

La satisfaction des patients américains sous le régime « *Managed Care* »

Daniel Simonet

Volume 71, numéro 3, 2003

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1092695ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1092695ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Faculté des sciences de l'administration, Université Laval

ISSN

1705-7299 (imprimé)

2371-4913 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Simonet, D. (2003). La satisfaction des patients américains sous le régime « *Managed Care* ». *Assurances et gestion des risques / Insurance and Risk Management*, 71(3), 407–434. <https://doi.org/10.7202/1092695ar>

Résumé de l'article

Aux États-Unis, les « *Health Maintenance Organizations* » (HMO) se sont engagées à maîtriser la croissance des coûts de la santé. De nombreuses anecdotes ont souligné les incertitudes sur la qualité des soins sous ce régime et les restrictions que les HMO ont imposées, en particulier dans l'accès aux soins. À cela se sont ajoutées des inquiétudes sur la satisfaction des patients. Celle-ci s'est-elle dégradée sous le régime HMO ? Sur ce sujet, de nombreuses études comparent la satisfaction des patients sous régime HMO à celle des patients restés dans le système traditionnel avec paiement à l'acte (régime « *Fee-For-Service* » ou FFS). Elles concernent également les patients vulnérables, comme les personnes âgées et démunies, illustrant à quel point la mesure de la qualité reste une tâche difficile.

La satisfaction des patients américains sous le régime « Managed Care »

par Daniel Simonet

RÉSUMÉ

Aux États-Unis, les « *Health Maintenance Organizations* » (HMO) se sont engagées à maîtriser la croissance des coûts de la santé. De nombreuses anecdotes ont souligné les incertitudes sur la qualité des soins sous ce régime et les restrictions que les HMO ont imposées, en particulier dans l'accès aux soins. À cela se sont ajoutées des inquiétudes sur la satisfaction des patients. Celle-ci s'est-elle dégradée sous le régime HMO? Sur ce sujet, de nombreuses études comparent la satisfaction des patients sous régime HMO à celle des patients restés dans le système traditionnel avec paiement à l'acte (régime « *Fee-For-Service* » ou FFS). Elles concernent également les patients vulnérables, comme les personnes âgées et démunies, illustrant à quel point la mesure de la qualité reste une tâche difficile.

Mots clés : Managed Care, HMO, patients, satisfaction, assurance.

ABSTRACT

In the United States, « *Health Maintenance Organizations* » (HMO) undertook to master the growth of the costs of the health. Numerous patients complained about the quality of the care under this regime and about limitations that HMO imposed on them, in particular in access to care. To the quality care issues under this regime added the anxieties concerning patients' satisfaction. Has the former degraded under the regime HMO? On this subject, numerous studies compare the satisfaction of the patients under the regime HMO to that of the patients in the traditional system with « *Fee-For-Service payment* » (FFS). They also concern the vulnerable patients, such as the old or deprived persons, illustrating how difficult it is to measure of quality.

Keywords: Managed Care, HMO, patients, satisfaction, insurance.

L'auteur :

Daniel Simonet est professeur assistant au Nanyang Business School à Nanyang Technological University à Singapore.

■ LA SATISFACTION EN SANTÉ : DES DÉFINITIONS MULTIPLES

La satisfaction du patient, qui est aussi un consommateur, est devenue un enjeu de la santé. En effet, elle est un indicateur de la qualité des soins. Aux États-Unis, après les travaux de Donabedian (1988) sur la qualité, les années 1990 ont connu des efforts multiples afin de mesurer la qualité (processus et résultats) des services de soins par coût unitaire. Ces efforts ont été plus particulièrement menés par le *National Committee for Quality Assurance (NCQA)*, un organisme à but non lucratif qui fournit de l'information aux consommateurs de soins sous le régime *Managed Care*, et le *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* qui évalue et accrédite une gamme de prestataires : centres de soins intensifs, centres de soins aigus, soins en ambulatoire, maisons de soins infirmiers, laboratoires d'analyses médicales, centres de soins à long terme. À celles-ci, se sont ajoutées d'autres agences comme l'*American Accreditation HealthCare Commission Satisfaction (AAHPS)*, l'*American Medical Association (AMA)*... Dans d'autres pays enfin, les gouvernements ont donné, à la mesure de la qualité, un caractère obligatoire. En France, déjà, la loi hospitalière du 31 juillet 1991 mentionnait le principe de l'évaluation médicale, comme le souligna l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 réformant l'hospitalisation publique et privée (Art. L. 710-1-1) :

« Tout établissement de santé doit procéder à une évaluation régulière de la satisfaction des patients ». De plus, « afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation » (Art. L. 710-5).

L'étude de la satisfaction suppose l'évaluation des principaux aspects des prestations reçues (Pascoe, G., 1983) : dans le cas général, les critères incluent les aspects techniques (type de soins, quantité, caractère approprié et utilité) (Larsen, D.L., 1979), la disponibilité et la commodité (transport, temps d'attente, facilité dans la prise de rendez-vous), l'organisation et la coordination des interventions mais aussi les « attentes d'estime » (image de soi, respect du patient, bienveillance du personnel,...), la participation et le degré de liberté laissé au patient (autonomie) (Elbeck, M., Fecteau, G., 1990) et la qualité de la relation interpersonnelle : communication avec le praticien et le personnel soignant qui vont au-delà des informations technico-médicales. En effet, le patient, en contact avec un univers

hospitalier peu familier, attend des soignants un contact rassurant et de la compassion.

■ DIFFICULTÉS ET LIMITES DE LA MESURE DE LA SATISFACTION

Par rapport à la notion d'efficacité et de sécurité (morbidité...) qui porte sur les aspects techniques des soins, la notion de satisfaction reste subjective et qualitative. De plus, les critères utilisés dans sa mesure connaissent des limites. Compte tenu de la méconnaissance des patients (ignorance vis-à-vis du type de soins nécessaires, de leur opportunité, de la compétence du praticien), comment en effet prendre en compte leurs attentes vis-à-vis de prestations dont ils ont une connaissance éloignée (McIver, S., 1991), d'autant que leur état de santé a pu affaiblir leur capacité de jugement (Godin, P. et al 1987)? En outre, si les patients sont peu informés des moyens thérapeutiques ou des traitements possibles qui s'offrent à eux, leurs attentes peuvent être plus faibles et leur satisfaction augmentée d'autant (Canter, S., 1989). Cela a des conséquences : le patient, ne pouvant juger de la qualité des soins prodigués ou s'interdisant de penser qu'ils ne sont pas de la plus haute qualité, se montrerait plus critique des aspects non techniques des soins (information, nourriture, qualité de la chambre et du sommeil, temps d'attente), critiques qui se déplacent donc du champ technique, l'intervention médicale, limitée dans le temps, à la prise en charge dans son ensemble, qui, elle, s'inscrit dans la durée.

On peut également douter de la pertinence du rôle de consommateur que les enquêtes de satisfaction attribuent au patient : en effet, bien que par ses capacités relationnelles, le praticien puisse attribuer au patient un rôle de décideur, lui redonnant ainsi un caractère souverain, en raison des nombreuses imperfections sur le marché de la santé, qui tiennent en grande partie à la théorie de l'agence (Arrow, K.J., 1963) et à la théorie de la demande induite (Evans, R.G., 1974), (Fuchs, V.R., 1986), la loi de l'offre et la demande ne fonctionne pas pleinement. Alors qu'en France, le patient conserve le libre choix du praticien et de l'hôpital (situé le plus souvent dans les limites de sa zone de résidence), aux États-Unis, la liberté de choix du praticien ou de l'hôpital par les patients a beaucoup diminué sous le régime *Managed Care*, il ne peut pas forcément comparer les alternatives qui s'offrent à lui en raison d'une information insuffisante (prix, qualité des prestations, réputation, confort de l'institution). Enfin,

les résultats des enquêtes diffèrent selon le temps (patients en cours d'hospitalisation ou après leur sortie de l'hôpital), l'habileté à formuler une demande (les patients qui ne parviennent pas à exprimer leurs besoins tendent à être peu satisfaits de la visite) (Bell, R.A. et al, 2001) et l'âge (les patients âgés sont souvent plus satisfaits que les plus jeunes) (Hall, J.A., Dorman, M.C., 1990).

Si ces limites n'interdisent pas la prise en compte de la perception des soins ou de leur vécu par le patient, la construction d'un outil de mesure reste difficile : presque chaque enquête nécessite son propre questionnaire ou un questionnaire modifié (Whitfield, M., Baker, R., 1992). En conséquence, bien qu'il soit possible d'étudier la satisfaction dans son contexte, les comparaisons ne sont pas aisées, aucun outil de mesure (questionnaire notamment) ne s'affirmant par son universalité. Parce que la théorie des attentes définit la satisfaction comme le fossé séparant l'expérience vécue des attentes du patient (Oliver, R.L., 1979), (Staines, A., 1995), les évaluations portent sur l'écart entre deux questionnaires, l'un administré au moment de l'admission, afin de cerner les attentes du patient, l'autre, modelé sur le premier, mesurant la perception des soins à la sortie de l'hôpital (Tomes, A.E., Peng Ng., S.C., 1995). Ainsi, si la qualité est supérieure aux attentes, alors la note attribuée au critère d'évaluation retenu est augmentée d'autant, parfois davantage selon l'importance (ou poids) qui lui est attribuée par rapport aux autres critères.

Cependant, l'information au patient s'améliore, chez les malades chroniques en particulier, aidée par une presse médicale florissante qui s'adresse plus souvent au grand public. Tout comme les sites médicaux Internet, elle participe à la vulgarisation du savoir médical. Dans certains cas même, elle est nécessaire, en particulier lors de l'hospitalisation à domicile, tant auprès du patient (évaluation de son propre état de santé) que de son entourage (prise en charge du patient). Enfin, elle doit être personnalisée.

