

« Les HMO : Les arguments et les faits »

Robert LAUNOIS⁽¹⁻²⁾

Colloque Systèmes de Santé, Pouvoirs Publics et Financeurs : qui contrôle quoi ?
Commissariat Général du Plan. La Documentation Française. Paris 1987. pp. 249-60.

⁽¹⁾ REES France - 28, rue d'Assas - 75 006 Paris – Email : reesfrance@wanadoo.fr - Site Internet : <http://www.rees-france.com>

⁽²⁾ UFR SMBH – Université de Paris XIII – 74 rue Marcel Cachin – 93017 BOBIGNY Cedex - Email : launois_ireme@smbh.univ-paris13.fr - Site web : <http://smbh7.smbh.univ-paris13.fr>

Le système des HMO a toujours suscité un vif intérêt dans les milieux français intéressés. La théorie en est en effet extrêmement séduisante, mais jusqu'à une date récente aucun résultat probant ne venait en confirmer l'efficacité réelle.

Le mérite de la communication de Harold S. Luft est de faire une évaluation des performances du système. Il pose quatre vraies questions :

- Les HMO font-elles réellement des médecins des artisans de santé ?
- Les HMO modifient-elles vraiment le comportement des médecins quant au choix des formes de soins ?
- Les HMO conduisent-elles les prescripteurs à éviter les soins inutiles ?
- Les HMO gèrent-elles en douceur la rareté ?

LES HMO FONT-ELLES REELLEMENT DES MEDECINS DES ARTISANS DE SANTE ET NON DE SIMPLES TECHNICIENS DE LA MALADIE ?

□ Les arguments invoqués

La santé n'est pas simplement l'absence de maladies diagnosticables, c'est aussi l'absence de facteurs de risque. Cette globalité de la santé exige l'intégration d'une attitude préventive dans la pratique médicale et suppose que tous les professionnels de la santé, médecins et non-médecins, contribuent à sa défense. Or, les modalités de prise en charge de l'assurance maladie française sont orientées exclusivement vers la médecine curative. En dépit de quelques actions générales d'éducation sanitaire, rien dans les mécanismes financiers de la protection sociale n'incite les médecins ou les assurés à porter une attention particulière à la prévention.

Les HMO mettent au contraire en pratique ces principes de la médecine globale. Un contrat de santé est passé entre les usagers et les professionnels. Les usagers s'engagent à se faire soigner exclusivement par les HMO. Les HMO leur garantissant de dispenser les soins de toute nature dont ils pourraient avoir besoin, y compris les soins préventifs.

Les HMO ont un intérêt économique évident à réduire les traitements curatifs lourds, et pour ce faire, à développer la prévention.

□ Les faits

Dans les HMO, la prévention est gratuite, alors que le système traditionnel demande au patient de payer une partie des frais correspondants. Le nombre des examens préventifs pratiqués dans les HMO est supérieur à celui constaté chez les libéraux intégraux. La demande de contrôles périodiques, d'examens radiologiques, etc ... y est plus forte, du fait de la gratuité des soins.

Cependant, on ne peut pas affirmer pour autant que les médecins aient intégré une véritable attitude préventive dans leur pratique professionnelle. A égalité de couverture, on constate en effet contre toute attente, que les examens préventifs sont moins nombreux dans les HMO que dans les groupes témoins correspondants. Selon Gauss¹, la protection maternelle et infantile est moins développée dans les HMO que dans les systèmes Blue Cross lorsque celui-ci offre les mêmes conditions de remboursement des actions

préventives. 60 % des femmes enceintes qui étaient prises en charge par des libéraux intégraux avaient été examinées par leur médecin traitant au moins 11 fois avant la naissance de leur enfant. Dans les 9 HMO concernées par l'étude, la proportion de femmes ayant subi le même nombre de visites prénatales ne dépassait pas 52 %.

