

**LE SYSTEME DE SANTE ET
D'ASSURANCE MALADIE AMERICAIN
Action avec les médecins concernant
la qualité des soins et la régulation
des dépenses en ambulatoire**

Rapport présenté par :

M. Gilles DUHAMEL

Membre de l'Inspection générale des affaires sociales

**Rapport n°2002-073
Avril 2002**

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION..... | 2 |
| CHAPITRE I : DONNEES GENERALES SUR LE SYSTEME DE SANTE ET ORGANISATION DE LA COUVERTURE MALADIE..... | 5 |
| 1.1 DONNEES GENERALES SUR LE SYSTEME : | 5 |
| 1.1.1 <i>La santé est un marché où l'Etat est peu présent</i> : | 5 |
| 1.1.2 <i>Le secteur est très dynamique, mais inflationniste</i> : | 5 |
| 1.1.3 <i>Les dépenses y sont les plus élevés au monde sans qu'il y ait de régulation globale</i> : | 6 |
| 1.1.4 <i>Le succès n'est que relatif</i> : | 6 |
| 1.2 ORGANISATION GENERALE DE LA COUVERTURE MALADIE : | 7 |
| 1.3 MECANISMES ET CARACTERISTIQUES D'AFFILIATION : | 7 |
| 1.3.1 <i>Assurances privées</i> : | 7 |
| 1.3.2 <i>Programmes publics</i> : | 9 |
| 1.3.3 <i>Les non assurés</i> : | 13 |
| 1.4 LES ACTEURS : | 15 |
| 1.5 DEPENSES ET FINANCEMENT : | 15 |
| 1.6 PRESTATIONS PRISES EN CHARGE : | 16 |
| 1.6.1 <i>Assurances privées</i> : | 16 |
| 1.6.2 <i>Programmes publics</i> : | 17 |
| CHAPITRE II : L'ORGANISATION DE L'OFFRE MEDICALE AMBULATOIRE | 19 |
| 2.1 LA MEDECINE LIBERALE : | 19 |
| 2.1.1 <i>La démographie médicale</i> : | 19 |
| 2.1.2 <i>Les modalités d'exercice</i> : | 20 |
| 2.1.3 <i>Les modes de rémunération et d'intéressement</i> : | 21 |
| 2.1.4 <i>Evolution de la responsabilité médicale</i> : | 23 |
| 2.2 LES "MANAGED CARE ORGANIZATIONS" (MCO) : | 23 |
| 2.2.1 <i>Les "Health maintenance organizations" (HMO)</i> : | 24 |
| 2.2.2 <i>Autres réseaux de santé</i> : | 26 |
| CHAPITRE III : LA REGULATION DU COUT ET LA QUALITE DES SOINS..... | 28 |
| 3.1 LES PRINCIPAUX OUTILS DE LA QUALITE, DE LA REGULATION ET DU CONTROLE : | 29 |
| 3.1.1 <i>Principaux outils d'amélioration de la qualité</i> : | 29 |
| 3.1.2 <i>Les différents éléments de régulation</i> : | 31 |
| 3.1.3 <i>Le rôle de l'Etat fédéral</i> : | 32 |
| 3.1.4 <i>Qualité et régulation dans les réseaux</i> : | 33 |
| 3.2 MESURES PARTICULIERES CONCERNANT LES MEDECINS : | 36 |
| 3.2.1 <i>Sélection des médecins par les réseaux</i> : | 36 |
| 3.2.2 <i>Recommandations et standards de bonnes pratiques</i> : | 39 |
| 3.2.3 <i>Profils statistiques des médecins</i> : | 40 |
| 3.3 DISPOSITIONS CONCERNANT LES ORGANISATIONS : | 42 |
| 3.3.1 <i>Entente préalable</i> : | 42 |
| 3.3.2 <i>Programmes d'assurance de la qualité dans les réseaux</i> : | 44 |
| 3.3.3 <i>Accréditation et mesure de la performance des réseaux</i> : | 45 |
| 3.3.4 <i>Programmes nationaux de mesure et d'amélioration de la qualité</i> : | 49 |
| 3.3.4.1 <i>Le HCQIP de Medicare</i> : | 49 |
| 3.3.4.2 <i>Le DQIP</i> : | 50 |
| 3.3.4.3 <i>Le QUERI de la Veterans administration</i> : | 51 |
| 3.3.4.4 <i>Le rapport national annuel sur la qualité du système</i> : | 52 |
| 3.4 AUTRES ELEMENTS CONCERNANT LA QUALITE ET LA REGULATION : | 53 |
| 3.4.1 <i>Le rôle croissant de l'utilisateur</i> : | 53 |
| 3.4.2 <i>Le médicament</i> : | 55 |
| 3.4.3 <i>L'hôpital</i> : | 55 |
| CONCLUSION..... | 57 |
| RESUME ET ANNEXES | |

INTRODUCTION

Contexte de l'étude :

Les actes et prescriptions effectués par les médecins exerçant en ambulatoire font l'objet d'un encadrement recourant à des modalités multiples, afin notamment d'assurer leur pertinence médicale et leur qualité et de contribuer à en réguler le coût pour la collectivité. En France, ces missions d'encadrement sont assurées pour une grande partie par le service du contrôle médical de la CNAMTS et des différents régimes d'assurance maladie, mais également par d'autres institutions, notamment l'ANAES et l'AFSSAPS, qui contribuent à définir et à diffuser des références médicales et des bonnes pratiques.

L'objectif de la mission a été d'étudier la façon dont d'autres pays assurent, au sein de leur système de santé, dans le secteur ambulatoire, cette double fonction d'encadrement des pratiques et des prescriptions médicales et de maîtrise de leur coût. Compte tenu de la diversité institutionnelle des systèmes de santé, la mission a d'abord identifié les différents acteurs impliqués dans chacun des pays retenus (les "payeurs" quels qu'ils soient, les "contrôleurs", les professionnels eux-mêmes, les agences ou structures autonomes d'évaluation...). Elle a analysé ensuite les missions, l'organisation et le fonctionnement des différents systèmes de contrôle et d'encadrement existant dans chaque pays, leurs moyens en personnel, les instruments dont ils disposent (instruments juridiques et techniques, référentiels médicaux, outils d'information...) et les résultats obtenus lorsque des évaluations existent.