■ DES ENJEUX DIFFÉRENTS POUR LES ACTEURS DE LA SANTÉ

Pour les différents acteurs de la santé (assureurs, praticiens), la notion de satisfaction du patient répond à des enjeux différents. En effet, pour l'assureur, la fidélisation d'un portefeuille de patients existant est moins onéreuse que la conquête de nouveaux assurés (comme il n'est pas nécessaire de constituer plusieurs dossiers médicaux, les coûts administratifs sont réduits d'autant). À titre d'illus-

tration, le recrutement d'un nouvel adhérent revient de 75 \$ à 200 \$ (de 400 \$ à 800 \$ pour un assuré *Medicare*) (Wood, S.D., 1999). De plus, comme les patients satisfaits sont disposés à payer une prime plus élevée, les profits sont plus importants. En effet, comme le souligne l'*American Medical Association*, la majorité des Américains est aussi prête à verser une prime plus élevée pour recevoir des soins immédiats auprès du médecin ou de l'hôpital de leur choix¹.

En revanche, du point de vue des praticiens, les réactions sont plus mitigées. Selon certains, les patients satisfaits sont en meilleure santé : ils se soignent mieux (Khayat, K., Salter, B., 1994), bénéficient d'une prise en charge plus régulière (Shortell, S.M., 1977), sont plus enclins à consulter le même prestataire ou praticien (Abramowitz, S., 1987) et à suivre un traitement conforme aux recommandations (Coyne, L. et al, 1990). Un niveau minimal de satisfaction serait même nécessaire avant le début du traitement (Lebow, J., 1982). Peut-être la satisfaction agit-elle aussi comme un effet placebo? Pour d'autres, en revanche, les enquêtes de satisfaction peuvent susciter des exigences irréalistes de la part du patient. Leur impopularité est liée au fait qu'elles peuvent parfois souligner les lacunes d'un service tout en n'offrant pas de solution immédiate et remettre en question les valeurs du système de santé, où les praticiens sont traditionnellement évalués par leurs pairs plutôt que par le grand public. Enfin, elles peuvent générer un stress, préjudiciable à la qualité des soins (Rout, U. et al, 1993).

Mais comme les moyens sont limités et confrontés à des fins concurrentes (lors de leur allocation, la santé est en concurrence avec d'autres fins comme l'éducation, la recherche et la justice qui, parce qu'elles répondent aussi à des besoins publics, sont tout aussi légitimes), les réflexions sur la qualité sont nécessaires, un problème abordé de plus en plus souvent en terme d'efficience (le service attendu doit être rendu pour un coût minimum, ce qui doit permettre de dégager des ressources pour les autres biens collectifs). Ce faisant, ces dernières années, en raison du coût croissant des technologies et d'un accroissement des besoins (vieillesse des populations, nouvelles pathologies propres aux sociétés modernes), loin d'adopter le point de vue du patient qui privilégie l'efficacité, définie comme la capacité à atteindre un objectif quel qu'en soit le coût, les autorités de tutelle, responsables du financement, ont davantage orienté le débat en faveur de l'efficience : les « premières médicales » et autres traitements expérimentaux retiennent aujourd'hui moins souvent l'attention des autorités et des médias que les dispositifs à caractères généraux (réseaux de soins, accent mis sur la prévention...).

■ LE MANAGED CARE : APERÇU HISTORIQUE

Avec le *Social Security Act* de 1965, les programmes *Medicare* (patients âgés) et *Medicaid* (personnes démunies) ont étendu la couverture médicale à de nombreux assurés et les questions de coût et d'accès aux soins des personnes démunies et des minorités sont devenues centrales. Au début des années 1970, des politiciens, relayés par des groupes de pression, se sont prononcés en faveur d'une réforme du système de santé national. Dès 1971, Nixon annonça la création des organismes de santé de type HMO, qui obtinrent un statut officiel avec le vote au congrès de l'*HMO Act* (1973). Afin d'encourager la création des HMO, des subventions et des prêts garantis leur étaient accordés ainsi qu'une accréditation fédérale (« *qualification* »). Au niveau des États, les lois qui interdisaient les cabinets de groupe avec soins prépayés sont devenues caduques et les entreprises de plus de vingt-cinq personnes devaient offrir à leurs salariés une couverture HMO en plus d'une assurance traditionnelle (Redin, S., 1989). Pour les organismes de *Managed Care* (HMO mais aussi « *Preferred Provider Organization* » (PPO)), la voie était alors ouverte. Ceux-ci connurent un essor, d'abord lent dans les années 1970 et 1980 (il n'y avait que 30 HMO en 1970), puis plus rapide dans les années 1990, lorsque les employeurs ont été plus nombreux à les considérer comme un moyen d'offrir des soins complets et peu onéreux à leurs employés. En 1997, les HMO offraient leurs services à 87,3 millions de personnes contre 77,3 millions en 1996, 50 millions en 1994 et 37,5 millions en 1990. Dans les années 1990, le gouvernement fédéral s'est également tourné vers les HMO pour administrer les programmes *Medicaid* et *Medicare* : en 1996, 11 % des patients *Medicare* (patients âgés) et 40,3 % des patients *Medicaid* (personnes démunies) étaient sous le régime *Managed Care*, les plans *Medicaid-Managed Care* devenant même obligatoires dans certains États².

Le mode de fonctionnement des organismes de *Managed Care* est particulier : en premier lieu, ils exigent du patient qu'il choisisse un prestataire de soins primaires (« *Primary Care Provider* ») parmi une liste d'offreurs constituant son réseau. En second lieu, si le patient souhaite consulter un spécialiste affilié, comme le généraliste, à la HMO, l'accord préalable du médecin référent (également appelé médecin « régulateur ») est requis, un système certes moins flexible que le régime du paiement à l'acte (« *Fee-For-Service* » ou FFS) mais avantageux sur le plan financier, les dépenses (copaiement, franchise) étant plus faibles si le patient reçoit des soins au sein du réseau (les honoraires, définis par avance, varient entre 5 \$ et 25 \$ par consultation). Par ailleurs, aucun formulaire de demande de remboursement ne doit être rempli. Cependant, si le patient souhaite

consulter un prestataire extérieur au réseau, il doit lui-même prendre en charge tout ou partie du coût de la consultation.

Le *Managed Care* a offert une solution partielle à la prise en charge de la couverture médicale, les assurés HMO étant essentiellement les employés des grandes entreprises. De plus, les phénomènes d'exclusion n'ont pas disparu (selon le bureau du recensement fédéral, 42,1 millions d'Américains, soit 14,6 % de la population, n'avaient pas d'assurance maladie en 2001, soit 1,4 million de plus qu'en 2000), des lacunes qui ont amené les États à intervenir progressivement en proposant, par exemple, une prise en charge publique moyennant le versement d'une somme modique. À New York, en particulier, le programme Healthy NY aide les petites et moyennes entreprises à offrir une assurance maladie à leurs employés et à leur famille et aux individus dont la santé n'est pas prise en charge par l'employeur (ce qui se produit lorsque l'employé est son propre patron). Pour bénéficier de cette couverture, le revenu total ne doit pas excéder certaines limites (par exemple 250 % du seuil de pauvreté, mais cette limite dépend aussi du revenu et de la taille du ménage). Le même régime prévaut pour les enfants (régime « *Child Health Plus* ») et les patients démunis non couverts par le régime *Medicaid* (régime « *Family Health Plus* »). Cependant, toutes les HMO new-yorkaises ne sont pas tenues d'y participer.

■ LA SATISFACTION DES ASSURÉS : UN BILAN MITIGÉ

Le régime *Managed Care* a mis l'accent sur la mesure de la qualité des prestataires (hôpitaux, assureurs) et de la satisfaction vis-à-vis des soins. Plus souvent diffusées auprès du public, ces enquêtes visent à informer les consommateurs des risques associés à certains prestataires et HMO, un effort de transparence qui contribue aussi à améliorer le fonctionnement des marchés. Parmi les critères retenus, figurent en premier lieu les services : qualité des soins, disponibilité d'un praticien (parfois une infirmière), accès au spécialiste, charge administrative (accord préalable avant la consultation chez le spécialiste, formulaires de demande de remboursement), coûts, service clients, par téléphone notamment (efficacité, temps d'attente, capacité à répondre aux demandes du patient,...), que l'assuré soit malade (malades chroniques, diabétiques en particulier ou toute autre personne nécessitant des soins répétés, consultations en psychiatrie par exemple) ou non. Par ailleurs, les évaluations portent

aussi sur les prestataires : communication (explication, implication du patient dans le traitement), temps passé avec le patient, courtoisie et attention du personnel médical et enfin, le suivi et la prévention : vaccination, soins pré/postnataux, détection précoce des cancers, ...

Alors que le *Managed Care* connut un développement soutenu, plusieurs études (Lake, I., 1999-2000) ont rapporté que la satisfaction des patients, sous régime HMO, est plus faible (Reschovsky, J.D. et al, 2000) : par rapport aux patients FFS, ils avaient moins confiance en leur médecin et étaient plus critiques de la liberté de choix du praticien, généraliste ou spécialiste. Sous le régime HMO, l'assignation à un médecin référent, les restrictions dans l'accès au spécialiste (obligation d'obtenir l'accord du « référent » avant de recevoir des soins de spécialité), l'absence de prise en charge des soins donnés par un prestataire qui ne fait pas partie du réseau de la HMO, étaient sources de mécontentement. En effet, l'assuré, à qui un médecin traitant est imposé, perd son caractère « *souverain* » : face à une HMO mieux informée de la qualité des prestations et des coûts associés, il n'est plus le meilleur juge des soins qui s'offrent à lui, de l'usage qui est fait de ses ressources financières (prime d'assurance, mais aussi franchise ou participation aux frais médicaux). Pouvait-il d'ailleurs en être autrement? Face à la complexité croissante du savoir médical qui accroît les asymétries informationnelles existant entre le praticien et son patient, ce dernier peut plus difficilement faire des choix rationnels, c'est-à-dire examiner les avantages et les risques associés à ses décisions.