L'analyse globale des politiques de prévention mises en œuvre dans l'un ou l'autre des systèmes examinés confirme ce résultat : en l'espace d'un mois, 6 % des adhérents à une des HMO avait bénéficié d'une action préventive, contre 9 % de la population du groupe de contrôle.

En définitive, il semble bien que les médecins des HMO aient préféré, pour obtenir une réduction des coûts, limiter plutôt que développer la prévention, remettant ainsi en cause l'efficacité d'une politique préventive pour réduire le recours aux soins curatifs.

LES HMO MODIFIENT-ELLES VRAIMENT LE COMPORTEMENT DES MEDECINS QUANT AU CHOIX DES FORMES DE SOINS ?

□ Les arguments invoqués

Le problème du coût de la médecine ne peut être dissocié de son efficacité. On peut toujours trouver une solution aux déficits en élevant les taux de cotisation, on peut aussi trouver des palliatifs pour limiter le rythme d'augmentation des dépenses, mais le vrai problème est bien celui de la rationalisation du système de soins :

- de la substitution des soins ambulatoires aux soins hospitaliers,
- de la concentration des services spécialisés,
- de la modulation du degré de médicalisation qui permet de passer de l'hôpital aux soins à domicile.

Sur ce point, les politiques poursuivies en France ont toujours été des politiques sectorielles. La non-articulation du système est un facteur de croissance des coûts. Les règles tarifaires, qui découpent les structures sanitaires en autant de territoires de soins séparés, conduisent les différents acteurs à ignorer les conséquences de leurs actions, dès lors qu'ils n'en supportent pas les effets.

Les HMO semblent au contraire éviter ces dysfonctionnements. Le caractère global de leur financement permet d'utiliser au mieux les complémentarités des diverses structures de prise en charge. Dans le cadre d'une gestion financière unifiée, les dirigeants des HMO doivent faire des choix explicites entre les formes de soins : soins ambulatoires, alternatives à l'hospitalisation, hospitalisation. La rationalisation du système se fait par grandes masses et non par un contrôle pointilliste sur les actes. Les HMO réalisent par eux-mêmes le nécessaire redéploiement de leurs moyens vers la médecine ambulatoire ou le développement d'activités nouvelles (alternatives à l'hospitalisation, hôpitaux de jour) propres à la mise en place d'un véritable système de soins gradués.

□ Les faits

Les études empiriques montrent que les HMO font plus de consultations que les libéraux intégraux. Ce qui laisserait effectivement supposer qu'il y a substitution entre les formes de soins. Harold S. Luft² a résumé 19 études faites entre 1951 et 1975. Dans 22 des 33 HMO examinées, le nombre annuel de consultations par adhérent est supérieur à celui

enregistré dans les groupes témoins correspondants. Dans 16 « PGP » sur 22, les médecins voient plus de malades que dans le groupe témoin. Dans 6 « IPA » sur 7, le taux de consultations par médecin est beaucoup plus élevé.

Ce résultat est toutefois difficile à interpréter. Il peut s'expliquer soit par un souci des médecins de rechercher des solutions économiques, soit par la pression qu'exerce une demande en progression.

L'évolution du nombre de consultations dans les HMO est en effet le résultat des trois facteurs contradictoires :

- la gratuité des soins, qui supprime les frais financiers et incite ainsi le malade à consulter plus fréquemment son médecin,
- la tendance des médecins à remplacer les soins les plus onéreux par des traitements meilleur marché, qui se traduit par le report sur la médecine de ville des investigations et de la surveillance pré et post hospitalière,
- la volonté qui les anime de diminuer les dépenses, les poussant à réduire leur activité ambulatoire.

Si l'on connaît théoriquement le sens de chacune de ces forces, on ignore par contre leur poids respectif. L'effet net est indéterminé.