Quatre pays ont été retenus dans le cadre de cette étude : les Etats-Unis, l'Angleterre, les Pays-Bas et l'Allemagne. Les Etats-Unis ont été choisis pour une double raison. D'une part, l'importance de leurs dépenses de santé fait de la question de la maîtrise de leur coût l'un des enjeux importants du système. D'autre part, dans le cadre des HMO (Health Maintenance Organizations), des outils d'encadrement des pratiques médicales existent depuis longtemps et ont fait l'objet d'évaluations nombreuses. Les trois autres pays choisis sont européens. Deux d'entre eux – l'Allemagne et les Pays-Bas – présentent d'étroites similitudes institutionnelles avec la France (existence d'une médecine ambulatoire libérale, financement de la santé à travers des caisses d'assurance-maladie). Cette proximité rend les expériences de ces pays plus facilement comparables à l'organisation du système français. Par ailleurs, faisant le constat que de nombreux pays européens ont fait le choix d'un service national de santé (pays nordiques, pays méditerranéens depuis les années 1980) la mission a également retenu l'Angleterre. Il s'agit d'un pays fonctionnant depuis 1948 sur la base d'un service national de santé (National Health Service), que les réformes conduites depuis 10 ans ont significativement fait évoluer, avec une attention croissante portée à la question de la qualité des soins.

Tirant les enseignements des expériences conduites dans ces quatre pays, la mission a formulé par ailleurs des propositions visant à enrichir la pratique française.

Méthodologie :

Concernant les Etats Unis, la mission a cherché :

- d'une part à décrire de façon synthétique le système de santé et l'organisation de l'assurance maladie du pays,
- et d'autre part à analyser de façon systématique les différents outils de partenariat, d'encadrement et de contrôle de la médecine ambulatoire ayant trait à la qualité des soins et à la régulation des dépenses.

Elle s'est appuyée sur :

- des sources documentaires : publications, rapports internes, synthèses et analyses récentes consacrés à l'organisation du système de santé et de la couverture maladie dans le pays et bibliographie, non exhaustive, centrée sur la qualité des pratiques médicales et sur les modes de régulation des dépenses de santé (listés en annexe 1),
- des entretiens et la visite sur place d'institutions publiques et privées sélectionnées parmi les principaux acteurs du système de santé américain (dont la liste figure en annexe 2),
- et la consultation des sites Internet des principales institutions rencontrées.

Différentes approches ont été considérées à priori dans l'analyse des outils et des dispositifs existants. En effet :

- L'amélioration recherchée peut viser l'organisation du système, la pratique professionnelle, la mise en œuvre d'une procédure ou les résultats obtenus.
- Le public concerné par la mesure peut être un professionnel à titre individuel ou une catégorie restreinte de médecins (certains spécialistes) ou les professionnels (médecins de ville) à titre collectif ou l'assuré.
- L'encadrement peut porter sur un acte médical donné : honoraires, visites, consultations, actes ou prescriptions (en général ou certains en particulier, s'adressant notamment à une pathologie précise).
- L'intervention peut avoir lieu a priori ou a posteriori.
- Il peut s'agir d'un contrôle permanent, périodique ou ponctuel.
- La nature de l'opérateur importe également, selon qu'il s'agit d'un autocontrôle, d'un contrôle par la profession ou d'un contrôle par des instances extérieures à la profession (payeur, acheteur, gestionnaire, consommateur).
- L'intervention peut être volontaire ou contractuelle ou réglementaire (juridique, déontologie).
- La nature des sanctions peut varier : négatives (contraintes, pénalités) ou positives (incitations, intéressements), financières (contractuelles ou juridiques) ou fondée sur la persuasion et la recherche de l'adhésion à un ensemble de valeurs.

L'analyse systématique des outils identifiés a cherché à préciser :

- l'organisation et l'organisme contrôleur,
- les moyens dont il dispose :
 - humains
 - techniques
 - système d'information
 - moyens juridiques ou contractuels
 - sanctions possibles
- les modalités pratiques du contrôle,
- une éventuelle réforme récente du contrôle,
- les résultats obtenus :
 - résultats obtenus
 - appréciation sur les résultats, les facteurs de succès et d'échec
 - les résultats en termes de sanctions
- les interactions entre l'outil et les autres caractéristiques du système,
- les perspectives pressenties en matière de contrôle et de régulation.

La lutte contre la fraude qui fait l'objet d'une attention particulière, de procédures propres et qui relève d'un secteur spécifique de l'administration fédérale a été exclue de cette étude.

L'hôpital et le médicament n'ont pas fait l'objet d'une analyse systématique, néanmoins la mission a essayé d'en synthétiser les principales caractéristiques pour ce qui concerne la qualité des soins et le contrôle de leurs coûts.

Sauf indication contraire, les chiffres indiqués sont ceux de l'année 2001.

Par commodité, les termes " managed care plans ", " managed care organizations ", " plans " ou " réseaux " ont pu être utilisés alternativement dans le texte du rapport.

CHAPITRE I : DONNEES GENERALES SUR LE SYSTEME DE SANTE ET ORGANISATION DE LA COUVERTURE MALADIE

1.1 Données générales sur le système :

1.1.1 *La santé est un marché où l'Etat est peu présent :*

La description du système de santé américain n'est pas aisée dans la mesure où la santé relève du domaine privé et où il n'y a pas de système unique concernant l'organisation des soins ou la prise en charge des dépenses. Il n'y a pas de système national obligatoire universel d'assurance maladie.

Pour autant, le système de santé dans son ensemble présente un certain nombre de caractéristiques communes qui permettent d'avoir une vision globale.

