

« La médecine “prépayée” un modèle à suivre ? »

Jean-Paul MOATTI ⁽¹⁾, Jean-Louis LANOÉ

Le Monde diplomatique – Juin 1987; 399:14-15

(1) Economiste à l'Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM)

Tout en soulignant qu'il faut « éviter de transposer à la France des mécanismes adaptés à la société américaine (...) moins en avance que l'Europe dans la protection sociale », les auteurs d'un récent projet de réforme du système de santé français (les réseaux de soins coordonnés) se réclament de l'expérience des organisations de soins de santé (Health Maintenance Organizations, HMO) aux Etats-Unis¹. L'introduction de la médecine prépayée serait censée briser la convergence d'intérêts entre patient (« j'ai cotisé donc j'ai droit ») et médecin prescripteur (« plus d'actes signifie plus de revenus ») qui entretient les tendances actuelles à la surqualité et au gaspillage.

Elle inciterait à la concurrence sur la base du rapport qualité/prix des prestations et permettrait de rapprocher le fonctionnement économique du système de santé de celui de n'importe quel secteur d'activité normal de production de biens et services à destination du consommateur².

Ainsi, le recours à des mécanismes de marché viendrait-il apporter au problème de la maîtrise des dépenses de santé une solution plus harmonieuse que l'intervention bureaucratique des pouvoirs publics appelée, sans cela, à s'étendre et à aggraver les dysfonctionnements du système.

Est-il fondé de tirer de telles leçons de l'expérience des HMO aux Etats-Unis ? Leur exemple vient-il étayer de façon concrète l'affirmation, d'inspiration néo-libérale, selon laquelle le renforcement de la concurrence favorise une utilisation des ressources plus rationnelle et plus efficace dans le système de la santé ?

Les performances du système de santé américain peuvent difficilement faire référence. Cependant, le pluralisme de ses modalités d'organisation et de financement des soins a permis l'émergence d'expériences originales telles que les HMO.

DES PERFORMANCES QUI SEDUISENT UN PEU VITE

En les désignant sous l'appellation de Health Maintenance Organizations, une loi fédérale de 1973 a donné un cadre juridique à des organismes de soins, à l'origine à but non lucratif, dont certains étaient déjà anciens : le plus important d'entre eux, la Kaiser Foundation, plus de 4 millions d'adhérents, date de 1930. Leur originalité tient au cumul de deux fonctions, ordinairement distinctes dans la plupart des systèmes de santé : celle d'assureur et celle de producteur de soins.

En effet, les HMO proposent, contre paiement d'une prime annuelle, une gamme plus ou moins large de services de santé (de la prévention à l'hospitalisation) : le forfait ainsi versé constitue un pré-paiement (ou paiement a priori) qui garantit à l'adhérent le recours libre et sans débours complémentaires, aux services prévus dans le contrat. Une telle couverture du risque-maladie, d'ailleurs fréquemment financée par les employeurs plutôt que directement par les usagers, vient se substituer aux autres modalités d'assurance.

Au niveau des organismes de soins, un principe de capitation (montant forfaitaire par usager) remplace la rémunération à l'acte³. Les adhérents sont pris en charge par des médecins qui sont soit partie intégrante du HMO (staff-model), soit seulement sous contrat avec lui (group-model). Quel que soit le mode de rémunération de ces médecins, le principe de financement de ces structures leur impose une double contrainte : réduire au maximum les consommations de soins de la population desservie (puisque celles-ci engendrent des coûts pour les HMO alors que leurs recettes restent fixes), tout en maintenant une qualité de soins satisfaisante.

Les coûts par adhérent sont en moyenne inférieurs de 10 % à 40 % dans les HMO, la limitation des dépenses étant imputable, pour l'essentiel, à une réduction de 25 % à 45 % des taux d'admission et des durées de séjours hospitaliers⁴. Certes, la clientèle (13 millions de personnes en 1984), assez jeune et riche en salariés d'entreprise, nécessite a priori un moindre recours à l'hospitalisation que la population générale. Dans treize études comparatives sur quatorze, il a été établi que les usagers des HMO avaient, avant leur adhésion, un taux d'admission hospitalière, ainsi que des consommations moyennes de soins inférieurs de 10 % à 50 % à ceux du reste de la population⁵.