Pour bien délimiter l'influence des facteurs économiques sur les pratiques médicales, il convient de neutraliser les disparités de la couverture sociale, qui instituent les conditions d'un accès inégalitaire aux soins. A égalité de taux de prise en charge, une analyse détaillée de l'origine des consultations (premières visites, suivi des malades) permet d'identifier le comportement respectif des prestataires de services et des demandeurs de soins. L'étude de leur objet, quant à elle, permet de définir l'incidence respective des phénomènes de substitution entre les formes de soins et d'élimination des traitements inutiles.

On constate :

- qu'à égalité de taux de prise en charge, le nombre de consultations par médecin est en moyenne plus faible dans les HMO que dans le système conventionnel Blue Cross (8 cas sur 14),
- que les premières visites au cabinet du médecin sont plus élevées en HMO alors que les visites de suivi sont aussi nombreuses qu'ailleurs.

On peut interpréter ces résultats de la manière suivante :

- les premières visites ont augmenté du fait d'une modification du comportement des assurés, qui ont intégré une attitude préventive dans leur démarche sanitaire,
- pour les secondes, il est difficile de déterminer le poids réel des phénomènes de substitution ou d'élimination des soins ambulatoires inutiles. Le fait que le suivi des malades soit aussi intense que dans le système traditionnel est compatible avec deux explications : ou bien une meilleure maîtrise du rythme de surveillance des malades a permis l'élimination au moins partielle des consultations inutiles et le report des soins hospitaliers sur la médecine de ville ; ou bien les médecins n'ont rien changé à leur comportement habituel : il n'y a eu ni élimination de soins inutiles, ni substitution entre les formes de soins.

Certaines données statistiques militent en faveur de la première hypothèse. On sait que les examens radiologiques ou biologiques faits à l'hôpital sont moins nombreux dans les HMO que dans les groupes de contrôle auxquels on les compare. On sait également que la proportion des malades ayant un grand nombre de visites dans l'année est plus faible dans les HMO qu'ailleurs.

Ces résultats, pour intéressants qu'ils soient, ne permettent pas de conclure à une substitution généralisée entre les formes de soins ; d'autres études seraient nécessaires sur ce point.

□ **Les HMO développent-elles des activités nouvelles ?**

Les progrès actuels de la chirurgie permettent d'opérer sans héberger les malades. Ces formules d'hospitalisation de jour ont pris une grande extension dans les HMO. Pratiquement inexistantes en 1966, elles représentaient en 1974 35 % de l'activité opératoire de la *Kaiser Portland*. Il convient néanmoins de noter que c'est là une tendance générale, quel que soit le système considéré. Dans les hôpitaux canadiens de la British Columbia rémunérés sur la base du paiement à l'acte, l'activité chirurgicale ambulatoire est passée de 7,4 % en 1968 à 22 % en 1974.

LES HMO CONDUISENT-ELLES REELLEMENT LES PRESCRIPTEURS A EVITER LES SOINS INUTILES ?

□ **Les arguments invoqués**

En France, la rémunération des prescripteurs a été dissociée de leur productivité par la tarification unitaire et le remboursement a posteriori. Jusqu'au seuil des années 80, les hôpitaux participant au service public hospitalier ont pu être gérés sans contrainte financière réelle. Il était inutile de faire des choix douloureux puisque la dérive des prix de journée les rendait superflus. En ce qui concerne les cliniques privées, le blocage partiel des tarifs a conduit les médecins à compenser le déficit né de prix de journée insuffisants par des prélèvements dans les honoraires, ce qui incite au « productivisme » médical. Le prix du service n'étant fixé par un marché sur aucun des deux secteurs, la concurrence ne pouvait porter que sur la qualité. Cette incitation permanente à la modernisation conduit au suréquipement en hommes et en matériel.