L'autorité de l'Etat fédéral ne s'y exerce que de façon limitée. Le Department of Health and Human Services, l'équivalent de notre Ministère de la santé, et les agences fédérales qui en dépendent, cantonnent leurs interventions à :

- la sécurité des produits, via la " Food and drug administration " (FDA),
- la lutte contre les épidémies, avec les " Centers for disease control " (CDC),
- la recherche médicale, dans les " National institutes for health "(NIH),
- l'accompagnement de démarches de qualité et d'évaluation par l'" Agency for healthcare research and quality " (AHRQ),
- la gestion des retraites et des assurances maladies financées par le budget fédéral, supervisée par le " Center for medicare and medicaid services " (CMS).

L'Etat fédéral n'administre aucune institution de soins, hormis celles des forces armées et des vétérans (" Veterans administration "). Il ne contrôle ni les institutions, ni les professionnels de santé.

Chaque Etat définit ses propres règles concernant l'exercice de la médecine et plutôt qu'un système de santé américain unique, on pourrait parler de multiples systèmes selon les états, selon les systèmes de couverture et de prise en charge, selon les situations des individus, notamment face à l'emploi.

1.1.2 *Le secteur est très dynamique, mais inflationniste :*

La santé est d'abord un marché. La médecine est une médecine de pointe. Les capacités et les succès sont impressionnants en matière de recherche et d'innovation et les performances des industries de santé sont très fortes du fait d'une association étroite entre le monde médical, les responsables politiques et les industriels.

Les grandes entreprises de produits ou de biens de santé fusionnent et se diversifient en voulant contrôler la gestion, la prise en charge globale de certaines maladies ou les circuits de distribution des biens médicaux, d'approvisionnement des centres de soins intégrés et des hôpitaux.

La médecine se pratique surtout en groupe et est très spécialisée. Les dispositifs de soins et de prise en charge du risque maladie sont d'une grande diversité. Les acteurs privés prédominent.

La concurrence est omniprésente et l'émulation entre les différents acteurs est forte. Le marché est caractérisé par une très grande variété et flexibilité des organisations qui sont en perpétuelle adaptation, et par une surconsommation des biens.

Les équipements des centres et des établissements de santé sont comparables aux nôtres. Les médicaments sont similaires et les méthodes d'investigation et de traitement comparables. Mais, l'expansion des techniques

nouvelles y est encore plus difficilement contrôlable. Les examens se surajoutent plutôt qu'ils ne se substituent les uns aux autres. Les actes médicaux sont démultipliés, les soins surtechnicisés. Cette suractivité et ces surconsommations sont sources d'inflation mal contrôlée des dépenses globales.

1.1.3 Les dépenses y sont les plus élevés au monde sans qu'il y ait de régulation globale :

Les dépenses de santé ont constamment augmenté au cours des dernières décennies - sauf d'exceptionnelles et éphémères périodes de stabilisation - plus vite que le produit intérieur brut (comme en France) et sont les plus élevées au monde :

- 1 211 milliards de \$ en 1999,
- soit environ 4 358 \$ par personne en moyenne,
- 13 % du PIB en 1999, plus près de 14 % en 2000 (12,9 % du PIB, contre 8,7 % en moyenne pour les pays de l'Union européenne et 9,4 % en France en 1998),
- un taux d'accroissement annuel supérieur à 10 % entre 1981 et 1992, mais qui depuis est autour de 5,5 % (ces dernières années le taux de croissance des dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie en France a également dépassé 5 %),
- surtout marqué pour les médicaments et les dépenses publiques qui financent les soins des populations âgées et en situation de précarité.

La régulation macroéconomique est un échec.

Il n'existe d'ailleurs quasiment plus de régulation macroéconomique au niveau fédéral. Par le passé, les tentatives de contrôle global ont échoué (contrôle des salaires et des prix hospitaliers, programmes de restrictions volontaires, tentatives de blocage budgétaire, d'enveloppes globales). Hormis un taux directeur annuel prévisionnel pour les dépenses de Medicare, des mesures de limitations de tarifs et des tentatives de rationalisation des prescriptions au sein de Medicare et de Medicaid, il n'y a aucun objectif national affiché de plafond de dépenses.

De même, les réformes locales de certains Etats ont connu un succès mitigé (assurance maladie universelle dans le riche Etat du Massachusetts) ou même l'échec (réforme de l'Oregon où le panier de soins était défini selon une approche coût/efficacité, projet d'assurance universelle en Californie).

Hormis les dépenses des programmes publics, le souci de limiter les dépenses globales de santé n'est pas même exprimé comme objectif en soi. Il n'apparaît qu'indirectement, à l'occasion des discussions sur le niveau des primes d'assurance et la participation des salariés ou sur la performance relative des différents types d'assurance (" plans ") proposées.

Les principales réglementations de l'assurance sont celles qui encadrent le marché. Et l'évolution des dépenses obéit avant tout aux lois du marché. L'essentiel de la régulation est microéconomique et est imposée par les acheteurs. Elle relève avant tout du contrôle de l'offre, de certaines contraintes pesant sur l'assuré et des limites des prestations couvertes dans le cadre des réseaux de soins intégrés, et de la tarification à la pathologie ou par groupes homogènes de malades dans les hôpitaux.

1.1.4 Le succès n'est que relatif :

La couverture globale est relativement limitée : selon l'OCDE, moins d'un américain sur deux est couvert pour l'ensemble des soins.

Mais surtout, le système est inéquitable. Il sélectionne et rejette les risques individuels les plus lourds et les plus coûteux. Malgré les programmes publics de couverture maladie pour les personnes âgées et les familles pauvres, il laisse près de 15 % de la population sans aucune couverture maladie.

Les résultats sont inégaux. En termes de qualité, persistent des pratiques hétérogènes, des sur et des sous consommations. Les résultats sanitaires sont eux aussi contrastés, selon les populations, les Etats, les pathologies, et les systèmes de prise en charge.

Le secteur est instable du fait d'une judiciarisation importante du système qui augmente les coûts et est source d'effets pervers de sélection, de non prise de risque et de perte de chance.