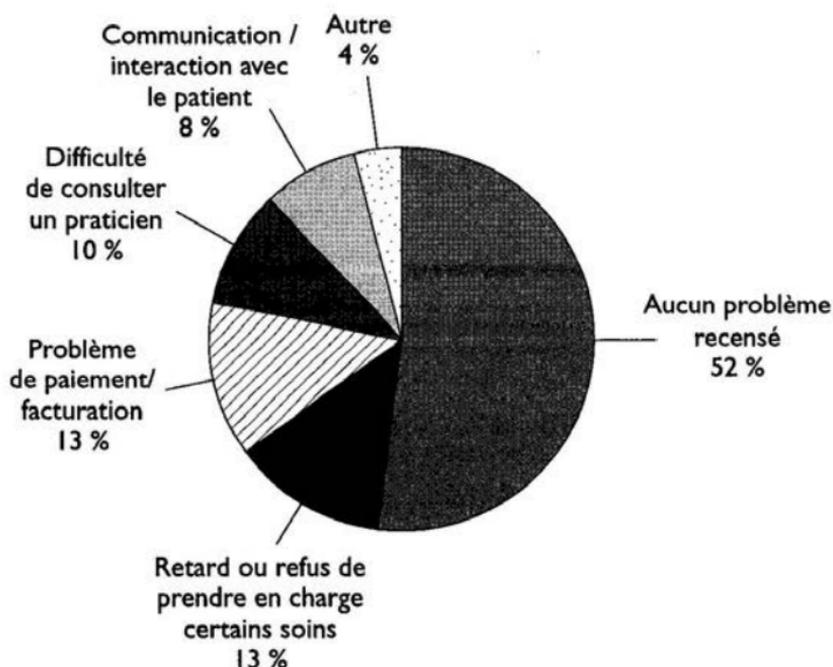
La liberté de choix de l'assureur, mais aussi du praticien, joue donc un rôle déterminant dans la satisfaction (Davis, K., 1995). L'obligation de choisir un assureur *Managed Care* parmi un nombre restreint de prestataires (lorsque l'employeur ne choisit tout simplement pas un assureur pour ses employés) suscite chez l'assuré un mécontentement plus fort que les frustrations rencontrées une fois ce régime intégré. De même, l'obligation de délaisser un médecin de famille que le patient, par définition, connaît bien au profit de celui de l'organisme de *Managed Care*³ est une source de mécontentement (Flocke, S.A. et al, 1997), (Allen, H.M. et al, 1994)⁴. Le praticien de première instance, assigné d'office au patient, est en effet peu populaire⁵, le patient préférant consulter le praticien de son choix (Rubin, H.R. et al, 1993), (Schmittiel, J., 1997) et disposer d'un libre accès aux soins, y compris aux soins d'urgences, sans autorisation préalable du premier (Chan, T.C. et al, 1997). Ces résultats se retrouvent en Europe : dans une enquête (Perneger, T.V. et al, 1996) (1 027 patients) consacrée au médecin référent, la satisfaction des patients était la plus élevée chez ceux qui consultaient le médecin

du cabinet de médecine de groupe. Venaient ensuite les patients du centre universitaire, puis ceux du spécialiste de l'organisme de *Managed Care* et enfin ceux vus par un médecin référent. Cet aspect est désormais pris en compte par les HMO : certaines ont adopté un modèle organisationnel particulier, le « *Point of Service* » (POS) qui, tout en proposant un médecin référent, permet de consulter le spécialiste de son choix moyennant le paiement d'une franchise plus élevée. Et bien que les assurés recourent rarement à cette option (93 à 96 % d'entre eux ne l'ont pas utilisé), la satisfaction de ceux qui en ont bénéficié augmenta sensiblement (Forrest, C.B. et al, 2001). Des formes moins restrictives de prises en charge de l'assuré se sont aussi développées. Dans ce cas alors, un médecin référent n'est plus assigné de facto à un patient. Les HMO du type IPA⁶ plus populaires que les HMO du type *Staff Model*⁷ (Rubin, H.R. et al, 1993) en apportent l'illustration : elles sont moins onéreuses que les assureurs FFS et la liberté de choix d'un médecin est plus grande que dans les HMO de type « *Group Model* »⁸ (qui demandent pourtant des primes plus faibles que les IPA). Dans le même ordre d'idée sont apparues les options du type « *Open Access* » qui autorisent le libre accès au spécialiste (Gamble, J.E. et al, 2000). D'autres organismes de *Managed Care* proposent de choisir un praticien parmi des listes plus ou moins étendues. Chacun peut alors opter pour un praticien en fonction de ses propres critères : la proximité du cabinet médical pour les uns, la réputation du praticien pour les autres ...

Plus généralement, pour le grand public, qualité et accès aux soins sont étroitement liés : le patient considère que toute restriction (refus de couvrir certains soins, prise en charge partielle, refus de renvoyer un patient vers un spécialiste, révision d'un acte ou d'une ordonnance, ...) (Figure 1) porte atteinte à la qualité des soins. Les barrières dans l'obtention des soins (Donelan, K. et al, 1996) (que mesure, entre autres, le temps d'attente), la difficulté à obtenir de l'information, à entrer en contact avec l'assureur (par téléphone ou par tout autre moyen) (Rubin, H.R. et al, 1993) diminuent sensiblement la satisfaction des patients HMO par rapport aux patients FFS. Or, un accès sans entrave aux soins ne signifie pas des soins de meilleure qualité. C'est l'usage optimal des moyens médicaux, non leur utilisation intensive, qui parvient à ce but : comme le soulignent Miller et Luft (1997), la qualité des soins des HMO est comparable à celle du régime FFS, à l'exception des soins aux personnes vulnérables (personnes âgées, démunies, souffrant de maladies chroniques). Les primes demandées à l'assuré, plus faibles sous le régime HMO, ont leur contrepartie : des barrières, non financières cette fois, visant à restreindre l'accès au spécialiste. La décision d'intégrer un organisme de *Managed Care* ou de rester dans le régime FFS doit

intégrer certaines contraintes : choix plus restreint de prestataires et opacité de l'information dans le premier régime, primes ou franchises plus élevées et gestion plus bureaucratique des dossiers médicaux dans le second en contrepartie d'un choix plus vaste de prestataires (Allen, H.M. et al, 1994). Du fait de cet éventail de choix plus large, à primes égales, les 2/3 des individus préféraient la couverture FFS avec libre choix du prestataire à celle de l'organisme de *Managed Care* (Davis, K. et al, 1995).

FIGURE I
NATURE DES PROBLÈMES AFFECTANT LES PATIENTS
ET LEUR ASSUREUR MANAGED CARE



Source : The Kaiser Family Foundation/Harvard School of Public Health. National Survey on Consumer Experience With an Attitude Toward Health Plans, août 2001.

En parallèle, d'autres facteurs, qui ne sont pas liés à l'acte médical lui-même, expliquent en partie le mécontentement des assurés HMO (Reschovsky, J.D. et al, 2000) : l'inexpérience des patients à « naviguer » dans ce régime, qui inquiète aussi par sa nouveauté, et les critiques (portant sur les obstacles à la prescription de certains tests onéreux et procédures sophistiquées et le renvoi du patient vers le spécialiste ...) dont les médecins font ouvertement part à leurs patients, alimentent le mécontentement. À cela s'ajoute le rôle des médias qui

reprennent les cas où des HMO ont refusé la prise en charge de certains soins aux patients (transplantation, tests, ...). Ils ont suscité de fortes inquiétudes chez les assurés. Or, comme le montre Reschovsky (2000), ces cas ne sont pas plus nombreux chez les patients HMO que chez les patients FFS. C'est l'éventualité que des soins puissent être refusés, éventualité aussi inquiétante que rare, qui alimente le mécontentement des assurés (Reschovsky, J.D. et al, 2000).

Le statut influe aussi sur la satisfaction des patients. Les HMO à but non lucratif sont préférées aux HMO à but lucratif (Tu, H.T., Reschovsky, J.D., 2002) : les patients des HMO à but lucratif étaient plus nombreux à se heurter à un refus des soins ou, en raison de barrières organisationnelles ou administratives, à en bénéficier avec retard. Leur participation au financement de ces mêmes soins était également plus importante. En effet, à la différence des HMO à but non lucratif, les profits des HMO à but lucratif ne sont pas réinvestis dans l'achat d'équipements médicaux, mais sont reversés aux actionnaires, plus enclins à réduire les dépenses, phénomène que traduit aussi les restrictions dans l'accès aux soins. La satisfaction du patient s'en ressent. La qualité des soins, également plus faible au sein des HMO à but lucratif (Himmelstein, D.U. et al, 1999), (Garg, P.P. et al, 1999), (Irvin, R.A., 2000) aggrave un peu plus encore le mécontentement.