Néanmoins, il est très improbable que des différences d'état de santé suffisent à expliquer de telles variations du recours à l'hospitalisation entre les personnes soignées dans le cadre des HMO et le reste des assurés⁶.

Certaines expériences ont même montré que les HMO étaient en mesure de conserver ces résultats sans bénéficier d'une clientèle privilégiée.

La Rand Corporation a ainsi réalisé un véritable essai contrôlé, dans la région de Seattle où existe, depuis 1947, un puissant HMO qui compte aujourd'hui plus de 340 000 membres.

Elle a comparé la consommation de soins de différents groupes de population, dont l'un comprenait des personnes déjà adhérentes au HMO et dont les deux autres étaient répartis par tirage au sort pour bénéficier dans des conditions équivalentes, soit du HMO, soit d'une couverture médicale dans le secteur traditionnel⁷.

La méthodologie expérimentale en vraie grandeur permet d'exclure les différences de caractéristiques des populations comme variable explicative du moindre recours à l'hospitalisation du groupe des « nouveaux adhérents du HMO » par rapport à celui des personnes restées dans le secteur traditionnel (40 % d'admission et de journées d'hospitalisation en moins).

De même, les expériences récentes, dans des conditions normales cette fois, d'intégration de personnes âgées couvertes par l'assurance publique Medicare à des HMO ont montré que ceux-ci peuvent fournir « l'équivalent des prestations classiques à un moindre coût, ce qui leur permet d'offrir des services complémentaires en termes de prévention, de prothèses sensorielles ou de médicaments⁸ ».

Si le potentiel des HMO ne peut donc être contesté, il subsiste un vif débat parmi les économistes américains de la santé quant aux raisons de ces résultats. Certains, comme M. Alan C. Enthoven, expliquent la plupart de ces économies par le pré-paiement global et forfaitaire. Les experts de la Rand se gardent bien, pour leur part, de tirer des conclusions aussi péremptoires de leur expérimentation et se bornent à constater que les professionnels des HMO pratiquent simplement un style d'exercice de la médecine différent du secteur libéral.

Outre le pré-paiement, bien d'autres facteurs peuvent expliquer les performances des HMO. Telle, par exemple, la pratique d'« exercice en groupe », et le rapport différent qu'elle tend à induire entre généralistes et spécialistes, incitant ces derniers à se concentrer sur les cas les plus graves : les cabinets de groupe avec maintien du paiement à l'acte semblent d'ailleurs produire le même type de réduction des hospitalisations de leur clientèle que les HMO⁹.

Il est également probable que, de même que le patient « choisit » son médecin, le médecin « choisit » le type d'exercice qu'il préfère : un praticien qui a une attitude de prescription « prudente » et une préférence pour la médecine « lente » sera sans doute plus attiré par un HMO ; d'autant que ce cadre lui assurera un revenu plus élevé que le secteur libéral à l'acte pour un tel comportement. De même, les techniques et procédures qui permettent d'économiser des admissions et des journées hospitalières (comme l'hospitalisation à domicile, la chirurgie en consultation externe, les centres d'équipements lourds de diagnostic en ambulatoire ...) semblent plus rapidement adoptées dans les HMO que dans le reste du système¹⁰.

Les économies réalisées par les HMO ne donnent aucune garantie quant à leurs effets macro-économiques d'ensemble sur l'évolution des dépenses de santé. Rien ne confirme que leur développement corresponde au modèle économique traditionnel dans lequel l'accentuation de la concurrence se traduit par une baisse des prix de l'assurance des biens et services médicaux. Les deux études économétriques les plus poussées¹¹ révèlent même une corrélation positive entre la part du marché des soins détenue par les HMO et le niveau des dépenses hospitalières par tête dans une

même région, ce qui semble contredire l'idée que la présence des HMO favorise la baisse des prix hospitaliers.

De même la hausse des tarifs d'abonnement des HMO se révèle équivalente à celle des soins offerts par le secteur traditionnel¹². A long terme, un élargissement éventuel de la part des HMO, qui ne représentent aujourd'hui que 5 % à 7 % des chiffres d'affaires totaux des médecins, ne paraît guère devoir ralentir la croissance des dépenses de santé.