Sa rentabilité est incertaine et certains réseaux sont fragiles financièrement.

1.2 Organisation générale de la couverture maladie :

Essentiellement d'inspiration libérale, le système d'assurance maladie américain ne repose ni sur le principe d'une couverture généralisée de la population ni sur celui d'un financement public par le biais de prélèvements obligatoires, bien que la participation publique soit conséquente.

Le système de protection sociale américain est mixte et repose sur plusieurs sous systèmes concernant des populations différentes, mais il n'est pas rare que certaines personnes relèvent de plusieurs sous systèmes, couverture par un programme public et assurance privée complémentaire individuelle par exemple. Le système combine des mesures d'assurance sociale destinées aux personnes âgées, et des programmes d'assistance aux personnes gravement handicapées et aux familles défavorisées, prestations qui sont à la charge des dépenses publiques, et des mesures assurancielles privées sous la forme de plans d'assurance santé proposés par les employeurs ou souscrits à titre individuel et volontaire.

La primauté va à l'assurance privée volontaire. Cette assurance est avant tout liée à l'emploi.

La prise en charge publique ne concerne que les personnes âgées de plus de 65 ans qui sont couverts par le programme fédéral Medicare, les familles pauvres éligibles au programme Medicaid et les personnes gravement handicapées qui, si elles sont reconnues dans l'incapacité de travailler, peuvent adhérer au programme Medicare et avoir accès, sous conditions de ressources, à une couverture complémentaire via le programme Medicaid.

Le système a de nombreux laissés pour compte. En 2000, près de 39 millions parmi les quelques 279 millions d'américains, 14 % de la population, ne disposaient d'aucune assurance maladie.

En 2000 :

- 72,4 % de la population avaient une assurance privée (mais une couverture de nature très variable) (72,1 % en 1999),
- 13,4 % étaient couverts par Medicare (13,2 % en 1999),
- 10,4 % par Medicaid (10,3 % en 1999),
- 14 % n'avaient aucune couverture (14,3 % en 1999).

En 1999, parmi les personnes de moins de 65 ans :

- 65,8 % avaient une assurance liée à leur emploi,
- 17,5 % n'avaient pas d'assurance,
- 10,4 % étaient couverts par Medicaid,
- 6,3 % avaient recours à un autre système d'assurance (individuel, anciens combattants...).

1.3 Mécanismes et caractéristiques d'affiliation :

1.3.1 Assurances privées :

L'assurance privée volontaire est la principale forme d'assurance santé pour près de 70 % des américains de moins de 65 ans.

Le système des assurances privées obéit essentiellement aux lois du marché. La concurrence s'exerce au niveau du montant des primes, des prestations couvertes et des différentes options offertes. Les modalités contractuelles ne répondent à aucune convention - cadre et diffèrent ainsi d'un assureur à l'autre.

Pour la majorité des citoyens la couverture des dépenses de santé est liée à l'emploi et à l'entreprise. Bien que les entreprises ne soient pas obligées d'offrir ou de proposer une assurance maladie à leurs employés et quand bien même les primes pèsent lourdement sur leurs prix de revient, celles-ci, et notamment les grandes, principalement pour des raisons d'attractivité ou du fait de la pression syndicale, assument la plus grande partie (plus de 80 %) des primes santé versées aux assureurs.

Les sociétés d'assurance proposent des contrats d'assurance de groupe aux grosses et moyennes entreprises ou des contrats individuels destinés aux travailleurs indépendants et aux petites entreprises.

L'acheteur a la liberté de choisir et de quitter son assureur. La tarification des primes est proportionnelle au risque et aux garanties couvertes. Généralement, des tickets modérateurs et des franchises (selon les prestations) viennent s'ajouter à la prime d'assurance.

Si l'assureur ne dispose d'aucun monopole (tout au contraire, la concurrence est vive, en particulier en zone urbaine), il a par contre la possibilité de limiter sa garantie en excluant certains risques - surtout pour les contrats individuels dans le cadre des assurances traditionnelles et des PPO, à la différence des HMO pour lesquels la sélection des risques médicaux est interdite ou beaucoup plus contrainte - celle de résilier les contrats ou de se retirer du marché.

Les grosses entreprises prennent des contrats de groupe. Elles peuvent également couvrir sur leurs ressources propres les risques de santé de leur personnel, orienter ces derniers vers des réseaux de soins intégrés et se contenter de transférer l'excédent de risque vers les assureurs.

Le taux de personnel couvert dans les grosses et moyennes entreprises est proche de 100 % et n'a pas varié ces dernières années.

Ailleurs, il est plus aléatoire et fluctue avec la conjoncture économique. En 2000, les deux-tiers des entreprises de moins de 200 salariés offraient à leurs employés une assurance maladie, alors qu'elles n'étaient que 54 % dans ce cas en 1998.

Le pourcentage est nettement plus faible dans la plupart des petites entreprises où il est fréquent que moins du tiers des employés soit assuré. De même bas salaires, instabilité de l'emploi et âge sont inversement proportionnels au taux d'assurance.

Enfin des conditions d'éligibilité peuvent exister (temps de travail, ancienneté) et les salariés restent libres de ne pas adhérer à la couverture proposée par leur entreprise :

- soit que le montant des primes leur paraissent trop élevé,
- soit qu'ils bénéficient déjà par ailleurs d'une assurance maladie.

Globalement dans les entreprises qui proposent une couverture maladie :

- 79 % des employés sont éligibles,
- et parmi ces derniers, 81 % adhèrent.

En quelques années, la progression des dépenses couvertes par les contrats d'entreprise a décéléré considérablement. Leur croissance était de l'ordre de 18,1 % par an en 1990 et n'était plus que de 3,6 % en 1996. Cette décélération est largement imputable à une modification dans les politiques d'entreprises dont les contrats d'assurance sont passés de la couverture systématique du paiement à l'acte (assurance traditionnelle "fee for service") à la passation de contrats par l'intermédiaire d'organisations de gestion de soins, les "managed care organizations" (MCO) qui offrent une rationalisation de l'accès, du choix et du contenu des prestations de soins.

