au Canada, Evans, Parish et Sully ont indiqué qu'une augmentation de 5 % du nombre de docteurs s'était accompagnée d'une augmentation de 4 % de la demande. Mais cette théorie connaît des limites en Europe. En effet, les prix sont fixés et décidés par l'administration, qui, parce qu'elle forme un corps unique, bénéficie d'un pouvoir de négociation accru. En revanche, les assureurs américains peuvent plus difficilement atteindre un pouvoir de marché comparable en raison de leur fragmentation (Lambert D.C., 2000).

Pour autant, ces théories doivent être relativisées et le praticien partiellement exonéré : les progrès techniques qui, contrairement à de nombreuses autres industries, n'ont pas diminué les coûts de revient des actes (pas ou peu d'économies d'échelle, sophistication accrue des tâches requérant l'emploi de personnels toujours plus qualifiés), ont, parallèlement à l'extension de la couverture sociale, aggravé les coûts. Par ailleurs, le grand public et la communauté scientifique dans son ensemble qui, à l'évidence, y voyait l'illustration la plus achevée de ses bienfaits pour l'humanité, donc sa légitimité, ont largement soutenu ces progrès. Enfin, conséquence de l'apparition d'une société de confort, le seuil de tolérance physique

et psychologique tend à diminuer : des problèmes sociaux, qui existaient autrefois hors du champ médical, nécessitent aujourd'hui une prise en charge médicale. La portée de la théorie de la demande induite, comme explication centrale de la croissance des coûts de la santé, est donc sensiblement réduite.

La théorie des coûts de transaction apporte aussi un éclairage à l'essor des HMO. Selon Coase (1937), toute transaction sur les marchés implique des coûts : coûts d'utilisation (recherche d'information sur les marchés, les fournisseurs, ...), coûts de négociation (rédaction) et de renégociation des contrats (en cas de défaillance d'un fournisseur) et enfin coûts de régulation et de suivi de la transaction (dispositifs de contrôle, ...), ... Coase, dans son analyse de la croissance des firmes, considère que les entreprises choisissent le mode de gouvernance (le marché ou la hiérarchie, c'est-à-dire l'internalisation des transactions traditionnellement réalisées sur les marchés) qui minimise les coûts de transaction. Dans le secteur de la santé, afin de minimiser ces coûts, les groupements hospitaliers acquièrent ou se lient à des unités de soins situées en zone urbaine : ces dernières renvoient les patients vers les premiers qui réalisent les opérations les plus rentables (chirurgie cardiaque) (Huckman, R.S., 2001). Les patients de l'hôpital « cible », qui joue un rôle de prescripteur, constituent alors un marché captif pour l'acquéreur. L'opération se révèle moins onéreuse que les nombreuses autres démarches (dépenses publicitaires censées convaincre les praticiens et les assurés) qui auraient été nécessaires pour s'approprier ces mêmes patients, si l'acquisition n'avait pas été décidée (Huckman, R.S., 2001). De même, l'internalisation (« *managerial coordination* ») des prestations par les HMO serait moins onéreuse que le marché. De plus, elle offre à l'assuré la possibilité de ne réaliser qu'une transaction sur les marchés (« *one stop shopping* »), la HMO se chargeant ensuite de trouver le prestataire qui agit dans le meilleur intérêt du patient (Stano, 1997). Suivant ce paradigme, la croissance des HMO serait plus rapide dans les zones où les coûts de recherche et d'information sont élevés, dans les zones urbaines en particulier où la densité médicale est forte. Cependant, alors que Coase ne fournit pas de définition opérationnelle des coûts de transaction, Williamson montre qu'ils dépendent des caractéristiques de l'environnement (incertitude, fréquence des transactions et spécificité des actifs) et du comportement des décideurs (opportunisme).

2.2 L'apport de Williamson

Sans porter de jugement moral, Williamson soutient que les agents sont opportunistes, c'est-à-dire qu'ils tendent à utiliser la ruse

ou la tricherie afin de maximiser leur profit personnel. L'opportunisme peut apparaître au moment de la négociation du contrat, lorsque l'une des parties profite de ce que l'autre est moins bien informée (dissimulation d'information, ...), ou même, lors de son exécution, dès que des agents ne respectent pas, de manière délibérée, leurs engagements contractuels, afin d'augmenter leurs gains (choix d'un indice plus favorable à l'un des co-contractants, modification de la qualité des produits, ...). En santé, en particulier, la spécification complète des contrats entre les employeurs, les assurés et les praticiens, qui envisage à priori toutes les stratégies possibles, leurs résultats et les compensations en cas d'opportunisme des médecins (ceux-ci, profitant de ce que le contrôle de leur comportement est onéreux, peuvent ne pas respecter leurs engagements contractuels) ou des patients (qui, selon le risque moral, peuvent dissimuler une information ou, se sachant couverts par une assurance, adoptent des comportements à risques, et donc consomment davantage) est, pour la firme qui cherche à couvrir ses employés, trop coûteuse, voire impossible : elle suppose l'absence d'asymétries informationnelles entre les praticiens, les employés et les assureurs. Fait aggravant, la prolifération de l'offre de santé et les disparités croissantes entre prestataires (en termes de qualité et de coûts des prestations), ont étendu les asymétries d'information au bénéfice du praticien. Ce déséquilibre conduit les employeurs à transférer la sélection d'un prestataire à une firme spécialisée, donc en théorie mieux informée : la HMO.