Historiquement, les premiers HMO des années 30 exprimaient une réaction de type mutualiste devant les insuffisances de la couverture sociale et les excès de la privatisation de la médecine. Il n'est pas étonnant que la tentative de l'actuelle administration américaine de récupérer l'expérience HMO dans sa propre stratégie de réduction de la couverture de l'assurance maladie publique et d'encouragement du secteur privé lucratif suscite débat, jusque dans les HMO eux-mêmes.

L'administration Reagan, s'est efforcée de favoriser l'adhésion à des HMO des bénéficiaires de l'assurance publique Medicare¹³. Mené au nom de l'élargissement de la concurrence, ce processus implique en fait que l'administration Medicare fixe les niveaux appropriés de tarifs d'abonnement qu'elle verse aux HMO en échange de cette prise en charge ... ce qui revient à arbitrer politiquement les conditions de leur concurrence avec les autres producteurs de soins : on est plus proche d'un système de prix administré par l'Etat que du libre jeu du marché dont se réclament les discours.

Surtout, le danger est réel que les HMO soient incités à « concentrer leurs efforts de marketing sur les personnes âgées les mieux portantes », ou à jouer la sous-qualité dans le cas de la clientèle financée par les assurances publiques¹⁴.

Vers le milieu des années 70, la pression de l'administration de l'Etat de Californie, dont le gouverneur était alors M. Ronald Reagan, pour permettre l'adhésion des bénéficiaires du Medicaid à des HMO avait déjà provoqué des « résultats catastrophiques » pour cette « population vulnérable ».

La réputation des HMO en a souffert de longues années. Plus récemment, le cas des HMO de Floride montre que la recherche de la rentabilité financière peut pousser à l'extrême les pressions sur les adhérents Medicare (pour les enrôler dans certains cas, pour s'en débarrasser dans d'autres) : une enquête du General Accounting Office du Congrès américain est d'ailleurs en cours.

L'accès des HMO à la clientèle Medicare peut certes contribuer à développer des substituts à l'hospitalisation des personnes âgées et à améliorer leur prise en charge, mais à condition que soit contrecarrée la tendance spontanée, inhérente au financement par « pré-paiement », à sélectionner le « bon risque » pour maximiser les profits. Comme le souligne John F. Doherty, président du Group Health Association of America, le lobby national des HMO, il y faut une série de « garde-fous » : garantie du but non lucratif des HMO reconnus par Medicare, normes de publicité, d'adhésion et de droits individuels des adhérents¹⁵. On est alors bien loin de l'idéologie néolibérale de la dérégulation et de la concurrence comme remèdes miracles, pour en venir à une intervention de la puissance publique visant à rationaliser l'offre de soins et à promouvoir des structures médicales d'exercice plus collectif.

Les confusions entretenues par le souci de mettre les HMO au service de l'apologie de la concurrence quitte à s'opposer pratiquement à leur dynamique originelle de solidarité mutualiste, se retrouvent quant au rôle des professionnels de santé eux-mêmes.

En principe et dans les faits, le système HMO est compatible avec toute forme de rémunération des médecins.

On rencontre effectivement dans certains HMO la formule de l'Individual Practice Association (IPA) qui fait appel à des médecins continuant d'exercer en clientèle privée tout en étant rémunérés à l'acte par le HMO avec lequel ils sont liés par contrat. Ils s'engagent à fournir des soins à ses adhérents, à accepter ses tarifs et ses procédures internes de contrôle des soins ; afin de contrebalancer le biais inflationniste inhérent au paiement à l'acte, certains IPA retiennent une partie des honoraires à verser aux médecins et redistribuent en fin d'année le surplus éventuel dégagé.

Mais c'est le salariat qui est la forme de rémunération caractéristique des professionnels des HMO. Pendant fort longtemps, l'American Medical Association (AMA) s'est d'ailleurs violemment opposée à l'exercice en HMO, qu'elle considérait comme une atteinte à la médecine libérale. Peu de médecins choisissaient de s'engager dans cette forme de pratique. Si aujourd'hui le corps médical américain adopte une attitude plus favorable, c'est principalement sous l'effet de la démographie médicale qui rend de plus en plus aléatoire l'installation en cabinet individuel. En définitive, le développement des HMO ne peut être que synonyme d'accélération « du mouvement d'abandon du système de paiement à l'acte¹⁶.

LE NEOLIBERALISME CONTRE LA MEDECINE LIBERALE

L'intéressement des médecins aux résultats des HMO dans lesquels ils exercent ne relève pas toujours d'une participation aux bénéfices, mais tend de plus en plus à se rapprocher du rapport salarial classique qui relie l'emploi à la rentabilité de l'entreprise.