Toutefois, il est possible que la rationalisation des soins par les MCO ait atteint certaines limites. Les économies les plus faciles ont été réalisées. Il devient plus difficile d'imposer aux usagers un accès plus restreint aux soins estimés non indispensables. La liberté du choix des médecins et des hôpitaux redevient un enjeu important. La question du taux de participation salariale est également posée et s'avère étroitement liée à la conjoncture économique.

En 2000, la prime d'assurance pour une personne seule s'élevait en moyenne à 202 \$ chaque mois, dont 86 % étaient pris en charge par l'employeur.

Depuis 1996, on note une tendance globale à la hausse des primes d'assurance, liée en partie à la forte croissance des dépenses de médicaments. L'augmentation moyenne des primes a été de :

- 3 % en 1998,
- 7 % en 1999,
- 11 % en 2001.

Jusqu'en 2001, ces hausses ne s'étaient pas répercutées sur les employés. La participation mensuelle de ces derniers avait même diminué entre 1996 et 2000, passant de 37 \$ à 28 \$ en moyenne, à la différence de ce qui avait été observé quelques années auparavant. Entre 1990 et 1996, la contribution moyenne de l'employeur était passée de 85,1 % à 83,9 % ce qui représentait 3,6 milliards de dollars supplémentaires à la charge des salariés. En 2001, la hausse s'est à nouveau répercutée, au moins en partie, sur les employés.

La plupart des entreprises, encore aujourd'hui, continuent à ne prendre en compte que les coûts des plans de santé et ne font rien ou presque pour intégrer la qualité dans leur critères de choix lorsqu'elles passent contrat. A l'inverse, quelques grandes entreprises ou groupes d'entreprises, tel le " Dallas-Forth Worth business group " qui regroupe 180 entreprises et 750 000 personnes, usent de leur poids sur le marché pour promouvoir la qualité, en allant parfois jusqu'à collecter et analyser eux-mêmes des données médicales et des enquêtes de satisfaction et en incitant financièrement leurs employés à adhérer à des plans de santé et à consulter des médecins sélectionnés pour leurs bonnes performances. Certaines vont même jusqu'à travailler directement avec les prestataires de santé pour identifier et mettre en œuvre les meilleures pratiques.

Les américains ont également la possibilité de souscrire une assurance maladie privée à titre individuel. Dans ce cas, les primes d'assurance sont déterminées selon les caractéristiques et les facteurs de risque individuels des personnes et non de façon mutualisée et sont bien supérieures aux contrats de groupe. Les primes demandées aux personnes s'assurant individuellement et présentant des risques élevés s'avèrent le plus souvent rédhibitoires, ce qui explique le faible recours à ce type d'assurance.

En cas de risque lourd, il peut y avoir sélection explicite du risque, surprime pour l'assuré voire plafonnement de la prise en charge de certaines interventions, actes médicaux et restriction de l'accès à certains soins coûteux.

Les principaux critères de choix des contrats tiennent :

- au coût des primes,
- au conseil des proches,
- à la proximité et au libre choix du médecin généraliste,
- aux services du réseau, à leur proximité,
- plus qu'aux résultats du réseau ou aux résultats des enquêtes de satisfaction.

Une expérience lancée il y a 4-5 ans qui ne s'est pas beaucoup développée, mais qui pourrait être réactivée sous une forme ou sous une autre : les comptes-épargnes soins (" Medical savings accounts ") :

- Ce sont de véritables comptes bancaires personnels qui correspondent à une forme particulière d'assurance maladie complémentaire.
- Les employeurs adhérents y versent des cotisations, comme dans l'assurance maladie traditionnelle.
- Ce compte sert exclusivement au paiement des soins mineurs de son titulaire.
- Les dépenses prises en charge sont plafonnées annuellement.
- Si l'assuré ne fait pas le plein usage de son compte, il peut capitaliser l'excédent ou l'utiliser à discrétion.
- Les placements sont exemptés d'impôts et les intérêts rapportés n'entrent pas dans les profits imposables.
- En cas de maladie coûteuse, les soins plus importants sont couverts par l'assurance maladie principale mais avec un ticket modérateur important.
- Cette disposition a été très critiquée par certains pour l'individualisme qui la sous-tend et parce qu'elle risque d'inciter ses bénéficiaires à renoncer à certains soins dans le seul but de pouvoir bénéficier des économies réalisées.

1.3.2 Programmes publics :

Les programmes publics consistent en :

- une assurance sociale pour les personnes âgées ou handicapées “ Medicare ”,
- une assistance médicale gratuite “ Medicaid ” conçue initialement pour les plus démunis puis élargie aux adultes et aux enfants bénéficiaires de l’allocation aux familles monoparentales ainsi qu’aux handicapés et aux personnes âgées ne pouvant pas acquitter les cotisations et franchises de Medicare, sous conditions de ressources,
- une aide aux familles monoparentales.

Les bénéficiaires peuvent élargir à plusieurs de ces programmes : 25 à 30 % des américains en ont bénéficié en 2000.

De surcroît, ils ont le droit de souscrire à un contrat d’assurance privée complémentaire.

Medicare :

L’assurance sociale Medicare est la seule assurance maladie financée par des cotisations obligatoires. Le programme s’adresse à près de 40 millions de personnes, soit environ 13,4 % de la population :

- personnes de plus de 65 ans (34 millions),
- personnes en incapacité permanente : aveugles et handicapés quelque soit leur âge (6 millions),
- personnes en insuffisance rénale terminale (284 000).

Medicare est constitué de deux parties distinctes A (assurance hospitalière “ hospital insurance ” HI) et B (assurance médicale complémentaire pour les soins ambulatoires “ Supplementary medical insurance ” SMI).

Le financement du programme, entièrement à la charge du gouvernement fédéral, repose sur des cotisations sociales obligatoires pour la partie destinée à l’hospitalisation et sur des ressources fiscales, pour une large part, ainsi que des contributions volontaires pour les soins médicaux ambulatoires.