Censé rechercher pour le compte des employeurs et des patients les meilleurs soins possibles, cet organisme joue un rôle de « courtier » en soins, minimisant, pour le compte de l'employeur (qui paye la facture santé), les coûts de transaction. Ce faisant, elle répond aussi à un objectif de surveillance (contrôle des prestataires tentés de favoriser la demande pour se garantir un revenu, ...), inaccessible à l'employeur ou à l'individu (dans le cas où celui-ci doit lui-même s'assurer) en raison de la complexité croissante de l'offre : en effet, l'employeur (ou l'assuré) ne peut fonder ses choix sur sa propre expérience ou même le bouche-à-oreille, ... Pour y parvenir, la HMO dispose de divers mécanismes : mise en concurrence et substitution des agents préférables à un contrat à long terme avec l'un d'entre eux, sanctions (rupture de contrat ou pénalisation de ceux qui ne se conforment pas à leur engagement), procédures d'arbitrage ou de révision des termes du contrat en cas de conflit. Quant à l'assuré, sa responsabilité financière est également engagée (limitation du risque moral) : par exemple, il peut être amené à verser un ticket modérateur, chaque fois qu'il se présente aux urgences, consulte un spécialiste ou un généraliste extérieur au réseau de la HMO.

2.3 SPÉCIFICITÉ DES ACTIFS ET FRÉQUENCE DES TRANSACTIONS

Lors du choix d'un mode de régulation, il est nécessaire de faire intervenir la spécificité des actifs. Selon Williamson, un actif est spécifique lorsque la valeur liée à son usage dans une autre application que celle d'origine se déprécie fortement. L'actif considéré ne pourra être redéployé dans un autre but (une autre transaction) sans entraîner un coût irrécupérable élevé (« *sunk costs* ») pour l'agent. Parmi les six actifs spécifiques recensés par Williamson, citons en premier lieu les actifs physiques, par exemple les équipements nécessaires à une prestation (hôpitaux, équipement médical) et qui ne peuvent être redéployés sans entraîner un coût élevé pour l'agent et, en second lieu, les actifs liés aux ressources humaines : spécialistes, par exemple, dont la qualification est hautement spécifique.

- Les transactions sur les marchés peuvent être uniques, occasionnelles ou récurrentes. Plus les actifs échangés seront standards, c'est-à-dire peu spécifiques, plus les transactions seront fréquentes et le recours au marché préférable. En effet, en l'absence d'actifs spécifiques, un contractant (assuré) peut changer de prestataire sans coûts et sans délais, ce qui prévient les risques d'opportunisme : cela correspond au régime traditionnel avec paiement à l'acte et libre choix du prestataire. Mais avec le progrès médical et pour corollaire une sophistication accrue de l'offre (matériel, formation des praticiens, ...), les transactions entre assurés et prestataires de soins ont gagné en spécificité, ce qui entraîne le recours à un arbitre : la HMO. En effet, en cas d'actifs spécifiques et de transactions (consultations) peu fréquentes, les employeurs (ou les assurés pour ceux dont l'assurance n'est pas prise en charge par l'employeur) se lient par contrat avec une HMO, supposée limiter l'opportunisme des patients (risque moral) et des prestataires (demande induite) et donc faire un usage optimal des ressources. Il s'agit d'une forme hybride entre le marché et la hiérarchie (Tableau 5). En effet, par rapport au marché, la liberté de l'assuré n'est plus aussi grande : il s'engage par contrat à consulter un nombre restreint de prestataires (praticiens, hôpitaux, ...).
- De même, le caractère peu fréquent et spécifique des transactions entre HMO et praticiens expliquerait aussi le recours au contrat avec arbitrage : le praticien, sans être employé par l'organisme de *Managed Care*, intègre son réseau de prestataires et s'engage par contrat à se conformer à des directives

**TABLEAU 5
MODALITÉS D'ORGANISATION DES
TRANSACTIONS SELON WILLIAMSON**

Degré de spécificité des actifs Fréquence des transactions	Non spécifique	Spécifique
Faible	Marché	Contrat avec arbitrage
Récurrente	Marché	Internalisation

de soins (protocoles, recommandations cliniques, ...), un processus qui permet à la HMO d'exercer un contrôle, même partiel, de son activité.

- Enfin, à la hiérarchie correspondent les prestations spécifiques et fréquentes. En effet, en cas d'actifs hautement spécifiques, une caractéristique qui s'accroît avec la spécialisation des praticiens, et de transaction récurrente, l'organisation interne est préférée. Ashton (1998) examina les coûts des contrats associés à quatre types de prestations en santé : maison de repos, cabinet de soins primaires, services de chirurgie, soins psychiatriques. Conformément à la théorie, les coûts de transaction sont liés au niveau de spécificité, à l'incertitude et à la fréquence des transactions. Par exemple, les contrats portant sur les soins psychiatriques sont les plus onéreux et les plus spécifiques : l'incertitude associée est moyenne, voire importante, et les transactions fréquentes. En revanche, les maisons de repos ne constituent pas des actifs spécifiques. De plus, l'incertitude est faible et les transactions peu fréquentes. Conséquence, parmi toutes les prestations étudiées, les coûts de transaction associés sont aussi les plus bas (les coûts des contrats des autres prestataires occupent une position intermédiaire) et les cas d'intégration moins nombreux (Ashton, 1998). À cette théorie correspond également l'emploi, au début du siècle, de médecins par les grands employeurs (mines, chemins de fer, plantations), à une époque où les praticiens (actifs humains spécifiques) étaient peu nombreux et les accidents du travail plus fréquents qu'aujourd'hui.
- La théorie expliquerait aussi l'intégration des prestataires dans les HMO : plus un spécialiste réalisera un nombre élevé d'opérations pour le compte d'un même assureur, plus la

HMO sera tentée d'exercer un contrôle de son activité, voire de l'intégrer totalement (cas d'une HMO employant des spécialistes ou possédant son propre hôpital). De plus, l'incertitude, d'ordre interne (qui recouvre la complexité des tâches effectuées par l'hôpital : opérations, procédures chirurgicales, ...) ou externe (qui comprend l'incertitude technologique, réglementaire, concurrentielle) encourage l'intégration du prestataire à la HMO. Plus l'incertitude interne (liée aux opérations) est grande, plus les agents (les HMO) opteraient pour des transactions internes. Il s'agit aussi d'éviter les comportements opportunistes des prestataires, plus lourds de conséquences dans le cas d'actifs spécifiques (Williamson, 1985). En effet, la possibilité de substituer un contractant à un autre est coûteuse. D'autres applications de l'approche transactionnelle à la santé ont porté sur l'intégration des hôpitaux et des centres de soins infirmiers (Lehrman, Shore, 1998), des hôpitaux et les prestataires de soins à domicile (Dansky, et al, 1996), et la sous-traitance des soins psychiatriques auprès d'offres spécialisés (Hodgkin et al, 1997).