Aussi est-ce pour le moins jouer sur l'ambiguïté des mots face à un corps médical français qui continue d'associer le libéralisme et la rémunération à l'acte que de prétendre qualifier les HMO de « seul bastion crédible de la médecine libérale » comme le font les auteurs du projet français de Réseaux de Soins Coordonnés.

Quant aux problèmes de l'avenir de la profession médicale et de sa capacité à conserver le contrôle des mécanismes du pouvoir dans le secteur santé, l'exercice en HMO apporte une réponse qui permet d'échapper à la subordination directe au capital financier privé incarné par les chaînes hospitalières. Mais, dans un cas comme dans l'autre, il s'agit d'une adaptation aux contraintes de production et d'accroissement de l'offre des médecins, qui fait voler en éclats la stratégie traditionnelle de défense de l'autonomie du corps professionnel fondée sur l'exercice libéral individualisé et le paiement à l'acte.

En fait, l'absence aux Etats-Unis de système d'assurance maladie généralisé (la mythique « National Health Insurance » qui ressort périodiquement des cartons des sénateurs démocrates) est la raison principale de l'existence d'offres financées par la capitation.

Devant la multiplicité des modalités de couverture du risque maladie, l'individu est effectivement en mesure de choisir entre assurances privées à but lucratif ou non lucratif, abonnements à un HMO ou à une chaîne de soins privées (quand, bien entendu, il n'est pas bénéficiaire de l'aide publique ou de Medicare). Dans ce contexte bien particulier, l'individu peut opter pour la couverture la plus satisfaisante en termes de rapport qualité-prix et le financement par capitation peut constituer la solution économiquement la plus rentable pour certains organismes de soins.

Mais que signifierait l'existence du pré-paiement selon le principe de la capitation (montant forfaitaire par usager), voire sa généralisation, dans le cadre d'un système complet d'assurance maladie, comme en France.

En toute logique, l'alternative est la suivante :

- ou bien l'assurance maladie qui est le régime français de sécurité sociale continue d'assurer les recettes aux offreurs, et son pouvoir (ou celui de la tutelle étatique) s'en trouve accru puisqu'elle deviendrait à même de budgétiser l'ensemble des recettes professionnels de santé ; dans cette hypothèse, le pré-paiement équivaldrait à étendre à l'ensemble des soins, y compris la médecine de ville, le prix d'un budget global défini annuellement a priori, qui a été introduit pour les hôpitaux publics,
- ou bien l'individu est amené contracter un abonnement, directement ou indirectement par le biais de son employeur, avec une structure de soins intégrée, mais il y a alors incompatibilité avec les actuels mécanismes de financement socialisé de l'assurance maladie. Quant à une solution de type intermédiaire, où coexistent capitation et autres modalités de financement, elle conduirait à un éclatement progressif du système de protection sociale dont on voit mal quels avantages pourraient en tirer les assurances.

L'expérience des HMO n'est pas pour autant dénuée d'enseignement pour les débats sur l'avenir du système de santé français.

Elle peut effectivement contribuer à la prise de conscience par le corps médical français que l'abandon (total ou partiel) de la rémunération à l'acte n'est pas forcément synonyme de régression dans la qualité de la médecine et dans le pouvoir de contrôler leur pratique par les professionnels.

Elle peut ainsi favoriser le dépassement du caractère figé du débat actuel de l'avenir de la médecine ambulatoire autour de la question du paiement à l'acte. La promotion de l'exercice de groupe, la recherche de nouveaux modes de contractualisation avec l'hôpital public et la médecine de ville notamment dans le cadre des substituts à l'hospitalisation, peuvent rencontrer l'intérêt bien compris de la profession médicale dans la défense de son autonomie de décision et de pratique.

L'exemple des HMO confirme que des modifications des principes de tarification peuvent créer des conditions favorables au décloisonnement des différentes filières de soins.