La partie A est essentiellement financée par :

- Les cotisations sociales obligatoires. Celles-ci sont assises sur les salaires et versées à part égale par les entreprises et leurs employés. Par le passé, le taux de cotisation et le plafond des salaires taxables ont été périodiquement relevés pour assurer l’équilibre financier du système. La limite du plafond a été supprimée en 1994. Aujourd’hui, le taux de cotisation est de 2,9 % du salaire brut dé plafonné. Ce taux est partagé à égalité entre salarié et employeur. Le taux de cotisation des travailleurs indépendants est égal à la somme des taux de cotisations patronales et salariales (1,45 % + 1,45 %).
- Les primes mensuelles versées par les personnes de plus de 65 ans ne bénéficiant pas de l’accès gratuit.
- Et d’autres apports : des transferts du budget général en compensation de certaines prestations, des versements du régime de retraite des cheminots, une partie de l’impôt sur la fraction du revenu constituée par les pensions de retraite (une partie du produit de l’impôt sur le revenu perçu sur la part imposable des pensions de retraite).

La partie B est alimentée :

- par les cotisations volontaires des souscripteurs pour 24 %. La prime mensuelle s’élève à 50 \$ (54 \$ en 2002).
- et pour l’essentiel par des subventions du budget fédéral (> 70 %)

A lui seul, le programme Medicare finance pratiquement 20 % des dépenses de santé puisqu’il concerne les plus gros consommateurs de soins (sachant que les assurances complémentaires contribuent aussi pour une part significative aux dépenses).

Son coût a atteint en 1999, 220 milliards \$ sur un total de 1 211 milliards pour l’ensemble des dépenses de santé.

Les dépenses sont dominées par l’hospitalisation et les frais de traitement et de surveillance des personnes hébergées dans les maisons de retraite médicalisées (nursing homes) les centres de convalescence et pour partie ceux de long séjour, ceux-ci restant essentiellement à la charge des patients.

Les conditions d’accès au programme sont les suivantes :

Partie A :

- accès gratuit ouvert à :
 - toute personne âgée d'au moins 65 ans, recevant une pension du système de base de retraite (95 % de la population de plus de 65 ans sont couverts),
 - toute personne bénéficiaire depuis au moins deux ans de l'aide aux handicapés,
 - toute personne atteinte d'insuffisance rénale chronique sous dialyse.
- accès payant ouvert à toute personne âgée d'au moins 65 ans qui le demande et qui ne remplit pas les conditions d'accès gratuit.

Partie B : facultative, mais souscrite par 95 % des assurés, elle permet de contracter des garanties supplémentaires :

- accès ouvert, sous réserve du paiement de la prime mensuelle de 50 \$ à toute personne de plus de 65 ans (adhérente ou non à la partie A) ou handicapée

Le régime est personnel et ne couvre pas les ayants droit.

Les bénéficiaires de ce programme ont accès à l'ensemble des prestataires de soins, cela au même titre que la population couverte par une assurance privée.

Medicare négocie des tarifs d'honoraires avec les prestataires de soins volontaires. Ceux-ci sont alors payés directement par Medicare (système de tiers payant). Les professionnels qui n'ont pas accepté ces tarifs négociés sont quand même limités dans le niveau de leurs honoraires qui ne peuvent dépasser de 15 % les tarifs négociés. Dans ces cas, les médecins sont payés directement par les assurés qui sont secondairement partiellement remboursés par Medicare.

Medicare incite les bénéficiaires du programme à s'affilier à un MCP et a introduit des avantages supplémentaires pour ceux s'inscrivant dans des plans intégrés (HMO) où les médecins sont sélectionnés, jouent le rôle de filtre et sont payés à la capitation.

En l'absence de réforme structurelle, l'équilibre financier de Medicare est fragilisé à long terme par les effets cumulés du vieillissement de la population et de l'accroissement des coûts des services de santé. Dans les dix prochaines années, les dépenses devraient augmenter de 72 % pour l'hôpital et de 97 % pour les autres dépenses médicales couvertes par la partie B. En 2025, les dépenses hospitalières du programme devraient représenter 2 % du PIB, les autres dépenses (partie B) 1,95 % du PIB, alors qu'elles représentaient (parties A et B) 2,7 % du PIB en 1997.

Medicaid :

Medicaid est destiné à offrir une couverture maladie gratuite aux familles pauvres.

A la différence de Medicare qui est un programme national entièrement géré au niveau fédéral, Medicaid est co-géré par l'Etat fédéral et par chacun des Etats fédérés et n'est pas un programme uniforme au plan national.

L'éligibilité à l'assistance médicale gratuite (Medicaid) est déterminée pour partie par l'Etat fédéral. Sont ainsi obligatoirement pris en charge :

- les familles monoparentales éligibles au programme d'assistance temporaire pour les familles dans le besoin,

- les bénéficiaires du “ Supplementary security income ” (SSI), revenu minimum destiné aux personnes âgées de plus de 65 ans qui sont dans le besoin pour les prestations non remboursées par Medicare, aux mal voyants et aux personnes handicapées dans l’incapacité de travailler,
- les enfants de moins de six ans et les femmes enceintes dont le revenu familial est inférieur à 133 % du seuil de pauvreté,
- les enfants de moins de 16 ans vivant dans une famille dont les revenus sont inférieurs au seuil de pauvreté,
- les enfants de moins d’un an dont la mère était éligible au programme durant sa grossesse.

Le seuil de pauvreté aux Etats- Unis est un seuil absolu fondé sur un panier de biens alimentaires, indexé sur l’indice des prix à la consommation. Il varie selon la composition du ménage et était en 1999 de 8 667 \$ par an pour une personne seule de moins de 65 ans et de 13 290 \$ pour un foyer comprenant 3 personnes. En 2000, 31,1 millions d’américains, soit 11,3 % de la population avaient des revenus inférieurs au seuil de pauvreté (11,8 % en 1999).