Dans le domaine de la santé, la forme hybride de régulation ne se résume pas à un arbitrage entre le marché et la hiérarchie, mais consiste en un arbitrage plus complexe entre le marché, la hiérarchie et la corporation médicale. Comme le démontre la théorie de la demande induite, les transactions ou consultations entre une personne malade et un professionnel de santé ne sont pas les relations modélisables par le marché. Le contrat avec arbitrage vise à limiter le pouvoir de prescription des praticiens alors que, jusqu'à présent, il n'y avait à ce jour aucun contre-pouvoir, que celui-ci émane des assureurs ou des patients, du fait de l'asymétrie d'information. Le contrat avec arbitrage, s'il intervient au niveau de la relation entre le médecin et l'assureur, tente de contrôler la relation entre le médecin et son patient. En effet, l'assureur est mieux informé que le patient, et, de ce fait, a les moyens de contrôler les pratiques du praticien.

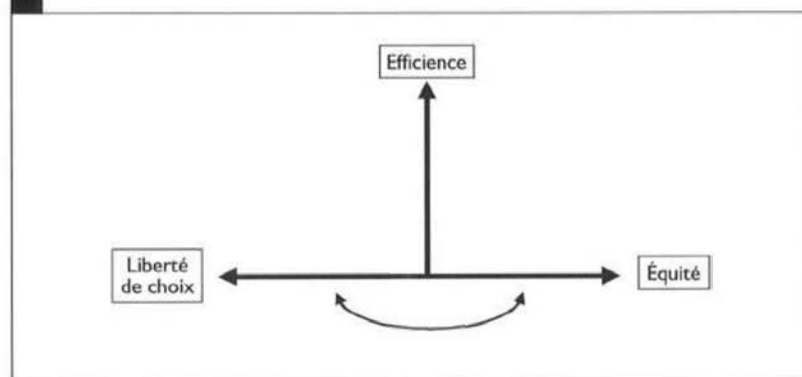
2.4 Managed Care : Quelles priorités en soins?

L'OMS (2002) définit l'équité comme l'aptitude du système de santé à garantir à tout individu l'accès à un ensemble de minima de soins sans discrimination d'âge, de sexe, de moyens, de race. Quant à la qualité, elle correspond, toujours selon l'OMS, à la capacité du système à donner des soins satisfaisants à un individu, non à un groupe de personnes. Or l'équité, assimilée à un optimum collectif, agit en partie dans un sens contraire à la qualité qui correspond à un optimum individuel. De ce fait, les objectifs du système de santé sont

en tension. Interviennent alors deux autres variables fondatrices, censées aboutir à un compromis entre ces visées partiellement antagonistes : la pertinence, définie comme l'aptitude à détecter et à répondre à des besoins de santé prioritaires (groupes de personnes qui ont le plus besoin de soins) et l'efficacité qui prend en compte les coûts des prestations et leur efficacité, donc mesure la capacité du système à faire le meilleur usage des ressources disponibles. La qualité et l'efficacité ne sont pas indépendantes, car à l'efficacité correspond un ratio liant un résultat de santé (donc une mesure de la qualité) aux dépenses nécessaires pour y parvenir. Restent alors trois valeurs essentielles qui sont aussi en tension : l'équité, valeur collective, la liberté de choix, valeur individuelle et l'efficacité, censées faire la synthèse entre la qualité et les coûts : la qualité des soins est évaluée à l'échelle de l'individu, mais son coût est collectif car il est supporté par la communauté, le patient ne payant pas l'intégralité du coût des soins prodigués (Graphique 4). Examinons l'évolution de ces valeurs sous le régime *Managed Care*.

En ce qui concerne l'équité, les disparités de santé n'ont pas diminué. Bien que l'accent ait été mis sur la qualité (chemins cliniques, protocoles de soins, mesures de la satisfaction, ...), les résultats ont été inégaux d'une catégorie de patients à l'autre. Du point de vue de la qualité, le régime *Managed Care* serait équivalent aux assureurs traditionnels avec paiement à la prestation, offrant des soins comparables aux patients jeunes et aux classes moyennes comme l'ont rapporté plusieurs études : chez ces patients, la qualité des soins est proche, que l'assureur soit une HMO ou non (régime « *Fee for Service* ») (Miller R.H., Luft H.S., 1997) (Miller R.H., Luft H.S., 2002). En revanche, la qualité des soins aux patients vulnérables