Les HMO réintroduisent, grâce au pré-paiement, une contrainte de budget. Les prestations offertes sont désormais limitées par la masse des ressources disponibles. Les procédures de gestion de clientèle sont donc fondamentalement modifiées puisque dès lors, ce sont des dépenses et non des revenus qui sont créés à chaque fois qu'un service est rendu. La responsabilité des producteurs de soins est enfin clairement engagée. Dans une organisation dont le financement est déterminé *ex ante*, les parties impliquées sont inévitablement amenées à partager les gains ou les pertes constatées en fin d'année. Ce n'est plus une administration anonyme qui décide autoritairement de faire des économies et de rationner globalement les soins. Ce sont les médecins eux-mêmes qui font au chevet du malade les choix nécessaires pour éliminer les dépenses superflues.

□ **Les faits**

Bien évidemment, c'est surtout dans le domaine des dépenses hospitalières, qu'une réduction des coûts peut être sensible. Effectivement, les HMO se distinguent par des taux de fréquentation beaucoup plus bas.

Les « PGP » californiens ont réussi à diminuer la consommation médicale finale de leurs adhérents de 10 à 40 % en diminuant les taux d'hospitalisation de 20 à 40 %.

Cette baisse des taux de fréquentation est-elle conditionnée par les incitations économiques mises en place ou résulterait-elle de comportements thérapeutiques spécifiques. Rien ne prouve que l'introduction du pré-paiement en soit à l'origine. En fait, il apparaît que des résultats identiques peuvent être obtenus dans des contextes financiers différents, dès lors que les modes d'exercice sont semblables (exercice en groupe). Les taux annuels d'hospitalisation sont pratiquement les mêmes dans tous les cabinets de groupe, qu'ils soient financés a priori (250 jours pour 1 000 adhérents) ou a posteriori (281 pour 1 000 adhérents)³. Le mode collégial d'exercice influence peut-être autant les styles de pratique que les modalités de paiement. Un autre constat semble aller dans le même sens : la réduction du taux de fréquentation est identique dans les services de chirurgie et de médecine, alors qu'a priori la baisse des admissions aurait dû être plus forte en chirurgie, où les effets pervers du paiement à l'acte se manifestent plus largement. Le rôle des incitations est donc moindre qu'on ne le croit communément.

Le doute systématique qui caractérise les travaux d'Harold S. Luft l'amène à s'interroger sur un second problème encore plus grave. Le changement des conduites thérapeutiques est-il à l'origine du freinage des dépenses ou doit-on admettre que les différences relevées dans les consommations s'expliquent par l'état sanitaire de la clientèle recrutée ? La réponse à la question suppose que l'on sache pourquoi certaines personnes optent pour la formule HMO et quels sont les facteurs à l'origine de leur décision. S'agit-il de la probabilité d'occurrence du risque morbide (facteur aléatoire) ? N'est-ce pas plutôt le niveau de ressources (facteur économique) ou le degré de sensibilité aux signaux corporels (facteur sociologique) ? L'attachement au médecin traitant (facteur psychologique) n'a-t-il pas eu un rôle déterminant ? Isoler l'influence respective de ces facteurs apparaît délicat et on ne peut que formuler des hypothèses quant à leur poids relatif dans la décision des usagers.

Si on privilégie l'influence des trois premiers facteurs, on aboutit à des situations où les HMO risquent d'être victimes de phénomènes d'anti-sélection. La formule devrait séduire tous ceux qui se sentent à la merci d'un accident de santé grave ou pour qui le moindre franc dépensé constitue un sacrifice important, puisqu'elle les met à l'abri de tout désastre financier. Elle est attractive pour les « fonctionnels » ou les « psychosomatiques » qui y verront le moyen d'accéder aux « bénéfices cachés de la maladie » au moindre coût. Quel que soit le motif retenu : perception différentielle du risque encouru, degré de vulnérabilité financière, intensité du rapport réflexif au corps, dans tous les cas ce sont les individus les plus forts consommateurs de ressources qui ont intérêt à adhérer.

En revanche, lorsque l'attention se porte à titre principal sur le dernier facteur évoqué, les conclusions s'inversent. Les personnes qui tiennent le moins à une relation stable avec leur médecin sont sans doute celles qui s'estiment en bonne santé. Or, les HMO tirent l'essentiel de leur clientèle d'une telle population. Leur coût plus faible s'expliquerait moins par la qualité de leur gestion que par la bonne santé de leurs adhérents.