Enfin, les soins préventifs (management du stress, mesure de la tension, du taux de cholestérol et de sucre dans le sang pour les diabétiques), sont généralement mieux notés sous le régime HMO (Reschovsky, J.D., Kemper, P. et al, 1999-2000), (Davis, K. et al, 1995). C'est un facteur important de la satisfaction que les HMO ont très tôt mis en avant pour attirer de nouveaux assurés : en Californie, les assurés HMO bénéficiant de mammographies, de vaccins (grippe, tétanos), de certaines prestations préventives (exercice physique, tabagisme) se montraient beaucoup plus satisfaits que ceux qui n'en bénéficiaient pas (Weingarten, S.R. et al, 1995). Cependant cette différenciation, source d'avantage compétitif pour les HMO, reste fragile : en effet, d'une part, les assureurs traditionnels de type FFS peuvent également la proposer à leurs assurés; d'autre part, le patient peut délaisser son assureur, à la faveur d'un changement d'employeur, ou s'il est assuré lui-même, à son initiative, dès lors qu'une offre plus intéressante est formulée par un autre assureur. La prévention, dont les effets sont visibles à long terme, perd alors de son attrait. Par exemple, puisque la fidélité de l'assuré est faible, les HMO ne sont pas incitées à prescrire des médicaments onéreux mais dont les bénéfices ne se font sentir qu'à très long terme (Stano, 1997) : bien que les statines soient indiquées dans la prévention des

syndromes coronariens aigus (diminution du taux de cholestérol), plusieurs années sont nécessaires pour enregistrer une baisse significative des hospitalisations et donc des coûts associés. Dès que l'assuré est enclin à résilier le contrat avec son prestataire, la portée des efforts de prévention se trouve ainsi sensiblement diminuée.

Ajoutons que la satisfaction sous régime *Managed Care* dépend de facteurs exogènes, indépendants des règles de fonctionnement inhérentes à ce régime. Ainsi, le niveau socioéconomique influe sur la satisfaction : les patients HMO dont les revenus excédaient 100 000 \$ avaient 1,65 fois plus de chance de se déclarer mécontents que ceux dont les revenus étaient inférieurs à 25 000 \$. De même, ceux qui avaient été à l'université avaient 2,53 fois plus de chances de ne pas être satisfaits que ceux qui avaient quitté le lycée précocement (Carlson, M.J. et al, 2000). Parmi les autres facteurs indépendants des caractéristiques de l'assuré, citons la maturité du *Managed Care*. En 1996, le cabinet Sachs (Evanston, Il)⁹ étudia 9 000 assurés affiliés à 200 organismes de *Managed Care*, répartis sur 30 marchés, regroupés en trois catégories selon le degré de maturité du *Managed Care* (dans les marchés dits « matures » par exemple, plus de 60 % des individus étaient sous régime HMO) et, selon ses conclusions, les organismes de *Managed Care* des marchés en croissance ou en développement étaient populaires : parce que la compétition par les prix était plus faible, les HMO n'avaient pas encore développé de mécanismes de contrôle et de rationnement des soins aussi stricts que ceux en vigueur dans les marchés à maturité. D'autres enquêtes confirment ces disparités : ainsi les habitants de Boston étaient plus satisfaits de l'organisme de *Managed Care* que ceux du Sud de la Floride¹⁰ : plus de 70 % étaient très satisfaits des soins de spécialité et de la prise en charge des dépenses médicamenteuses. En revanche, 10 % ne recommanderaient pas leur assureur à un tiers. Quels enseignements en tirer? Si ces écarts doivent aussi permettre de ne retenir que les meilleures pratiques médicales en vigueur au sein de certaines HMO, pour d'autres en revanche, ils annoncent une dégradation sensible de la satisfaction des assurés au fur et à mesure de l'extension du *Managed Care* à l'ensemble du territoire américain.

■ PATIENTS VULNÉRABLES, SATISFACTION ET MANAGED CARE

Pour autant, du point de vue de la satisfaction, le régime *Managed Care* ne semble pas affecter uniformément toutes les caté-

gories de patients. En effet, par rapport aux patients en bonne santé ou à revenus élevés, les personnes à revenus faibles rencontraient davantage de difficultés pour obtenir des soins et leur satisfaction était plus faible (Lillie-Blanton, M., Lyons, B., 1998), (Davis K. et al, 1995). Par ailleurs, chez les patients démunis *Managed Care*, les possibilités de choix d'un assureur étaient plus limitées : il leur était moins souvent proposé une couverture avec paiement à la prestation, proche du régime FFS, qu'aux patients à revenus élevés (Davis, K. et al, 1995). La prise en charge des patients « vulnérables » par les assureurs *Managed Care*, plus habitués à gérer une population aisée et généralement en meilleure santé, ne semble pas non plus adéquate : les patients chroniques, âgés et à revenus faibles (Miller & Luft, 1997), (Ware et al, 1996) ou sévèrement atteints (Mechanic et al, 1995) se portaient moins bien après leur intégration au régime HMO. En effet, les assurés à la santé fragile (malades chroniques) et les personnes démunies, plus souvent en mauvaise santé que la population générale, ont besoin davantage d'attention. Or l'accès aux soins est plus difficile sous ce régime. Par ailleurs, avec l'adoption d'un médecin référent, les HMO ont mis l'accent sur les soins primaires. Or les généralistes n'ont pas l'expertise nécessaire au traitement de problèmes de santé complexes et chroniques. De plus, comparés aux autres personnes, les patients vulnérables, souvent moins instruits, sont probablement moins habiles à « naviguer » dans le système *Managed Care*, à exprimer leurs besoins de santé, ... Facteur aggravant, ils manquent plus souvent des consultations, n'observent pas toujours scrupuleusement leur traitement. À cela s'ajoutent des difficultés linguistiques pour les minorités ethniques, un lieu de résidence parfois éloigné des centres de soins, certains patients ne disposant pas d'un véhicule.

En réponse, les assureurs *Managed Care* devraient adapter leurs prestations et services en offrant entre autres un réseau plus dispersé de prestataires aux patients qui éprouvent des difficultés à se déplacer, des services bilingues, ... Le temps d'attente, une des mesures des barrières à l'entrée dans la prestation des soins, devrait faire l'objet d'un suivi dans le cadre d'un programme d'assurance qualité et, afin d'apporter une prise en charge dans un délai raisonnable, le nombre de prestataires devrait augmenter. Des protocoles, portant en particulier sur la prestation de soins d'urgence, devraient être élaborés et leur observance par les assureurs encadrée par la législation. La qualité des soins et la satisfaction devraient alors s'améliorer. Par ailleurs, des formations devraient aider les patients vulnérables à prendre des décisions éclairées, décisions portant sur le choix d'un assureur, les types de soins qu'il convient de demander. En effet, à ce jour, les employeurs, les décideurs et les médias ont échoué à infor-

mer le grand public du fonctionnement des organismes de *Managed Care* : de nombreux Américains ignorent les principes fondateurs du *Managed Care* et, plus alarmant, que leur assureur s'inscrit aussi dans cette catégorie, selon une étude réalisée entre août et septembre 1997 par la fondation Kaiser pour la Famille et l'Université d'Harvard, 26 % avaient une connaissance éloignée du *Managed Care*. Les lacunes dans l'information au patient se retrouvent en France (Salomon, I. et al, 1998), un aspect des soins qui obtient d'ailleurs des scores plus faibles (Salomon, L. et al).

Des succès ont été obtenus, preuve qu'il est possible de prendre en charge les populations vulnérables de manière adéquate : une enquête de Sisk, J.E. et al (1996) souligne que les patients *Medicaid Managed Care* consultaient plus souvent le même praticien et obtenaient plus rapidement un rendez-vous que les patients *Medicaid FFS* : en effet, à la condition d'un suivi et de la supervision étroite du programme *Medicaid Managed Care* par l'État, aidé d'autres instances locales, l'accès aux soins peut être facilité sous régime *Managed Care* et la satisfaction améliorée. De même, en Arizona où fut lancé le programme *Health Care Cost Containment System (AHCCCS)*, qui supervise la prise en charge des patients *Medicaid* par des HMO : le suivi, la transparence et la qualité des informations sont essentiels au succès de ces programmes. Les patients *Medicaid* sont attribués à un organisme de *Managed Care* dans le cadre de contrats de deux ans et, pendant toute sa durée, des informations sont recueillies concernant l'utilisation, les coûts et les résultats en termes de santé du programme chez les assurés *Medicaid*. Celles-ci sont ensuite redistribuées aux soumissionnaires lors des appels d'offre suivants. Pour obtenir ces informations, une meilleure intégration et coordination des prestataires sont nécessaires. Dans d'autres cas (Freund, D.A. et al, 1989) enfin, les patients *Medicaid Managed Care*, bien que plus critiques de ce régime, bénéficiaient, par rapport au régime traditionnel, d'un accès plus rapide et plus facile (temps d'attente, transport) aux soins. En effet, dans le régime *Fee-For-Service*, les assurés *Medicaid* peinent à trouver un praticien qui les accepte en consultation, entre autres, en raison de remboursements trop faibles et des réticences des praticiens eux-mêmes : patients *Medicaid* peu « observants », problèmes de santé complexes (drogues, alcoolisme) ou dépassant le strict cadre médical (problèmes sociaux), peur d'un procès, ... En revanche, en instituant d'office un praticien à l'assuré *Medicaid*, le référent, qui joue alors le rôle de « point d'entrée » unique dans la filière de soins, le *Managed Care* peut améliorer la prise en charge de ces patients et atténuer le nomadisme médical. Les évaluations prometteuses des programmes *Medicaid Managed Care* ont encouragé d'autres États à s'engager sur cette voie avec

succès. Ainsi à New York, comparé au régime *Medicaid* traditionnel, les patients *Medicaid Managed Care* (HMO) étaient plus satisfaits du praticien : choix et qualité des interactions (Sisk, J.E., et al, 1996) mais aussi compassion des docteurs (Tempkin-Greener, H., Winchell, M., 1991). Or, la relation patient-médecin joue un rôle essentiel dans l'évaluation globale des soins (Brody, D.S. et al, 1989), (Lewis, J.R, 1994) et le suivi du traitement (Rosenberg, E.E et al, 1997), (Cameron, C., 1996). De plus, ils bénéficiaient d'un prestataire régulier et d'un temps d'attente réduit. Enfin, l'accès aux soins n'était pas plus difficile sous ce régime (Sisk, J.E., et al, 1996), (Mark, T., Mueller, C., 1996) et les efforts de prévention (détection précoce du cancer chez les patients à revenus faibles) étaient plus intensifs (O'Malley A.S., 2002).