GRAPHIQUE 4
GRILLE D'ANALYSE DES SYSTÈMES DE SANTÉ



serait plus faible sous régime *Managed Care* (Miller R.H., Luft H.S., 1997) : elle se serait dégradée chez les malades chroniques âgés ou à revenus faibles (Miller et Luft, 1997) (Ware J.E. Jr et al, 1996) et les patients fragiles (Mechanic D. et al, 1995) sous régime *Managed Care*. Les gens atteints de maladies mentales, les patients cancéreux ou cardiaques nécessitant un traitement prolongé sont dans une situation fragile sous *Managed Care* (Anders, 1996). Ces problèmes affectent également les personnes âgées (*Medicare*). Celles-ci ne sont guère incitées à intégrer les organismes de *Managed Care* (en 1999, 7 millions d'assurés *Medicare*, seulement, étaient affiliés à un organisme de *Managed Care*) et la qualité de soins serait également inférieure sous ce régime (Sclenker et al, 1995). Un quart de ces patients ne recommanderait pas leur HMO à des personnes souffrant d'un problème grave ou d'une maladie chronique en raison des difficultés d'accès aux spécialistes et de résultats thérapeutiques insuffisants (Nelson L., 1996). De même, la capacité des organismes de *Managed Care* à prendre en charge les patients *Medicaid* (en 2001, la moitié des patients *Medicaid* était sous le régime *Managed Care*) soulève des inquiétudes. Comme pour la population générale, les HMO encadrent les soins en réduisant les visites aux urgences ou chez le spécialiste (Buchanan J.L. et al, 1996) (Hurley H.E. et al, 1989) (Freund D.A. et al, 1993). Mais à la différence de la population générale, les patients *Medicaid* sont plus difficiles à gérer : d'une part, ils programment un nombre plus élevé de consultations mais sont également plus nombreux à les annuler (Majeroni et al, 1996), d'autre part, cette catégorie de patients est peu rémunératrice (les taux fixés par l'état sont plus faibles) et enfin, la qualité des soins prodigués par les HMO serait plus faible (Lillie-Blanton et Lyons, 1998). Cependant, tous les états ne soulignent pas des résultats défavorables chez les patients *Medicaid* : certaines études ne relèvent pas de différence dans le type de prestations (Buchanan J.L., et al, 1996), l'accès et la qualité des soins (Backus L.I., Bindman A.B., 2001) (Bouchery E., Harwood H., 2003) (Cuffel B.J., 2002) et une autre (Womeodu R.J. et al, 2004) rapporta même un avantage chez les patients diabétiques après intégration dans un organisme *Medicaid Managed Care*.

Il est à noter que la relation inverse entre état de santé et niveau de revenus, observée aux États-Unis, ne se retrouve pas au Canada et en Europe. De plus, au-delà d'un certain niveau de richesse estimée à 10 000\$, les écarts observés dans l'état de santé ne dépendent pas des revenus (Evans R., 2002). L'origine des inégalités en santé est donc à rechercher ailleurs, dans l'environnement social et économique. Par ailleurs, les solutions qui à première vue semblent les meilleures ne suffisent pas à résorber ces inégalités. Ainsi, la prise en

charge généralisée n'est pas la solution : en Angleterre, en dépit de la couverture médicale universelle qu'offre le N.H.S, les classes sociales défavorisées meurent plus jeune. Ces inégalités légitiment l'existence de programmes de santé publique, comme la lutte contre le tabagisme, l'obésité, les campagnes nationales de vaccination et de détection précoce du cancer, menées en collaboration avec des agences locales au Royaume-Uni ou avec le concours des HMO aux États-Unis. Pourtant, ces campagnes n'atteignent pas toujours les populations défavorisées. Ainsi la lutte contre le tabagisme a surtout porté ses fruits auprès des classes moyennes et à hauts revenus, les inégalités devant les soins ne disparaissant pas. Ces programmes sont aussi partiels, parce qu'ils n'incluent pas, entre autres, d'autres facteurs qui ont un impact sur les résultats de santé, comme le transport, les populations défavorisées n'ayant pas parfois les moyens de se rendre à l'hôpital. D'autres éléments ont un impact sur la santé, comme le stress dont la dangerosité dépend de la capacité de réponse de l'individu, de la possibilité de le prévoir et de le contrôler, ou encore du statut et de l'autonomie dans le travail (Bosma H., Marmot M.G. et al, 1997).

En ce qui concerne la liberté de choix, les assureurs HMO offrent un compromis entre coûts et accès aux soins. Des incitatifs financiers existent pour inciter les patients des HMO à rechercher des soins auprès de prestataires économiques (Robinson JC, 2003), ou à opter pour des traitements médicamenteux moins onéreux (Domino M.E., Salkever D.S., 2003). Sous régime HMO, les patients reçoivent davantage de soins primaires et préventifs, versent des franchises plus faibles que dans le régime FFS. En contrepartie, les soins spécialisés sont moins intensifs, l'accès aux soins plus difficile et les barrières administratives (agrément préalable du médecin référent, formulaires de demande) plus importantes. Conséquence, leur satisfaction est plus faible (Kemper P., 2000). Ce mécontentement augmente si le patient intègre des organismes de *Managed Care* plus restrictifs qui encadrent rigoureusement les soins et, en conséquence, la confiance envers le praticien diminue (Kemper P., 2002). Ce phénomène n'est pas définitif : en raison d'une compétition accrue, les organismes de *Managed Care* se doivent désormais d'assouplir leurs restrictions dans l'accès aux soins. En effet, les patients attendent une plus grande liberté de choix, et les HMO abandonnent le contrôle direct de prestataires de soins et ne concluent plus de contrat exclusif avec ces derniers (Grossman J.M., 2000). En particulier, la liberté de choix du praticien de première instance est essentielle à la conquête de nouveaux assurés : il y a corrélation entre le nombre de médecins de première instance de la HMO et la propension du consommateur à recommander cette HMO (Williams D.R., et al, 2003). Par ailleurs,

améliorer les possibilités de choix des patients suppose l'évaluation publique des HMO (Uhrig J.D., Short P.F., 2003). La législation vise aussi à étendre les possibilités de choix à l'assuré : ainsi, la loi « Any-willing-provider », exige de l'organisme de *Managed Care* qu'il accepte dans son réseau de praticiens n'importe quel médecin qui satisfait ses conditions d'entrée. De même, la loi sur la liberté de choix (« Freedom of choice law ») permet à une personne inscrite dans une HMO d'être remboursée pour des soins prodigués par n'importe quel prestataire, même si celui-ci n'est pas lié par contrat avec l'organisme de *Managed Care*. Pour autant, le patient peut être conduit à payer un copaiement plus élevé.