Quelle est la bonne explication ? On n'en sait rien. Chacune des hypothèses est plausible et aucune d'entre elles ne doit être écartée. Harold S. Luft laisse entendre qu'il y a sélection, mais il n'en apporte pas la preuve formelle. Sa critique de l'étude de la *Rand* est tout aussi insidieuse. Il évoque la forte participation financière qu'il faudrait demander dans le système traditionnel aux assurés pour demander dans le système traditionnel aux

assurés pour ramener leur taux d'hospitalisation au niveau relevé dans les HMO, mais il omet de préciser le pourcentage des dépenses qu'il faudrait laisser à leur charge pour atteindre ce résultat : 95 %⁴.

En réalité, seule l'expérimentation⁵ permettra de trancher entre les thèses en présence. Il faut savoir que le problème de la sélection peut se poser (notre propre système n'a-t-il pas ses « filières de relégation médicale ? »). Il convient donc d'imaginer dès maintenant les parades qui permettront d'y faire face (forfait annuel de santé⁶, quotas de clientèle par degré de dépendance, réassurance en *stop-loss*).

LES HMO GERENT-ELLES EFFECTIVEMENT EN DOUCEUR LA RARETE ?

□ Les arguments invoqués

En France, les organismes de tutelle ont été amenés à réagir contre les excès de dépenses de la sécurité sociale de la même manière que la Banque de France a essayé de juguler le laxisme de la politique budgétaire par le contrôle monétaire.

L'intervention grandissante des Pouvoirs Publics dans le détail du fonctionnement du système sanitaire et des régimes de protection sociale s'est heurtée aux résistances des professionnels. L'échec d'une réglementation en appelle une autre encore plus coercitive.

Dans ces conditions, il est de plus en plus difficile de savoir si les arbitrages rendus par l'Etat correspondent aux aspirations de la population.

Les HMO évitent une confrontation directe des Pouvoirs Publics et des professionnels en transmettant les décisions aux citoyens. L'adhésion à une HMO est volontaire, chacun peut s'inscrire librement et la quitter en fin d'année.

- Ce libre choix évite une main-mise de l'Etat sur le système de santé et redonne une capacité d'arbitrage au citoyen.
- Ce libre choix crée les conditions d'une concurrence entre les HMO à trois niveaux :
 - Entre les HMO vis-à-vis des usagers potentiels. Les ressources de chaque HMO dépendent du nombre de ses adhérents. Pour les attirer, elle doit minimiser le montant de leur participation personnelle ; pour les garder, elle ne doit pas les décevoir sur le plan de la qualité. Toute lacune en un de ces domaines est sanctionnée par le refus d'adhésion ou la désertion.
 - Entre les professionnels de santé vis-à-vis des HMO. Si un producteur est trop cher, la HMO doit augmenter ses prix, ce qui fera fuir le client. Seuls les producteurs les moins onéreux seront agréés. De leur côté, pour être compétitifs, les établissements hospitaliers doivent rationaliser leur gestion et dimensionner leurs équipements. Ainsi se réalise une planification informelle des équipements.
 - Entre les HMO et le mode traditionnel de dispensation des soins. C'est aux praticiens de faire le choix de leur modalité d'exercice et d'en prendre les risques.
- Ce libre choix permet au système d'évoluer volontairement et non sous une pression étatique, vers une organisation assurant la maîtrise des dépenses et l'efficacité du système sanitaire.

□ Les faits

Pour que le libre choix puisse s'exercer, encore faudrait-il que les consommateurs aient la possibilité d'établir une relation directe entre les avantages et les coûts qui en découlent, ce qui implique une réforme de la réglementation fiscale fédérale. A l'heure actuelle, les entreprises américaines ont la possibilité de déduire la totalité du coût des polices d'assurances qu'elles souscrivent au bénéfice de leurs employés dans le cadre des conventions collectives. Pour réduire leurs versements fiscaux, elles ont tendance à payer l'intégralité des sommes versées. Il en résulte une surenchère en matière d'avantages sociaux et une déresponsabilisation des usagers.