■ PROGRAMMES MEDICARE ET MANAGED CARE

Les États ont délégué aux HMO la gestion de la santé d'un nombre croissant de personnes âgées. En 1999, près de six millions sur 36 millions d'assurés *Medicare* étaient affiliés à 340 *Health Maintenance Organizations* (contre 5 millions en 1997, 3,6 millions en 1995, 3 millions en 1993, 2,2 millions en 1991¹¹), un chiffre qui devrait atteindre 12 millions d'ici 2005^{12,13}. En 1996, 12,5 % des patients *Medicare* étaient couverts par un organisme de *Managed Care* (5,4 % en 1990, 1,5 % en 1983¹⁴). Cependant, d'importants écarts subsistent entre les États (Bazos, D.A., Fisher, E.S., 1999), les programmes *Medicare* et *Managed Care* ayant en priorité investi les zones urbaines : San Bernardino, San Diego, Phoenix et Miami par exemple où plus de 40 % des patients *Medicare* sont sous le régime *Managed Care*.

Pour ces assurés aussi, les résultats des enquêtes de satisfaction ne vont pas uniformément dans un sens défavorable au régime *Managed Care*. Dans certaines études (Frederick/ Schneiders, 1994), (Newcomer, R et al, 1996), la satisfaction des personnes âgées sous régime HMO était comparable à celle des assurés du régime *Medicare* traditionnel : les premiers étaient certes moins satisfaits des possibilités de choix d'un prestataire, mais la qualité des soins (dans ce cas, la qualité perçue, c'est-à-dire, le jugement que porte le patient sur son praticien) était identique. Les coûts étaient aussi jugés plus raisonnables (le montant de la franchise demandée aux assurés HMO était plus faible que dans le régime FFS), ce que confirment d'autres études (Wallace, SP, Enriquez-Haass, V, 2001), (Clement,

DG et al, 1992). En contrepartie, existent d'autres barrières, non financières cette fois : par rapport aux assurés *Medicare FFS*, les patients *Medicare HMO* avaient plus difficilement accès aux soins (Nelson, L et al, 1997), un élément, comme on l'a vu au paragraphe 5, commun à la population générale. Enfin, plus de 93 % des assurés *Medicare HMO* recommanderaient la HMO à la famille ou à un ami (Clement, D.G. et al, 1992). Ce taux, particulièrement élevé, s'est confirmé depuis, à New York (Serio, GV, Novello, AC, 2001), dans des études de Nelson et al (1996,1997) : ainsi, 96 % des patients *Medicare HMO* étaient satisfaits de leur assureur et moins de 3 % seulement l'avaient volontairement quitté, 91 % recommanderaient l'organisme de *Managed Care* à un membre de la famille ou à un ami. Par rapport aux patients FFS, ils étaient aussi plus nombreux à recevoir des soins préventifs (mammographie). Mais cet engouement est fragile : en effet, dès 1998, nombre de HMO ont annoncé qu'elles se sépareraient de dizaines de milliers d'assurés *Medicare* suite au refus de l'administration Clinton d'augmenter le montant des primes et de limiter le choix et le volume des médicaments proposés à leurs adhérents. Pour ces assurés, il ne reste alors plus que deux solutions. Dans le premier cas, ils peuvent retourner dans le système traditionnel avec paiement à l'acte; dans le second, ils peuvent rechercher un autre assureur HMO.

Face à ces incertitudes, des mesures ont été prises en faveur des populations *Medicare Managed Care* : le *Medicare Payment Advisory Commission* (Medpac) recommanda l'égalisation des taux de remboursement entre programme *Managed Care* et programme traditionnel FFS sur certains marchés locaux. Cela devrait également encourager la compétition, donc permettre un contrôle des coûts, et étendre les possibilités de choix offertes à l'assuré, ce qui devrait améliorer la satisfaction. Le *Balanced Budget Act* de 1997 a mis l'accent sur l'offre de soins préventifs (mammographie). La collecte et la diffusion de l'information devraient améliorer la capacité des bénéficiaires du programme *Medicare Managed Care* à prendre des décisions éclairées. Le *Quality Improvement System for Managed Care* (QISMC) exige désormais un suivi formel des soins à travers les programmes *Health Plan Employer Data and Information Set* (HEDIS) et *Consumer Assessment of Health Plans Survey* (CAHPS). Cependant, l'efficacité des outils d'évaluation, sur le modèle des « *report cards* » (programme HEDIS), développés par la *National Committee for Quality Assurance* (NCQA), la compréhension et l'usage qui en est fait par l'assuré, restent incertains (Mukamel, D.B., Mushlin, A.I., 2001) et les patients ne parviennent pas encore à sélectionner objectivement un prestataire de soins. Ainsi, 60 % des 2 000 assurés interrogés par la Fondation Kaiser et l'*Agency for*

Health Care Policy (AHCP) choisissent un prestataire en fonction de l'avis de leur famille plutôt que de celui de l'employeur ou de classements indépendants (O'Malley, J.F., 1997).

■ PROCÉDURES D'APPEL ET INTERVENTIONS FÉDÉRALES

Conséquence du mécontentement des patients, les plaintes à l'encontre des HMO ont augmenté. En effet, jusqu'à présent, la croissance économique jouait en faveur des employés, obligeant les entreprises à offrir une couverture médicale généreuse pour les retenir. Or aujourd'hui, la récession aidant, la santé risque de constituer un centre de coût, plutôt qu'un avantage lié à l'emploi que les employeurs seront tentés de contrôler de manière drastique. Selon Mark Green (« *New York City Public Advocate* »), les plaintes enregistrées à New York ont fait un bond de 219 en 1992 à 1 391 en 1997, même si, compte tenu du volume de la population considérée, les refus de prise en charge d'un traitement médical restent rares. Ainsi, à New York, le ratio des plaintes variait entre 0 pour *Rochester Areas HMO* et 127,1 pour *CIGNA* (le ratio correspondant au nombre de plaintes rapportées à la taille de la HMO mesurée par le montant des primes) (Serio, G.V., Novello, A.C., 2001) avec une moyenne de 0,297. Dans ce cas, les patients peuvent demander une révision des décisions de la HMO auprès d'une commission indépendante, ce qui se produit le plus souvent pour des soins que la HMO considère comme expérimentaux ou non nécessaires. Ce dispositif offre un moyen peu coûteux de résoudre les conflits qui les opposent à leur HMO. Du 1er juillet 1999 au 30 juin 2000, le département des assurances reçut 1 400 demandes en appel (Levin Neil D., Novello Antonia C., 2000). Les décisions des HMO ont été fréquemment modifiées : ainsi, sur un échantillon de 23 HMO représentant 10 908 millions de dollars de primes, les demandes de révisions par une commission indépendante se sont élevées à 449. Dans 40 % des cas en moyenne, la HMO revint sur sa décision, chiffre qui varie amplement d'une HMO à l'autre (de 0 pour *GHI HMO Select*, *Metroplus* et *United Healthcare-Upstate NY* à 86 % pour *MDNY* et 67 % pour *United Healthcare*). À New York également, 19 % des patients en moyenne rencontrent des difficultés pour bénéficier de soins. Des statistiques similaires existent dans d'autres États, dans le New Jersey et le Connecticut, où sont recensés les recours en appel que la procédure interne à la HMO n'a pu résoudre. En 1998, l'État du New Jersey en recensa 69 sur une population de 2,5 millions d'assurés sous le régime *Managed Care*.

De son côté, l'État du Connecticut rapporta 39 procédures similaires (pour un million de patients HMO). De plus, les États peuvent infliger des amendes aux assureurs qui ne remboursent pas les soins dans les 60 jours, puisque ce défaut de paiement peut indirectement inciter les prestataires à refuser des soins aux patients. À titre d'illustration, en 1998, Oxford Health Plans fut condamné à verser 275 000 dollars pour ne pas avoir effectué un remboursement dans les délais requis.

En réponse, les interventions fédérales sont plus nombreuses, en particulier dans l'accès aux soins (urgences, médecine de spécialité) : ainsi, la loi « *Drive Through Delivery* » a obligé 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), ce qui représente plus de 4 millions de journées d'hospitalisation supplémentaires, tandis que le *Balanced Budget Act of 1997* a interdit la « *gag clause* », littéralement « loi du bâillon » qui interdisait au 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 : le *Patient Access to Responsible Care Act* (PARCA – 1997), le *Patient Protection Act* (1998) et le *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 les rémunérer à un tarif équivalent à celui des praticiens de son réseau. Se sont ajoutées d'autres décisions 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.