En ce qui concerne l'efficacité, les organismes de *Managed Care* ont mis en avant leur capacité à choisir le prestataire offrant à l'assuré le meilleur rapport coût/qualité des soins. L'efficacité est une source d'avantage compétitif par rapport aux assureurs traditionnels avec paiement à la prestation. Or, sur ce point, les résultats sont mitigés. Selon certaines études, l'efficacité des HMO (Rollins J. et al, 2001) s'est améliorée, même si des variations sont à noter selon le type d'HMO (les IPA ayant connu la plus forte amélioration), de même, pour les hôpitaux (Rosko M.D., 2001), bien que d'autres facteurs, comme la concentration hospitalière, aient aussi une influence. Ces résultats ne sont pas uniformes. Par exemple, en chirurgie cardiaque, les organismes de *Managed Care*, lorsqu'ils choisissent un prestataire de soins, se révèlent moins sensibles que les autres organismes-payeurs (*Medicare*, ...) à la qualité (mortalité plus élevée, durée du séjour hospitalier plus longue, ...) (Shahian, 2000). Par ailleurs, des pratiques de transfert des coûts des HMO vers les autres assureurs ont été observées. Les praticiens qui gèrent la santé de nombreux patients HMO seraient plus efficaces dans l'utilisation des ressources hospitalières, mais ils compenseraient le bas niveau des remboursements des soins chez ces patients par une augmentation de la consommation des soins et des services hospitaliers (nombre plus élevé d'examen et de consultations, ...) chez les autres patients qui ne sont pas couverts par une HMO (Van Horn, Burns, Wholey, 1997). En ce qui concerne les patients *Medicaid*, les économies que les HMO auraient réalisées seraient marginales par rapport aux coûts que ces patients auraient engendrés s'ils étaient restés dans le système traditionnel avec paiement à la prestation (Kirby et al, 2003). En outre, l'efficacité des HMO résulterait d'autres facteurs, extérieurs au domaine médical, comme des changements majeurs dans l'environnement (la récession de 1990-1991 et les fusions, notamment hospitalières, expliqueraient le ralentissement de la hausse des coûts au milieu des années 1990) (Stano, 1997) (Sullivan, 2001) et la stabilité du pourcentage des dépenses de santé dans le PIB dans

la seconde moitié des années 1990 est en grande partie due à la très forte croissance économique) ou, à des pratiques d'exclusion qui consistent à ne retenir que les patients à « bons risques » (Leibowitz, 1992), ceux dont les dépenses de santé sont potentiellement plus faibles (antisélection). De même, la baisse des primes d'assurance (elles sont plus faibles que chez les assureurs *Fee For Service*) résulterait davantage d'une compétition entre HMO que de réelles économies.

3. CONCLUSION

La logique de marché s'applique difficilement à la santé : en effet, la demande est formulée par le personnel soignant plus que par les patients (Arrow, 1963). À cela s'ajoutent des situations d'asymétrie informationnelles, des coûts irrécupérables importants, ... Des actions sur les offreurs ont donc été tentées afin d'infléchir leur comportement. En témoignent le recours à la régulation médicalisée qui porta sur les structures sanitaires (planification sanitaire hospitalière, *numerus clausus*) et le contrôle des actes et des prescriptions. Le principe consiste à identifier les soins médicalement justifiés, car il y a une faible corrélation entre résultats sanitaires et niveaux des dépenses médicales dans les pays développés. La régulation médicalisée qui intervient parallèlement à la pratique médicale et associe assureurs et professions médicales trouve son illustration dans les références médicales opposables (le médecin est tenu de s'y conformer sous peine d'être sanctionné), le codage des actes qui devraient permettre un suivi plus précis de l'activité médicale (malgré l'opposition des praticiens qui y voient une entorse au secret médical) et le carnet médical censé suivre le parcours du patient. Ce chemin n'est pas facile car ces mesures supposent l'élaboration de définitions complexes (choix de nomenclatures appropriées), la mise en oeuvre de moyens techniques sophistiqués (informatisation des cabinets médicaux) et soulèvent des problèmes éthiques complexes, concernant, par exemple, la destination des informations recueillies.

Si les besoins en santé sont illimités, les dépenses de santé ne le sont pas. L'allocation de ressources rares à des groupes de malades différents, et donc à des fins concurrentes, soulève des questions éthiques. L'efficacité doit alors permettre d'économiser des ressources, réinvesties à d'autres fins, qui peuvent être propres au secteur de la santé, ou extérieures au secteur (retraites, formation, insertion, ...). Ces fins sont toutes aussi légitimes car elles contribuent au bien-être de la population (lutte contre le chômage, amélioration de l'environnement, ...). Par exemple, le chômage et les menaces de licenciement

nuisent à la santé, car ils peuvent générer des troubles cardiaques, qui touchent également les familles de chômeurs (Ferrie J.E., Marmot M.G. et al. 1998). Les conditions de travail jouent aussi. Par exemple, les salariés dont le pouvoir de décision est faible ont 50 % plus de risques de subir un accident cardiaque que ceux qui bénéficient davantage d'autonomie dans leur travail (Marmot, 1998). Aux coûts médicaux qu'entraînent ces troubles de santé (troubles musculo-squelettique et mentaux, système immunitaire déficient) s'ajoute l'absentéisme. Les solutions qui passent par l'amélioration de la nature et de l'environnement de travail sont à rechercher auprès de l'employeur et des décideurs de la politique sociale. Ces questions dépassent le seul cadre de la santé pour entrer dans la sphère politique. Pourtant elles ont rencontré peu d'écho aux États-Unis.