Au-delà de ces conditions limitatives, chaque état conserve une certaine liberté et peut étendre les critères d’éligibilité à son programme, dans des limites définies par les autorités fédérales. Ainsi, par exemple, tous les programmes Medicaid, quelque soit l’état, doivent prendre en charge les enfants de 6 à 15 ans vivant dans des familles dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté fédéral, mais les Etats ont la possibilité d’étendre cette couverture aux enfants de 6 à 15 ans vivant dans des familles dont le revenu est inférieurs à 185 % du seuil de pauvreté fédéral.

Toutefois, Medicaid ne prend en charge les dépenses de santé que de certains groupes, le niveau de revenu n’étant qu’un des éléments déterminant l’éligibilité au programme.

Une part importante de la population à bas revenu n’a pas accès au programme :

- les familles sans enfant,
- les personnes seules,
- les jeunes de 19 ans et plus.

Finalement, moins de la moitié de la population se trouvant en dessous du seuil de pauvreté fédéral est couverte par Medicaid (39,8 % en 2000).

Afin de pallier ce manque, certains Etats ont mis en place d’autres programmes de couverture maladie qui leur sont propres, en particulier pour les personnes pauvres sans enfant. Pourtant, 29,5 % des personnes pauvres sont restées sans couverture en 2000 (9,2 millions de personnes).

En 2000, Medicaid couvrait 33 millions de personnes, soit 10,4 % de la population américaine, pour un coût total, en 1999, de 190 milliards de dollars, soit environ 12 % du total des dépenses de santé.

Le financement du programme Medicaid est partagé pratiquement par moitié entre le gouvernement fédéral -qui en a assuré 56 % en 1999- et chaque état. La participation fédérale au programme est au minimum de 50 % et varie en fonction d’un mécanisme de péréquation qui vise à corriger en partie les inégalités de richesse entre états.

Parmi les bénéficiaires :

- 49 % sont des enfants,
- 20 % des adultes à bas revenu,
- 20 % des mal voyants et des handicapés,
- 11 % des personnes âgées dont les ressources sont limitées.

La répartition des dépenses est autre :

- 14 % sont consacrés aux enfants,
- 10 % aux adultes pauvres,
- 42 % aux mal voyants et aux handicapés,
- 29 % aux personnes de plus de 65 ans disposant de ressources limitées,
- 4 % au paiement des hôpitaux.

La plus grande partie des dépenses est liée à la prise en charge des personnes âgées et des incapacités. Le programme Medicaid prend en charge les frais de long séjour- qui ne sont pas couverts par Medicare- des personnes de plus de 65 ans et des personnes handicapées, dès lors que ces personnes ne peuvent en assurer le financement.

Medicaid couvre une gamme étendue de prestations médicales. La loi fédérale impose ainsi une prise en charge :

- de l'hospitalisation,
- des soins prénataux et d'accouchement,
- des consultations médicales,
- des analyses de laboratoire,
- des examens de radiologie,
- des soins de long séjour,
- et, pour les moins de 21 ans, des services de médecine préventive,
- (vaccinations...).

La prise en charge des médicaments et des soins dentaires est laissée à l'appréciation des états.

De plus, les états peuvent limiter en temps et en montant les prestations : par exemple le nombre de séjour à l'hôpital pour telle type d'intervention.

Les programmes Medicaid opèrent sous le régime du tiers payant. Là aussi la population, au moins en théorie, à accès à l'ensemble des producteurs de soins indépendants.

Les prestations et les rapports avec les fournisseurs de soins sont gérés par les états qui sont responsables de la maîtrise de la dépense. L'administration locale de Medicaid dans les Etats a :

- passé des conventions avec les centres de soins intégrés et les MCO au fur et à mesure de leur extension,
- fixé ses propres tarifs,
- limité la prescription de médicaments à des listes,
- limité le coût et la durée des hospitalisations.

Mais, même si la contribution de l'assurance médicale gratuite à la suppression des barrières d'accès aux soins a été indéniable, la faiblesse de certains tarifs homologués en particulier ceux des consultations et des visites conduit de nombreux médecins à ne pas accepter ces malades. De même, ils paupérissent de nombreux hôpitaux et certains d'entre eux refusent de prendre en charge cette population (sachant qu'ils sont obligés de prendre en charge en cas d'urgence vitale mais qu'ils peuvent ensuite transférer dès que le pronostic vital n'est plus engagé). Aussi, ces patients ont-ils recours aux mêmes structures de soins que les non-assurés, à savoir principalement les hôpitaux locaux qui répercutent les coûts afférents sur leurs différentes sources de financement.

L'importance des coûts de ces deux programmes et leur accélération à un rythme nettement plus rapide que celui des dépenses de santé gérées par le secteur privé - ce que la nature même des populations protégées explique en très grande partie - ont engendré dans une partie de l'opinion publique américaine la conviction que ces programmes sont sources de gaspillage et d'efficacité sociale limitée.

1.3.3 Les non assurés :

Du fait de l'absence de système de couverture maladie universelle, de l'absence d'obligation de s'assurer et de l'importance des coûts de l'assurance, très nombreux sont les américains mal ou pas assurés. En 2000, 14 % de la population sont restés dépourvus d'assurance, soit 38,7 millions d'américains. Ce chiffre fluctue en fait grandement en fonction des données économiques et était en baisse de 600 000 par rapport à l'année antérieure.

Ce chiffre pourrait être sous estimé du fait de l'absence de système de recensement et des modes très variés d'assurance, et parce qu'il ne prend pas en compte les personnes qui n'ont bénéficié d'une couverture que de façon temporaire.

Le nombre de personnes mal assurées est estimé entre 20 et 25 millions. Ces personnes ne sont couvertes que pour des garanties limitées, par exemple pour une hospitalisation grave, et sont également très vulnérables car pouvant être mises en demeure de payer des soins qui les conduiront parfois à la banqueroute.

Dans les systèmes de couverture universelle, les individus n'accédant pas à la protection sociale sont des exclus ayant épuisé leur droit aux allocations sociales ou n'y recourant plus. Ils appartiennent le plus souvent au noyau dur de la pauvreté et leur état de santé est très nettement détérioré par rapport à celui de la population en général.