■ THÉORIE DES BIENS PUBLICS ET DÉSISTEMENTS DES ASSURÉS

Dans l'analyse des HMO, la théorie des biens publics de Tiébout (1956) fournit un cadre de lecture instructif, une approche reprise par Stano dans la revue *American Journal of Managed Care* (1997) : en effet, pour les prestations publiques (routes, parcs, éducation, collecte des déchets), Tiébout considère que les consommateurs optent pour l'un ou l'autre des fournisseurs de ces prestations en « votant avec leurs pieds ». En d'autres termes, les communautés, dont les services publics (qui peuvent être gérés par des opérateurs privés) répondent aux attentes des citoyens, les attirent en plus grand

nombre (ces derniers cessent de se déplacer lorsque leurs besoins sont satisfaits) aux dépens des autres communautés, condamnées à se dépeupler (menaces d'« exit ») et à s'appauvrir (perte des ressources liées à la collecte des impôts). Mais, comme dans les marchés concurrentiels où s'échangent des marchandises privées, la compétition entre ces communautés permet l'allocation efficace, quoique non équitable, des ressources et en particulier, la production des biens publics au moindre coût. De plus, à la diversité des préférences entre consommateurs répond une différenciation de l'offre : la variété des biens publics augmente et les prix s'ajustent en fonction des moyens financiers des différentes communautés présentes. Aux États-Unis, ce mécanisme de régulation trouve son expression dans l'éducation par exemple : à un système éducatif public national doté d'une norme commune se sont substitués des systèmes locaux qui offrent des prestations variables en termes de coûts et de qualité. Ainsi lors du choix d'une zone de résidence, les ménages américains comparent les systèmes éducatifs (et les autres prestations à caractère public) qui s'offrent à eux en prenant également en compte l'intensité de la pression fiscale. En conséquence, des populations relativement homogènes (en termes de revenus, de composition – nombre d'enfants, de préférences) tendent à se regrouper dans les zones qui offrent des infrastructures éducatives proches. Ce faisant, elles tentent aussi d'offrir une éducation de qualité à leurs enfants sans pour autant subventionner celle des enfants des familles démunies, qui n'ont pas les moyens de s'installer dans la zone considérée. Cette situation diffère du système éducatif européen où la redistribution des ressources entre couches sociales hétérogènes se traduit par un transfert des ressources en faveur des plus défavorisés. En théorie, cette situation de quasi-marché conduirait à une allocation optimale, mais non nécessairement équitable, des ressources consacrées à l'éducation.

Le secteur de la santé illustre aussi cette approche. Une situation de quasi-marché vise à éliminer certains gâchis (ce qui suppose la responsabilisation croissante de l'assuré, l'essor des assurances privées volontaires, une compétition entre assureurs) sans aboutir à une situation sous-optimale sur un plan social (inégalités croissantes caractéristiques des marchés traditionnels). Les HMO y participent : des normes définissent un panier de soins communs à tous ses membres du point de vue de la qualité (protocoles de traitement), de l'étendue de la couverture et des responsabilités (financière, juridique) de l'assureur. Ces prestations dépendent des fonds disponibles, donc de la capacité de paiement des assurés. Or, le système répondrait aux attentes des assurés confrontés à une multitude d'offres. En effet, puisque les revenus de la HMO doivent couvrir ses

dépenses, une différenciation croissante des prestations en fonction des moyens des assurés apparaît (ainsi, les HMO qui offrent une couverture plus généreuse demanderont des primes plus élevées). Pour autant, la fragmentation du marché n'augmente pas nécessairement : au sein d'une même HMO, des prestations très différenciées sont proposées à l'assuré moyennant le versement des primes variables (accès restrictif ou non au spécialiste, prise en charge plus ou moins « facile » de soins onéreux ou de procédures sophistiquées). À la condition que l'assuré puisse comparer les alternatives qui s'offrent à lui (les prestations des HMO et leurs coûts respectifs), ce système permet l'allocation optimale des ressources. Autre condition nécessaire pour que la théorie fonctionne pleinement, ce dernier doit être capable de changer d'assureur. En réalité, des imperfections existent car les désistements ne constituent pas un garde-fou satisfaisant.

De ce point de vue, le taux de « sortie » est un indicateur imparfait de la satisfaction des assurés vis-à-vis de l'assureur. Par exemple, lorsque les HMO rationnent certains soins de spécialité (Morgan, R.O. et al, 2000) ou lorsque la consommation des services de santé augmente (Morgan, R.O. et al, 1997), les patients sont plus nombreux à retourner dans le régime FFS pour bénéficier de services qu'ils n'ont pu obtenir auprès de l'assureur *Managed Care*. Des écarts importants témoignent aussi des disparités qui opposent les organismes de *Managed Care*. Ainsi, selon *Families USA*, une organisation à but non lucratif de Washington, il oscillait entre 4 % (pour les HMO qui enregistraient les meilleurs résultats) et 54 % (pour les moins populaires d'entre elles), quelquefois davantage, chez les patients *Medicare* HMO¹⁵ en particulier. Cependant, dans l'évaluation des organismes de *Managed Care*, le taux de sortie des assurés est un critère imparfait, différentes études soulignant ses limites : ainsi, chez les malades chroniques, les désistements étaient moins fréquents que ce qui était escompté (Legorreta, A.P. et al, 1999), et même lorsqu'ils étaient souhaités, ils n'étaient pas toujours effectifs, le patient ne pouvant trouver une HMO de substitution. De même, à niveau de mécontentement égal, les patients HMO, les patients chroniques en particulier, étaient moins nombreux que les patients FFS à quitter leur HMO (Schlesinger, M. et al, 1999). En conséquence, les désistements ne peuvent suffire à rééquilibrer le marché en faveur de l'assuré, preuve aussi que la théorie des biens publics s'applique difficilement à la santé. De plus, d'autres facteurs, indépendants des soins, exercent une influence sur les désistements, donc atténuent sa portée, comme l'intensité de la compétition entre assureurs (Newcomer, R. et al, 1996) ou le lieu de résidence des assurés (quartiers aisés ou démunis) (Virnig, B.A. et al, 1998).

■ CONCLUSION

Dans les régimes européens, le marché joue un rôle moindre et les prestataires sont sous le contrôle étroit d'un petit nombre d'organismes ou d'agences d'accréditation qui fixent des standards de qualité à l'échelle du pays. Des formes de rationnement existent et les prestations peuvent ne pas satisfaire les attentes de tous les consommateurs. De plus, le financement de la santé est progressif et les sommes collectées sont redistribuées au profit des plus démunis. Aux États-Unis en revanche, le régime de *Managed Care*, un système de quasi-marché, s'est accompagné de l'apparition d'une grande variété d'offreurs (la variété des prestations en santé augmente et les prix s'ajustent en fonction des moyens financiers des différents groupes de patients) et d'un marketing de la santé doté d'une politique de produit, de prix de communication et de distribution, parfois articulés autour des réseaux de praticiens et de spécialistes hospitaliers. Pourtant, dans ce régime où les choix entre offreurs sont grands, un rééquilibrage s'est opéré : la satisfaction des patients vis-à-vis des aspects financiers s'est accrue au détriment de la liberté de choix des services et des prestataires.

■ GLOSSAIRE

Théorie de la demande induite : théorie selon laquelle le corps médical serait en mesure de favoriser la demande de soins à dessein de se garantir un revenu. Dans le monde entier, en effet, existent des illustrations de cette théorie : en Californie, Fuchs (1978) souligna qu'une augmentation de 3 % du nombre de chirurgiens entraîna une augmentation proportionnelle des opérations et des prix des soins. En Australie, Richardson considéra que, pour une augmentation de 10 % du nombre de spécialistes, une hausse de 7 à 12 % dans la consommation de soins était également observée. Au Canada, Evans, Parish et Sully ont indiqué qu'une augmentation de 5 % du nombre de docteurs augmenterait la demande de 4 %. En Europe cependant, cette théorie connaît des limites. En effet, les prix sont fixés et décidés par l'administration qui, parce qu'elle forme un corps unique, bénéficie d'un pouvoir plus étendu, à la différence des assureurs américains qui agissent d'une façon désorganisée et sont ainsi plus difficiles à contrôler (Lambert, DC, 2000).

Théorie de l'agence : elle renvoie à une situation dans laquelle un individu (le principal) passe par la médiation d'un autre acteur

(dans un contexte d'asymétrie d'information) pour atteindre ses objectifs¹⁶. Le patient, faute d'une formation suffisante en santé, s'en remet à son médecin traitant, mais ne peut juger du caractère approprié des soins, ce qui, conformément à la théorie de la demande induite, peut entraîner une surconsommation de prestations. Autre relation d'agence, celle existant entre payeurs et corps médical : les caisses d'assurances demandent aux praticiens de respecter certaines règles mais peuvent difficilement s'assurer de leur suivi (difficulté à contrôler la pratique quotidienne des médecins).

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

Medicaid : programme fédéral géré par les États eux-mêmes et qui concerne essentiellement les personnes défavorisées, les aveugles et certaines catégories de handicapés, de femmes, d'enfants et de personnes âgées. Les coûts sont partagés entre le gouvernement fédéral (55 %) et les États (45 %). Si le programme *Medicaid* est généralement « *Fee-For-Service* », le paiement du prestataire de soins se faisant à la prestation ou à l'acte médical, sont apparus les programmes *Medicaid Managed Care* où les soins sont gérés par un organisme de *Managed Care* dans le cadre de contrat au forfait.

Medicare : programme de santé géré par le gouvernement fédéral américain et qui s'adresse aux retraités, aux personnes âgées et à certains handicapés (38 millions de personnes au total dont 5 millions de handicapés). Il se divise en deux sous-programmes : *Medicare Part A* couvre les soins à l'hôpital et *Medicare Part B* les soins en ambulatoire. En 1997, les dépenses du programme *Medicare* ont représenté 214 milliards US \$ (2,7 % du PIB).

Preferred Provider Organization (PPO) : la PPO emploie des praticiens et des hôpitaux rémunérés à la prestation mais à un tarif préférentiel. En outre, les patients peuvent être vus par un professionnel extérieur au réseau, moyennant un coût plus élevé.