Références

- Alper M. (2002), Employee Benefit Plan Review. *Is Managed Care dead?*, 30-32.
- Anders G. (1996), *Health Against Wealth*, New York. Houghton Mifflin.
- Anderson G.F. (1999), Zhang N., Worzala C. Hospital expenditures and utilization: the impact of HMOs. *Am. J. Manag. Care*, 5(7), 853-864.
- Anderson O. (1975), *Blue Cross since 1929, Accountability and the Public Trust*. Cambridge. Ballinger Publishing company, 18-19.
- Arrow K.J. (1963), Uncertainty and the Welfare economics of medical care. *American Economic Review*, LIII, 5, 941-973.
- Ashton, T. (1998), « Contracting for Health Services in New Zealand: A Transaction Cost Analysis. » *Social Science Medicine*, 46(3), 357-367.
- Backus L.L., Bindman A.B. (2001), Low-income Californians' experiences with health insurance and managed care, *J. Health Care Poor Underserved*, Nov. 12(4), 446-460.
- Blendon R.J., Brodie M., Benson J. (1995), What happened to Americans' support for the Clinton health plan? *Health Aff (Millwood)*, Summer 14(2), 7-23.
- Bosma H., Marmot M.G., et al. (1997), « Low Job Control and Risk of Coronary Heart Disease in Whitehall II Study ». *British Medical Journal*, 314(7080), 558-565.
- Bouchery E., Harwood H. (2003), The Nebraska Medicaid managed behavioral health care initiative: impacts on utilization, expenditures, and quality of care for mental health, *J. Behav. Health Serv. Res.*, Jan.-Feb. 30(1), 93-108.
- Brannen T.J. (1999), DRG-based per diem payment system matches costs more accurately. *Health Financ. Manage.*, Apr. 53(4), 42-46.
- Brook R.H. (1993), Maintaining hospital quality: the need for international cooperation, *Journal of the American Medical Association*, 270, 985-987.
- Brook R.H. (1994), Appropriateness: the next frontier. *British Medical Journal*, 308, 218-219.

- Brown R.S., et al. (1993), *The Medicare Risk Program for HMOs: Final Summary Report on Findings From the Evaluation*, Prepared for the Health Care Financing Administration. Princeton, NJ: Mathematica Policy Research.
- Buchanan J.L., et al. (1996), Medicaid Health Maintenance Organizations: Can They Reduce Program Spending? *Medical Care*, 34(3), 249-263.
- Chamorand E. (1996), *Le système de santé américain, Poids du passé et perspectives*, La documentation française.
- Coase R.H. (1987), « La nature de la firme », *Revue française d'économie*, Vol. 2, n° 1, *The Nature of The Firm* (1937).
- Coase R.H. (1991), « L'organisation industrielle de la production : un programme de recherche », *Revue d'économie industrielle*.
- Cromwell J., Mitchell J.B. (1989), Physician-induced demand for surgery, *J. Health Eco.*, 5(4), 293-313.
- Cuffel B.J., Bloom J.R., Wallace N., Hausman J.W., Hu T.W. (2002), Two-year outcomes of fee-for-service and capitated medicaid programs for people with severe mental illness, *Health Serv. Res.*, Apr. 37(2), 341-359.
- Dansky K.H., Milliron M., Gamm L. (1996), Understanding hospital referrals to home health agencies, *Hosp. Health Serv. Adm.*, Fall 41(3), 331-342.
- Domino M.E., Salkever D.S. (2003), Price elasticity and pharmaceutical selection: the influence of managed care, *Health Econ.*, July 12(7), 565-586.
- Evans R.G. (1974), Supplier-Induced Demand, Some Empirical Evidence and Implications, *The Economics of Health and Medical Care de Pertman*, 162-172.
- Evans R. (2002), *Interpreting and Addressing Inequalities in Health, from Black to Acheson to Blair to ...?*, Office of Health Economics Publications.
- Evans R.G., Parish E.M., Sully M. (1973), Medical productivity scale effect and demand generation, *Canadian Journal of Economics*, vol. XXIII, no. 3.
- Fairfield G., Hunter D.J., Mechanic D., Rosleff F. (1997), Implications of managed care for health systems, clinicians, and patients. *BMJ*, June 28, 314(7098):1895-1898.
- Ferrie J.E., Marmot M.G., et al. (1998), « An Uncertain Future: the Health Effects of Threats to Employment Security in White-collar Men and Women », *American Journal of Public Health*, 88(7), 1030-1036.
- Freund D.A., et al. (1989), Evaluation of the Medicaid Competition Demonstrations. *Health Care Financing Review*, 11(2), 81-97.
- Frye R. (1998), « Using preventive care to decrease hospital admissions of pediatric patients », *Health Care Strategic Management*, 16(9), 16-17.
- Fuchs V.R. (1986), Physician-Induced Demand, A Parable, *Journal of Health Economics*, 5(4), 367.
- Gaynor M., Haas-Wilson D. (1999), Change, Consolidation and Competition in Health Care Markets. *The Journal of Economic Perspectives*, Winter 13(1), 141-164.
- Gerbert B., Wolff M., Tschann J.M., McPhee S.J., Capsers N.M., Martin M.J., Saulovich A. (1997), « Activating patients to practice skin cancer prevention: Response to mailed materials from physicians versus HMOs », *American Journal of Preventive Medicine*, 13(3), 214-220.