Pour que ceux-ci aient un intérêt personnel à sélectionner les plans de santé les moins onéreux, il conviendrait de limiter la déductibilité des cotisations patronales. Les assurés seraient alors amenés à s'exprimer en fonction du montant de la participation personnelle qui leur serait demandée pour compléter la contribution de l'entreprise.

A supposer que les conditions du libre choix des individus aient été réunies, il n'est pas sûr que la concurrence qui en découle permette d'abaisser le coût unitaire des prestations. Le fait que les dépenses hospitalières *per capita* soient inférieures dans les HMO par rapport à celles enregistrées dans le système traditionnel ne signifie pas que les coûts de production aient été diminués dans les mêmes proportions. Le coût de l'hospitalisation *per capita* est égal au prix de revient généralisé d'une journée d'hospitalisation, multiplié par la durée du séjour et le taux de fréquentation hospitalière. Or, les durées moyennes de séjour relevées dans les HMO sont proches de celles observées dans les autres établissements. Des dépenses faibles par tête sont donc compatibles avec des prix de revient unitaires élevés, dès lors que les taux de fréquentation sont bas.

De fait, les coûts des prestations sont relativement semblables dans les HMO et dans le système traditionnel de dispensation des soins. De façon générale, on observe que les dépenses engagées pour les adhérents des HMO progressent à un rythme très peu inférieur à celui des dépenses constatées dans le secteur libéral. Cela peut être interprété comme le fait que, quelles que soient les dispositions que l'on prend en vue de limiter la croissance des dépenses de santé, certains facteurs de hausse comme l'inflation ou les conséquences des innovations techniques sont difficilement réductibles.

Enfin, nous ne savons pas si une augmentation du nombre des HMO incite les producteurs traditionnels à adopter des comportements plus économiques. Plusieurs scénarios sont à cet égard envisageables. A. Enthoven⁷ en propose trois :

- 1^{er} cas :

Placés en compétition avec les HMO, les assureurs traditionnels sont contraints de mettre en place un système de contrôle de l'activité des producteurs de soins pour limiter l'augmentation de leurs primes. L'institution d'un quasi-marché apparaît comme un moyen de rationaliser la gestion pour aboutir à une meilleure maîtrise de la croissance des dépenses de santé.

- 2^{ème} cas :

La réponse des médecins payés à l'acte à la concurrence des HMO suscite des effets pervers. Confrontés à une perte de clientèle, ils augmentent leurs honoraires et multiplient les actes inutiles pour préserver leur pouvoir d'achat. Le gaspillage des ressources contribue à l'augmentation des coûts et exige un relèvement des primes du

secteur traditionnel de l'assurance. Dès lors, les HMO n'ont plus à se battre pour maintenir leur part de marché. Il leur suffit de suivre la tendance générale à la hausse du coût de la protection sociale en maintenant leurs cotisations à un niveau légèrement inférieur à celui de la concurrence ; ce qui laisse entier le problème de la croissance des dépenses.

- 3^{ème} cas :

Pour briser cette spirale, déformante, il est indispensable qu'une véritable concurrence puisse s'instaurer entre plusieurs HMO. Le système ne peut s'accommoder d'aucun monopole de droit ou de fait et exige une liberté totale d'entrée dans la branche. Plus grande est la diversité des promoteurs de ces expérimentations nouvelles, plus vive sera l'émulation entre les producteurs de soins. Celle-ci les incitera à améliorer la qualité des prestations ou à réduire leur exigence financière. Il en résultera un abaissement du coût global des soins et un élargissement de la part de marché servie par les HMO.