Point of Service (POS) : dans le cas d'un organisme du type « *Point of Service* », le patient doit, avant même de pouvoir bénéficier d'un remboursement de soins, verser une franchise, appelée « *deductible* » (celle-ci n'existe pas dans le cas des HMO).

□ Références

Abramowitz, S., Cote, A.A., et Berry, E., 1987, « Analyzing Patient Satisfaction : a Multianalytic Approach », *Qual Rev Bull* 13, 122-130.

- Allen, H.M., et al., 1994, « The Employee Health Care Value Survey : Round One », *Health Affairs* 13, no 4, 25-41.
- Arrow, K.J., 1963, « Uncertainty et the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, vol LIII, no 5, 941-973.
- Bazos, D.A. et Fisher E.S., 1999, « Capitation Among Medicare Beneficiaries », *Eff Clin Pract* 2, no 1, 24-29.
- Bell, R.A., Kravitz, R.L., Thom, D., Krupat, E., et Azari, R., 2001, « Unsaid but not Forgotten: Patients' Unvoiced Desires in Office Visits », *Arch Intern Med* 161, no 16, 1977-1984.
- Brody, D.S., Miller, S.M. et Lerman, C.E. et al. 1989, « The Relationship Between Patients' Satisfaction With Their Physicians and Perception about Interventions They Desired and Received », *Med Care* 27, 1027-1035.
- Cameron, C., 1996, « Patient Compliance: Recognition of Factors Involved and Suggestions for Promoting Compliance », *J Adv Nurs* 24, 244-250.
- Canter, S., 1989, « Consumer Research », *Clinical Psychology Forum* 24, 29-31.
- Carlson, M.J., Blustein, J., Fiorentino, N. et Prestianni, F., 2000, « Socioeconomic Status and Dissatisfaction Among HMO Enrollees », *Med Care* 38, no 5, 508-516.
- Chan, T.C., Hayden, S.R., Schwartz, B., Fletcher, T. et Clark, R.F., 1997, « Patients' Satisfaction When Denied Authorization for Emergency Department Care by Their Managed Care Plan », *J. Emerg Med* 15, no 5, 611-616.
- Clement, D.G., Retchin, S.M., Stegall, M.H. et Brown, R.S., 1992, « Evaluation of Access and Satisfaction with Care in the TEFRA Program », Prepared for the Health Care Financing Administration, Princeton, NJ: *Mathematica Policy Research Inc.*
- Committee of the American College of Rheumatology Council on Health Care Research, 1996, « Role of Specialty Care for Chronic Diseases: A Report from an Ad Hoc Committee of the American College of Rheumatology », *Mayo Cli Proc* 71, no 12, 1179-1181.
- Coyne, L., Smith, M.J., Deering, C.D., Grame, C., Langworthy, D.E., Rooks, T.E., Taylor, M.W. et Spohn, H.E., 1990, « Outcome at Discharge for Patients in an Ongoing Follow-Up Study of Hospital Treatment », *Hospital and Community Psychiatry* 41, no 6, 657-662.
- Davis, K., Collins, K.S., Schoen, C., et Morris, C., 1995, « Choice Matters : Enrollees' Views of Their Health Plans », Commonwealth Fund, Rice University, USA., *Health Aff (Millwood)* 14, no 2, 99-112.
- Donabedian, A., 1988, « The Quality of Care: How Can it be Assessed? », *JAMA* 250, 1743-1748.
- Donabedian, A., 1988, « Quality Assessment and Assurance: Unity of Purpose, Diversity of Means », *Inquiry* 25, no 2, 173-192.
- Donelan, K., et al., 1996, « All Payer, Single Payer, Managed Care, No Payer: Patients' Perspectives in Three Nations », *Health Affairs* 15, no 2, 254-265.
- Employers Council on Flexible Compensation (ECFC), 1997, Workplace Pulse Survey on Health Care, Colonial Life & Accident Insurance Company, Marketing Research Institute.
- Elbeck, M. et Fecteau, G., 1990, « Improving the validity of measures of patient satisfaction with psychiatric care and treatment », *Hospital and Community Psychiatry* 41, 998-1001.

- Evans, R.G., 1974, « Supplier-Induced Demand: Some Empirical Evidence and Implications », *The Economics of Health and Medical Care de Perlman* 162-172.
- Evans, R.G., Parish, E.M. et Sully, M., 1973, « Medical Productivity Scale Effect and Demand Generation », *Canadian Journal of Economics* XXIII, no 3.
- Flocke, S.A. et al. 1997, « The Impact of Insurance Type and Forced Discontinuity on the Delivery of Primary Care », *Journal of Family Practice* 45, no 2, 129-135.
- Forrest, C.B. et Reid, R.J., 1997, « Passing the Baton: HMOs' Influence on Referrals to Specialty Care », *Health Affairs* 16, no 6, 157-162.
- Forrest, C.B., Weiner, J.P., Fowles, J., Vogeli, C., Frick, K.D., Lemke, K.W. et Starfield, B., 2001, « Self-Referral in Point-of-Service Health Plans », *JAMA* 285, no 17, 2223-2231.
- Frederick/Schneiders, A., 1994, « Survey Comparing Experience and Attitude Among Traditional Care and Managed Care Medicare Patients », Washington, DC, American Hospital Association.
- Freund, D.A. et al, 1989, « Evaluation of the Medicaid Competition Demonstrations », *Health Care Financing Review* 11, no 2, 81-97.
- Fuchs, V., 1978, « The Supply of Surgeons and the Demand for Operations », *Journal of Human Resources* 13.
- Fuchs, V., 1986, « Physician-Induced Demand: A Parable », *Journal of Health Economics* 5, no 4, 367.
- Gamble, J.E., Icenogle, M.L., Bryan, N.B. et Rickert, D.A., 2000, « The Effects of Open Access on Member Satisfaction and Intentions to Remain in an HMO » *Health Care Manage Rev* 25, no 4, 34-47.
- Garg, P.P., Frick, K.D., Diener-West, M. et Powe, N.R., 1999, « Effect of the Ownership of Dialysis on Patients' Survival and Referral for Transplantation », *N Engl J Med* 341, no 22, 1653-1660.
- Godin, P., Pearce, I. et Wilson, I., 1987, « Keeping the Customer Satisfied », *Nursing Times* 83, no 38, 35-37.
- Gowers, S. et Kushlick, A., 1992, « Customer Satisfaction in Adolescent Psychiatry », *Journal of Mental Health* 1, 353-362.
- Hall, J.A. and Dorman, M.C., 1990, « Patient Sociodemographic Characteristics as Predictors of Satisfaction with Medical Care: A Meta-Analysis », *Soc Sci Med* 30, 811-818.
- Himmelstein, D.U., Woolhandler, S., Hellander, I. et Wolfe, S.M., 1999, « Quality of Care in Investor-Owned vs not for Profit HMOs », *JAMA* 28, no 2, 159-163.
- Irvin, R.A., 2000, « Quality of Care Differences by Ownership in United States Renal Dialysis Facilities », *ASAIO J.* 46, no 6, 775-778.
- Khayat, K. et Salter, B., 1994, « Patient Satisfaction Surveys as a Market Research Tool for General Practices », *Br J Gen Pract* 44, 215-219.
- Lake, T., 2000, « Do HMOs Make a Difference? Consumer Assessments of Health Care », *Inquiry* 36, no 4, 411-418.
- Lambert, D.C., 2000, « Les systèmes de Santé. Analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels », Éditions du Seuil.
- Larsen, D.L., Attkisson, C., Hargreaves, W.A., et Nguyen, T., 1979, « Assessment of Client/Patient Satisfaction: Development of a General Scale », *Evaluation and Program Planning* 2, 197-207.

- Lebow, J., 1982, « Consumer Satisfaction With Mental Health Treatment », *Psychological Bulletin* 91, 244-259.
- Legorreta, A.P., Meng, Y.Y., Leung, K.M., Lin, Z., et Davidson, M.B., 1999, « Diabetes and Disenrollment in a Health Maintenance Organization Setting: A 4-year Longitudinal Study with a Matched Cohort », *Diabetes Care* 22, no 9, 1487-1489.
- Levin, Neil D., and Novello, Antonia C., External Appeal Program Annual Report July 1, 1999 - June 30, 2000 New York State Department Of Insurance, Insurance Department and New York State Health Department.
- Lewis, J.R., 1994, « Patient Views on Quality in General Practice: Literature Review », *Soc Sci Med* 39, 655-670.
- Lillie-Blanton, M. et Lyons, B., 1998, « Managed Care and Low-Income Populations: Recent State Experiences », *Health Affairs* 17, no 3, 239-247.
- Mark, T. et Mueller, C., 1996, « Access to Care in HMOs and Traditional Insurance Plans », *Health Affairs* 15, no 4, 81-87.
- McIver, S., 1991, « Obtaining the Views of Users of Mental Health Services », London, Kings Fund.
- Mechanic, D., Schlesinger, M., et McAlpine, D.D., 1995, « Management of Mental Health and Substance Abuse Services : State of the Art and Early Results », *The Milbank Quarterly* 73, no1, 19-55.
- Miller, R.H., Luft, H.S., 1997, « Does Managed Care Lead to Better or Worse Quality of Care? *Health Aff (Millwood)* 16, no 5, 7-25.
- Morgan, R.O., Virnig, B.A., DeVita, C.A. et Persily, N.A., 2000, « Medicare HMO Disenrollment and Selective Use of Medical Care: Osteoarthritis-Related Joint Replacement », *Am J Manag Care* 6, no 8, 917-923.
- Morgan, R.O., Virnig, B.A., DeVito, C.A. et Persily, N.A., 1997, « The Medicare-HMO Revolving Door-the Healthy go in and the Sick go out », *N Engl J Med* 337, no 3, 169-175.
- Mukamel, D.B. et Mushlin, A.I., 2001, « The Impact of Quality Report Cards on Choice of Physicians, Hospitals and HMOs: a Midcourse Evaluation », *Jt Comm J Qual Improv* 27, no 1, 20-27.
- Nelson, L., et al., 1996, « Access to Care in Medicare Managed Care: Results from a 1996 Survey of Enrollees and Disenrollees », Prepared for the Physician Payment Review Commission, Washington, DC, Mathematica Policy Research Inc.
- Nelson, L., et al., 1997, « Access to Care in Medicare HMOs, 1996 », *Health Affairs* 16, no 2, 148-156.
- Newcomer, R., Preston, S. et Harrington, C., 1996, « Health Plan Satisfaction and Risk of Disenrollment Among Social/HMO and Fee-for-Service Recipients », *Inquiry Summer* 33, no 2, 144-154.
- Oliver, R.L. 1979, « Product Dissatisfaction as a Function of Prior Expectation and Subsequent Disconfirmation : New Evidence », in R.L. Day and H.K. Hunt, (Eds), *New Dimensions of Consumer Satisfaction and Complaining Behaviour*, Bloomington, Indiana University, 66-71.
- O'Malley, A.S., Forrest, C.B. et Mandelblatt, J., 2002, « Adherence of Low-Income Women to Cancer Screening Recommendations », *J Gen Intern Med* 17, no 2, 144-154.
- O'Malley, John F., 1997, « Ultimate Patient Satisfaction », McGraw-Hill.