- Gosden T., Forland F., Kristiansen I.S., Sutton M., Leese B., Giuffrida A., Sergison M., Pedersen L. (2000), Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment, effects on the behaviour of primary care physicians, *Cochrane Database Syst. Rev.*, (3), CD002215.
- Greenfield S., et al. (1992), Variations in Resource Utilization among Medical Specialties and Systems of Care, Results from the Medical Outcomes Study, *Journal of the American Medical Association*, 267(12), 1624-1630.
- Grossman J.M. (2000), Health plan competition in local markets, *Health Serv. Res.*, Apr. 35(1 Pt 1), 17-35.
- Hirano D. (1998, April 1994), Partnering to improve infant immunizations, The Arizona partnership for infant immunization (TAPII), *American Journal of Preventive Medicine*. (3 Suppl.), 22-25.
- Hodgkin D., Horgan C.M., Garnick D.W. (1997), Make or Buy: HMOs' Contracting Arrangement for Mental Health Care, *Administration and Policy in Mental Health*, 24(4), 359-376.
- Huckman R.S. (2001), Hospital Consolidation And The Delivery Of Cardiac Care. Harvard University, [Http://www.Nber.Org/~Confer/2001/Si2001/Huckman.Pdf](http://www.Nber.Org/~Confer/2001/Si2001/Huckman.Pdf).
- Hurley H.E., et al. (1993), *Managed Care in Medicaid: Lessons for Policy and Program Design*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 83-95, 178-180, 197-199.
- Jordan W.J. (2001), An early view of the impact of deregulation and managed care on hospital profitability and net worth. *J Health Manag.*, May-June 46(3), 161-171, discussion 171-172.
- Kemper P., Reschovsky J.D., Tu H.T. (1999), Do HMOs make a difference? Summary and implications, *Inquiry*. 1999-00 Winter, 36(4), 419-425.
- Kemper P., Tu H.T., Reschovsky J.D., Schaefer E. (2002), Insurance product design and its effects: trade-offs along the managed care continuum, *Inquiry*, Summer, 39(2), 101-117.
- Kerr E.A., Mittman B.S., Hays R.D., Siu A.L., Leake B. (1995), Brook RII. *Managed Care* and capitation in California, how do physicians at financial risk control their own utilization? *Ann. Intern. Med.*, 123:7, 500-504.
- Kirby J.B., Machlin S.R., Cohen J.W. (2003), Has the increase in HMO enrollment within the Medicaid population changed the pattern of health service use and expenditures? *Med. Care*. July 41(7 Suppl.), III24-III34.
- Kupferman G. (1994-1999), A History of HMO organization and Enrollment Activity in New York State, *Healthcare Association of New York State*.
- Lambert D.C. (2000), *Les systèmes de Santé, Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels*, Éditions du Seuil.
- Lee S., Cowie S., Slobodian P. (1999), Payment by salary or fee-for-service. Effect on health care resource use in the last year of life, *Can. Fam. Physician*. Sept. 45, 2091-2096.
- Lehrman S., Shore K.K. (1998), Hospitals' Vertical Integration into Skilled Nursing: A Rational Approach to Controlling Transaction Costs. *Inquiry*, 35, 303-314.

- Leibowitz L.G., Buchanan J.L., Mann J.A. (2000), Randomized trial to evaluate the effectiveness of a Medicaid HMO, *Journal of Health Economics*, 11, 235-257.
- Lillie-Blanton M., Lyons B. (1998), *Managed Care* and low income populations: recent state experiences, *Health Aff.*, May 17(3), 238-247.
- Magid D.J., Koepsell T.D., Every N.R., Martin J.S., Siscovick D.S., Wagner E.H., Weaver W.D. (1997), Absence of association between insurance copayments and delays in seeking emergency care among patients with myocardial infarction, *N. Engl. J. Med.*, Jun. 12, 336 (34):1722-1729.
- Majeroni B.A., Cowan T., Osborne J., Graham R.P. (1996), Missed appointments and Medicaid *Managed Care*. *Arch. Fam. Med.*, Oct, 5:9, 507-511.
- Malin J.L., Kahn K., Dulai G., Farmer M.M., Rideout J., Simon L.P., Ganz P.A. (2000). « Organizational systems used by California capitated medical groups and independent practice associations to increase cancer screening », *Cancer*, 88(12), 2824-2831.
- Manheim L.M., Feinglass J. (1994), Hospital cost incentives in a fragmented health care system, *Health Care Manage. Rev.*, Winter 19(1), 56-63.
- Marmot M.G. (1998), « Improvement of Social Environment to Improve Health », *Lancet*, 331, 57-60.
- Mechanic D., Schlesinger M., McAlpine D.D. (1995), Management of Mental Health and Substance Abuse Services: State of the Art and Early Results, *The Milbank Quarterly*, 73(1), 19-55.
- Melnick G.A., Zwanziger J. (1995). State health care expenditures under competition and regulation, 1980 through 1991. *Am. J. Public Health*, Oct., 85:10, 1391-1396.
- Miller R.II., Luft H. (1994), *Managed Care* plan performance since 1980: a literature analysis *JAMA*, 271 (19), 1512-1519.
- Miller R.II., Luft H.S. (1997-2001), Does managed care lead to better or worse quality of care?, *Health Aff.*, Sep.-Oct. 16(5), 7-25.
- Miller R.H., Luft H.S. (2002), HMO plan performance update: an analysis of the literature, 1997-2001, *Health Aff. (Millwood)*, Jul.-Aug. 21(4), 63-86.
- Miller R.H., Luft H.S. (1997-2001), HMO plan performance update: an analysis of the literature, *Health Aff. (Millwood)*, 2002, Jul.-Aug. 21(4), 63-86.
- Nelson L. et al, (1997), « Access to Care in Medicare HMOs, 1996 » *Health Affairs* 16:2, 148-156.
- OMS (2002), Vers l'unité pour la santé : défis et opportunités des partenariats pour le développement de la santé, Bases factuelles et information à l'appui des politiques (2001). Département de Prestation des services de santé, Charles Boelen, Genève.
- Pernegger T.H., Etter J.F., Gaspoz J.M., Raetz M.A., Schaller P.S. (1996), Nouveaux modèles d'assurance maladie et gestion des soins, *Soz Präventivmed*, 41, 47-57.
- Puel H. (2001), Situation de l'éthique économique et sociale, *Économie & humanisme* - numéro 358, 86-90.
- Randall P. Ellis, Ph.D (2001), Hospital payment in the United States: An overview and discussion of current policy issues. Paper prepared for Colloque