Les faits sont à cet égard ambigus. Si l'on s'en tient à l'examen des dépenses d'hospitalisation, on constate indéniablement une chute des journées d'hospitalisation lorsque plusieurs HMO sont mises en concurrence sur un même site (scénario 1). A Rochester par exemple, l'entrée de plusieurs HMO sur le marché a provoqué une diminution importante de la fréquentation hospitalière des adhérents de la Blue Cross, qui est passée de 625 jours entre 1974-1977 à 547 jours au milieu de l'année 79 ; A Minneapolis, l'implantation de 6 HMO entre 1972 et 1978 s'est traduite par une réduction considérable du nombre de leurs journées d'hospitalisation par adhérent. Celui-ci est actuellement inférieur de 38 % à celui observé dans le système Blue Cross de la même ville. En revanche, dans d'autres cas, lorsqu'on examine les dépenses de santé dans leur ensemble, force est de constater que les effets bénéfiques de la concurrence ne sont pas toujours aussi nets.

Forcés de restreindre leurs dépenses hospitalières pour faire face à la concurrence des HMO, les praticiens libéraux tendent à se rattraper en multipliant les actes ambulatoires (scénario 2). Lorsqu'on classe les Etats américains en fonction de l'importance respective de leurs dépenses de santé par tête, on constate paradoxalement que la Californie occupe la 3^{ème} place. Or, s'il y a un Etat où la concurrence des HMO est particulièrement forte, c'est bien celui-là. Ce qui a été gagné en matière de dépenses hospitalières (46^{ème} place sur 50 Etats) a donc été largement compensé par le coût élevé des soins ambulatoires (2^{ème} place sur 50 Etats).

CONCLUSION

Le grand mérite de la communication d'Harold Luft est d'opposer la réalité des faits à la rhétorique du discours.

Dans les HMO qui rémunèrent leurs praticiens à la fonction ou sur la base d'une capitation, la réduction du coût de la prise en charge des malades est incontestable. Mais celles où les praticiens conservent une rémunération à l'acte ne réalisent que de faibles économies.

Par ailleurs, la baisse de la consommation médicale finale se traduit par une baisse des fréquentations hospitalières qui ne paraît pas compensée par la substitution de services moins onéreux.

La chute des taux d'admission n'est pas imputable à une diminution des interventions chirurgicales. Il est notamment impossible d'affirmer que les HMO ont réussi à éliminer les interventions dont la légitimité était la plus contestée ou à homogénéiser le style de pratique du corps médical.

Enfin, si les dépenses totales des HMO sont plus faibles en valeur absolue, leur rythme de croissance est proche de celui constaté dans le système traditionnel.

¹ GAUS, C., « Contrasts in HMO and fee-for-service performance » Social Security Bulletin : vol. 39 n° 5 (may 1976) pp. 3-14.

² LUFT, H., « Health maintenance organizations dimensions of performance. New York » : Wiley-Interscience, 1981. chap. 5 figure 6-2 p. 123.

³ SCITOVSKY, A., « The use of Medical services under prepaid and fee for service group practice ». Social Sciences and Medicine : vol 15c, 1981 pp 107-116.

⁴ MANNING W., LIEBOWITZ A., GOLDBERG et al « A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on use of services ». New England Journal of medicine 310 (23) : 1505-10, June 7, 1984.

⁵ LAUNOIS R.J., MAJNONI D'INTIGNANO B., RODWIN R.G., STEPHAN J.C., « Les réseaux de soins coordonnés (R.S.C.) : propositions pour une réforme profonde du système de santé ». Revue française des affaires sociales, vol. 39, n° 1, Mars 1985.

⁶ GIRAUD P., LAUNOIS R.J. « Les réseaux de soins, médecine de demain ». Economica 1985.

⁷ ENTHOVEN A., « Competition of Alternative delivery systems ». Competition in the health care sector : past, present end future. Ed. Greenverg W. Germantown Aspen Systems corporation, 1978.