- Pascoe, G., 1983, « Patient Satisfaction in Primary Health Care : A Literature Review and Analysis », *Evaluation and Program Planning* 6, 185-210.
- Perneger, T.V., Etter, J.F., Raetz, M.A., Schaller, P. et Stalder, H., 1996, « Comparison of Patient Satisfaction with Ambulatory Visits in Competing Health Care Delivery Settings in Geneva, Switzerland », *J. Epidemiol Community Health* 50, no 4, 463-468.
- Reschovsky, J.D., Kemper, P., Tu, H.T., Lake, T. et Wong, H.J., 2000, « Do HMOs Make a Difference? », *Issue Brief Cent Stud Health Syst Change* 28, 1-8.
- Reschovsky, J.D. et Kemper, P., 2000, « Do HMOs Make a Difference? », Introduction. *Inquiry* 36, no 4, 374-377.
- Rosenberg, E.E., Lussier, M.T. et Beaudoin, C., 1997, « Lessons for Clinicians from Physician-Patient Communication Literature », *Arch Fam Med* 6, 279-283.
- Rout, U. et al., 1993, « Stress and General Practitioners », Dodrecht. Kluwer Acad. Publ.
- Rubin, H.R., Gandek, B., Rogers, W.H., Kosinski, M., McHorney, C.A. et Ware, J.E. Jr., 1993, « Patients' Ratings of Outpatient Visits in Different Practice Settings », Results from the Medical Outcomes Study. *JAMA* 270, no 7, 835-840.
- Salomon, I., Gasquet, I., Durieux, P. et Ravaud, P., 1998, « Prise en compte des attentes des patients pour améliorer la qualité des soins », Résultats d'une enquête auprès de 500 patients hospitalisés, *Rev Epidemiol Sant Publ* 46, 427-429.
- Salomon, L., Gasquet, I., Mesbah, M. et Ravaud Ph., « Construction of a Scale Measuring in-Patients' Opinion on Quality of Care », *Int J Qual Health Care* (sous presse).
- Schlesinger, M., Druss, B. et Thomas, T., 1999, « No Exit? The Effect of Health Status on Dissatisfaction and Disenrollment from Health Plans », *Health Serv Res* 34, no 2, 547-576.
- Schmittiel, J., Selby, J.V., Grumbach, K. et Quesenberry, C.P. Jr., 1997, « Choice of a Personal Physician and Patient Satisfaction in a Health Maintenance Organization », *JAMA* 278, no 19, 1596-1599.
- Serio, G.V. et Novello, A.C., 2001 New York Consumer Guide to HMOs. New York state department of Health. New York State Department of Insurance.
- Shortell, S.M., 1977, « The Relationship Among Dimensions of Health Services in two Providers Systems: A Causal Model Approach », *J Health Soc Behav* 18, 139-189.
- Sisk, J.E., et al., 1996, « Evaluation of Medicaid Managed Care: Satisfaction and Access in New York City », *Journal of the American Medical Association* 276, no 1, 50-55.
- Sisk, J.E., Gorman, S.A., Reisinger, A.L., Gied, S.A., DuMouchel, W.H. et Hynes, M.M., 1996, « Evaluation of Medicaid Managed Care: Satisfaction, Access and Use », *JAMA* 276, no 1, 50-55.
- Staines, A., 1995, « La gestion des attentes de la population à l'égard du système de santé : actions possibles de la part des pouvoirs publics », *Santé Publ* 7, 339-349.
- Stano, M., 1997, « HMOs and the Efficiency of Healthcare Delivery », *Am J Manag Care* 3, no 4, 607-613.

- Tempkin-Greener, H. et Winchell, M., 1991, « Medicaid Beneficiaries Under Managed Care: Provider Choice and Satisfaction », *Health Services Research* 26, no 4, 509-529.
- Tiebout, C.M., 1956, « A Pure Theory of Local Expenditures », *Journal of Political Economy* LXIV, 416-424.
- Tomes, A.E. et Peng, Ng. S.C., 1995, « Service Quality in Hospital Care: the Development of an In-Patient Questionnaire », *Int J Health Care Qual Assur* 8, 25-33.
- Tu, H.T. et Reschovsky, J.D., 2002, « Assessments of Medical Care by Enrollees in for-Profit and Nonprofit Health Maintenance Organizations », *N Engl J Med* 346, no 17, 1288-1293.
- Virnig, B.A., Morgan, R.O., DeVito, C.A. et Persily, N.A., 1998, « Medicare HMOs : Who Joins and Who Leaves? », *Am J Manag Care* 4, no 4, 511-518.
- Wallace, S.P., Enriquez-Haass, V., 2001, « Availability, Accessibility, and Acceptability in the Evolving Health Care System for Older Adults in the United States », *Rev Panam Salud Publica* 10, no 1, 18-28.
- Ware, J.E. Jr, Bayliss, M.S., Rogers, W.H., Kosinski, M. et 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, no 13, 1039-1047.
- Ware, J.E. Jr, Brook, R.H., Rogers, W.H., Keeler, E.B., Davies, A.R., Sherbourne, C.D., Goldberg, G.A., Camp, P. et Newhouse, J.P., 1986, « Comparison of Health Outcomes and Health Maintenance Organizations with Those of Fee For Service Care », *Lancet* no 1, 1017-1022.
- Weingarten, S.R., Stone, E., Green, A., Pelter, M., Nessim, S., Huang, H. et Kristopaitis, R., 1995, « A Study of Patient Satisfaction and Adherence to Preventive Care Practice Guidelines », *Am J Med* 99, no 6, 590-596.
- Whitfield, M. et Baker, R., 1992, « Measuring Patient Satisfaction for Audit in General Practice », *Qual Health Care* 1, 151-152.
- Wood, S.D., 1999, « Strategies for Improving Health Plan Member Retention », *Health Financ Manage Supp* 1, 1-5.

□ Notes

1. 1996 Public Opinion on Health Care Issues.
2. Source : Health Care Financing Administration – HCFA.
3. Ce qui arrive lorsque l'assuré change d'employeur et donc d'assureur si la couverture médicale est fournie par l'entreprise.
4. Selon une étude de *Workplace Pulse Survey on Health Care*, financée par l'Employers Council on Flexible Compensation (ECFC), 33 % des patients HMO ou PPO avaient dû changer de médecin traitant contre 17 % pour les patients FFS.
5. Committee of the American College of Rheumatology Council on Health Care Research, 1996.

6. Les HMO de type IPA (*Independent Practice Association*) sont des associations qui contractent avec des praticiens « solo » ou des groupes de praticiens (« *Network Model* »), qui donc demeurent indépendants de la HMO. Ces derniers, peuvent être liés par contrat avec une ou plusieurs HMO et prennent en charge des patients selon une rémunération à l'acte ou, de plus en plus souvent, au forfait. En outre, le médecin peut être associé à d'autres réseaux et continuer à gérer la santé des assurés restés dans le système traditionnel (régime « *Fee-For-Service* ») ou des assurés *Medicare*.

7. Les HMO du type « *Staff Model* » emploient des médecins salariés pour offrir des soins à ses assurés.

8. Les HMO du type « *Group Model* » sont liées par contrat avec un groupe de prestataires de soins qui demeurent indépendants de la HMO (les praticiens ne sont donc pas ses salariés).

9. Modern Healthcare. Trouble for HMOs? Survey : Consumer Satisfaction Falls as Markets Mature - Sachs Group consumer survey. Sachs Group HMO Honor Roll. May 12, 1997.

10. "60 % of HMO enrollees say they are highly satisfied, survey finds". Modern Healthcare October 28, 1996; vol 26, no 44, 10.

11. Source : American Association of Homes and Services for the Aging (AAHSA).

12. Source : Henry Kaiser Family Foundation.

13. Medical Data International. Jeudi 30 Septembre 1999. Citée dans Revue de presse de l'hospitalisation privée du 26 octobre 1999, N°9942.

14. Source : American Association of Homes and Services for the Aging (AAHSA).

15. High disenrollment rates persist among Medicare risk plans. Public Sect Contract Rep 1998 December; vol 4, no 12, 187-189.

16. Source : Medcost.