S'il est une leçon à retenir, pour la France, elle va plutôt dans le sens de la confirmation des micro-ajustements déjà engagés que dans celui d'une illusoire réforme globale. L'introduction du budget global pour les hôpitaux publics, le renforcement de la coordination inter-hospitalière, prévue par la loi de 1970 mais restée lettre morte, la possibilité de contractualisation budgétaire entre l'assurance maladie et les groupes de praticiens (organisés ou non en centres de santé intégrés) constituent autant d'incitations à utiliser au mieux les ressources disponibles. Les diverses formes envisageables de tarification des unités de soins par enveloppe globale ne garantissent cependant une élévation de l'efficacité économique du système qu'à condition d'être fondées sur une réelle évaluation des techniques et pratiques médicales.

En revanche, ce que l'expérience des HMO ne vient en aucun cas valider c'est qu'un bouleversement des modalités de financement par le consommateur du système d'assurance maladie dans le sens d'un plus grand pluralisme à l'américaine représenterait une quelconque avancée. La référence aux HMO ne ferait alors qu'être abusivement mise au service des multiples projets néolibéraux, plus ou moins dissimulés et radicaux, de remise en cause des principes d'équité et de solidarité de la couverture sociale dans notre pays.

-
- ¹ Cf. Robert Launois, Béatrice Magnoni d'Intignano, Victor Rodwin, Jean-Claude Stephan « Les réseaux de soins coordonnés : propositions pour une réforme profonde du système de santé », *Revue française des affaires sociales*, n° 1, janvier-mars 1985, et Pierre Giraud, Robert Launois « Les réseaux de soins : médecine de demain, *Economica*, Paris, 1985.
- ² Ce faisant, on néglige les nombreuses analyses qui ont montré que la spécificité de la production de soins et de la décision médicale conduisent par nature la filière santé à se situer en dehors des lois théoriques de fonctionnement des marchés. Voir notamment Kenneth J. Arrow « Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care », *American Economic Review*, vol. 53, décembre 1967.
- ³ La rémunération des praticiens du secteur ambulatoire sur la base de la capitation existe déjà dans des systèmes de santé aussi différents que le National Health Service britannique ou les contrats liant les médecins italiens aux unités sanitaires locales.
- ⁴ Alan C. Enthoven « The rand experiment and economic health care », *New England Journal of Medicine*, 1984, 310, 23 : 1528-30.
- ⁵ John H. Kleinman « Effect of a prepaid group practice on use of services », *New England Journal of Medicine*, 1984, 311 : 862.
- ⁶ Harold S. Luft « Economic incentives and clinical decisions », *The New Health Care for Profit*. Institute of Medicine, National Academy Press, 1983.
- ⁷ Willard G. Manning et al. « A controlled trial of the effect of a prepaid group practice on the use of services », *New England Journal of Medicine* ? 1984, 310, 23 : 1505-11.
- ⁸ John K. Inglehart, « Medicare turns to HMO », *New England Journal of Medicine*, 1985, 312, 2 : 132-6.
- ⁹ Fred T. Nobrega « Hospital use in a fee for service system », *Journal of the American Medical Association*, 1982, 247, 6 : 806-10.
- ¹⁰ John H. Lovin « Same day surgery : Why everyone is learning to love it ? », *Medical Economics*, 1982, 59-12 : 110-116.
- ¹¹ R.G. Frank, W.P. Welch « The competitive effect of HMO's : Review of evidence », *Inquiry* , 1985, 22 : 148-161. Hay J.H., Leahy M.J. « competition among health plans : some preliminary evidence », *Southern Economic Journal*, janvier 1984.
- ¹² Joseph P. Newhouse et al. « Are fee for service costs increasing faster than HMO ? », *Medical Care*, vol. 23, 8 : 960-66, 1985.
- ¹³ Actuellement, moins d'un million de personnes (contre 50 millions de bénéficiaires de Medicare ou Medicaid) adhèrent à un HMO. Des contrats pour des plans expérimentaux ont été passés entre Medicare et certains HMO qui concernent 200 000 personnes.
- ¹⁴ Louis E. Fisher, « Medicare turns HMO : a Caveat », *New England Journal of Medicine*, 312, 17 : 1132, 1985.
- ¹⁵ Témoignage devant le Select Committee on Ageing de la Chambre des représentants du Congrès américain, 9 juillet 1984.
- ¹⁶ Paul Starr, Theodore Marmor « L'avenir de la médecine américaine : prévisions sociologiques jusqu'en 1995, In Jean de Kervasdoué, John Kimberly, Victor Rodwin (eds), *La santé rationnée*, *Economica*