- International. "La tarification à la pathologie: les leçons de l'expérience étrangère", International Conference on "Setting prices for disease: lessons from foreign experience", Paris, France.
- Robinson J.C. (2003), Hospital tiers in health insurance: balancing consumer choice with financial incentives, *Health Aff. (Millwood)*, Jan.-Jun. Suppl. W3-135-146.
- Rollins J., Lee K., Xu Y., Ozcan Y.A. (2001), Longitudinal study of health maintenance organization efficiency, *Health Serv. Manage. Res.*, Nov. 14(4), 249-262.
- Rosko M.D. (2001), Cost efficiency of US hospitals: a stochastic frontier approach, *Health Econ.*, Sept. 10(6), 539-551.
- Scenker R.E., Shaughnessy P.W., Hittle D.F. (1995), Patient level cost of home health care under capitated and Fee for Service payment, *Inquiry*, Fall 32:3, 252-270.
- Selby J.V., Fireman B.H., Swain B.E. (1996), Effect of a copayment on use of the emergency department in a health maintenance organization, *N. Engl. J. Med.*, Mar., 334:10, 635-641.
- Selby J.V., Fireman B.H., Swain E. (1996), Effect of a copayment on use of the emergency department in a HMO, *N. Engl. J. Med.*, Mar. 334:10, 635-641.
- Shahian D.M., Yip W., Westcott G., Jacobson J. (2000), Selection of a cardiac surgery provider in the managed care era, *Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 120(5), 978-987.
- Spetz J., Baker L. (1999), Has *Managed Care* Affected the Availability of Medical Technology?, Public Policy Institute of California, San Francisco, CA.
- Stano M. (1997), HMOs and the efficiency of healthcare delivery, *American Journal of Managed Care*, (4), 607-613.
- Sullivan K. (2001), On the "efficiency" of managed care plans, *International Journal of Health Services*, 31(1), 55-65.
- Swan J.H., Harrington C., Clemens W., Pickard R.B., Studer L. (2000), deWit S.K. Medicaid nursing facility reimbursement methods: 1979-1997, *Med. Care Res. Rev.*, Sep. 57(3), 361-78.
- Uhrig J.D., Short P.F. (2002-2003), Testing the effect of quality reports on the health plan choices of Medicare beneficiaries, *Inquiry*, Winter 39(4), 355-371.
- Van Horn R.L., Burns L.R., Wholey D.R. (1997), The impact of physician involvement in *Managed Care* on efficient use in hospital resources, *Medical Care*, 35(9), 873-889.
- Ware J.E., Bayliss M.S., Rogers W.H., Kosinski M., Tarlov A.R. (1996), Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee for service systems, Results from the Medical Outcomes Study, *JAMA*, 276 (13), 1039-1047.
- Welch W.P., Wade M. The relative cost of Medicaid enrollees and the commercially insured in HMOs, *Health Aff.* 1995 Sum., 14:2, 212-223.
- Williams D.R., O'Connor S.J., Shewchuk R.M. (2003), Upstream or downstream. Determinants of consumer willingness to recommend an HMO, *J. Ambul. Care Manage.*, Apr.-June, 26(2), 175-180.

- Williamson O.E. (1967), « Hierarchical control and optimum firm size », *Journal of political economy*, n° 75.
- Williamson O.E. (1985), « The economic institutions of capitalism », The Free Press; traduction française : (1994) « Les institutions de l'économie », InterEditions.
- Williamson O.E., Oliver E. (1986), « Vertical integration and related variations on a transaction-cost economics theme » in « New developments in the analysis of market structure » édité par J.E. Stiglitz, Mathewson G.F. pour « The international economic association », McMillan Press.
- Womeodu R.J., Graney M.J., Gibson D.V., Bailey J.E. (2003), Diabetic patient experiences in a Medicaid managed care system. *Tenn. Med.*, Oct. 96(10), 465-469.

Notes

1. Voir le numéro spécial de Health Affairs. The Clinton Plan in 1994, Volume 13:1. Printemps I.
2. Alain Einthoven (professeur à l'Université de Stanford), Paul Ellwood (ancien conseiller du président Nixon) et Lynn Etheridge (Office of Management and Budget) débutèrent une série de réunions informelles avec les principaux analystes de la santé (dont les organismes de *Managed Care* qui en assuraient aussi le financement, ...) dans la maison d'Ellwood à Jackson Hole (Wyoming).
3. Ceux qui consacrent la part la plus importante importante de leur PIB à la santé.
4. Source : Interstudy Publications; William M. Mercer. National Survey of Employers-sponsored Health Plans. Consumer Price Index 1995.
5. Source : Cabinet Weiss (Floride).
6. Représentant 96 % des assurés sous régime HMO.
7. InterStudy (1996). *The InterStudy Competitive Edge: Part II – Industry Report*, St. Paul, MN: InterStudy Publications. Volume 6.2.
8. Irving Levin Associates Inc., *The Health Care M&A Year in Review*, Cinquième Edition, Mars 1999.
9. Medicare Program Information. Center for Medicare & Medicaid Services. Éditions de Juin 2002. Section III.D. Page 4.
10. C'est au contraire sur les séjours de longue durée qu'il se rémunère.
11. Source : Alpha Center's (Washington, DC) Health Care Delivery and Financing Terms; United HealthCare Corporation's (Minnetonka, MN)–Glossary of Terms.