Aux Etats-Unis le programme Medicaid apporte aux personnes les plus pauvres une aide médicale gratuite. Leur taux d'utilisation du système de soins est plus intense que les groupes "non pauvres" qui n'ont pas accès à Medicaid.

Toutefois, l'absence d'assurance maladie reste largement liée au niveau de revenus :

Parmi la population non assurée, en 2000 :

- près d'un quart (23,8 %) est en dessous du seuil de pauvreté,
- près de 30 % ont des revenus inférieurs à deux fois le seuil de pauvreté.

29,5 % des personnes dont le revenu est inférieur au seuil de pauvreté n'ont pas d'assurance maladie.

Plus de 80 % de l'augmentation de non assurés ces dernières années a touché les personnes dont le revenu est inférieur à 200 % du seuil de pauvreté.

Parmi les autres éléments intervenant dans la non couverture maladie :

- la baisse du nombre de personnes bénéficiant de certains dispositifs d'aide sociale, notamment d'allocations pour parents isolés,
- ailleurs le franchissement par certains du seuil de pauvreté sans pour autant leur donner les moyens d'auto financer leur assurance maladie.

Les groupes pour lesquels la probabilité de ne pas avoir d'assurance maladie est la plus forte sont :

- Les étrangers (7,6 millions de personnes, soit plus de 41 % d'entre eux),
- Les jeunes adultes, surtout les hommes. Près de trois jeunes sur dix (27,3 %) âgés de 18 à 24 ans ne disposent d'aucune couverture maladie,
- Les personnes vivant dans les familles à faible revenus. Celles dont les revenus sont inférieurs à deux fois le seuil de pauvreté représentent 56 % des non assurés,
- Les minorités raciales et ethniques, notamment les hispaniques deux fois moins couverts que les caucasiens : 13 % des "blancs" ne sont pas assurés, 18,5 % des "noirs", un tiers des hispaniques,
- Les personnes vivant dans des familles constituées de travailleurs travaillant à temps partiel ou de personnes sans emploi,
- Les travailleurs à faible revenus employés dans de petites entreprises,
- Les enfants vivant dans des foyers multi générationnels ou élevés par d'autres personnes que leurs parents.

En 1999, plus d'un enfant sur neuf (12,6 %) n'avait pas accès à une assurance maladie soit 9,1 millions d'enfants. Ce chiffre est tombé à 8,5 millions en 2000 (soit 11,6 % des enfants de moins de 18 ans).

Les différences sont par ailleurs très importantes entre Etats, liées d'une part au niveau de richesse des Etats qui détermine très largement la part de la population couverte par les régimes privés d'assurance maladie et, d'autre part, les décisions politiques concernant les programmes de prise en charge publique propres aux Etats ou à la participation de chaque Etat à Medicaid.

Une partie des personnes éligibles à Medicaid ne fait pas les démarches nécessaires pour en bénéficier. Cela semble tenir d'une part à un manque d'information sur les règles d'attribution, notamment du fait de la barrière linguistique, et à la complexité des modalités d'ouverture des droits ; d'autre part au fait que les personnes en bonne santé ne jugent pas toujours nécessaire de disposer d'une assurance maladie, d'autant que l'accès aux prestations de Medicaid est rétroactif ; sans oublier la stigmatisation qui s'attache au bénéfice de prestations sociales aux Etats-Unis.

La population non-assurée dépend, en matière d'accès aux soins, d'une infrastructure laissée à l'initiative des pouvoirs publics locaux : centres médico-sociaux, dispensaires et hôpitaux publics de qualité inégale.

L'absence de couverture maladie a un impact non seulement sur l'accès aux soins mais aussi sur l'état de santé des personnes. Un adulte sur cinq renoncerait à se faire soigner alors qu'il présente des symptômes qu'il pense sérieux. 30 % des adultes n'achèteraient pas les médicaments ou n'effectueraient pas les examens qui leur ont été prescrits en raison de contraintes financières. En outre, les personnes non assurées sont 1,5 fois plus souvent hospitalisées que les autres pour des motifs d'hospitalisation évitables. Le taux de diagnostic d'un cancer à un stade évolué est beaucoup plus important chez les non assurés.

Alors même que les hôpitaux publics sont tenus de prendre en charge les personnes se présentant aux urgences qu'elles soient assurées ou non.

1.4 Les acteurs :

Malgré l'existence d'une couverture maladie publique pour certains groupes de la population, le système de santé américain est géré principalement par des acteurs liés aux assurances privées.

Le marché national de l'assurance maladie est très peu concentré et fait intervenir de multiples acteurs :

- Plus d'un millier, quelques 3 500 sociétés d'assurance privées opèrent peu ou prou sur le marché.
- Le réseau d'assurance qui reste le plus important est à but non lucratif (Blue Cross & Blue Shield).
- Les premiers réseaux d'assureurs à but lucratif contrôlent une part restreinte du marché.
- La plupart des plans d'assurance correspondent à quelques centaines de milliers d'adhérents.
- Les grands réseaux d'assurance ont une pénétration plus élevée en dehors des réseaux de santé très intégrés.
- Mais plus du tiers des HMO sont dirigés par une compagnie d'assurance commerciale ou de type Blue Cross & Blue Shield.
- Certains assureurs ont créé leur(s) propre(s) réseau(x) de santé.

1.5 Dépenses et financement :

La répartition des dépenses :

Les dépenses globales ont dépassé 1 211 milliards de \$ en 1999 :

- 32 à 35 % ont été des dépenses hospitalières,
- 19,5 à 22 % des dépenses d'honoraires médicaux,
- 6 à 8 % des dépenses médicamenteuses, ce dernier poste étant celui en plus forte croissance ces dernières années, à la fois du fait d'une augmentation des prix et des volumes (> 15 % par an).
- Le reste des dépenses concerne les autres établissements de prise en charge (pour soins infirmiers, soins de rééducation ou de long séjour, troubles mentaux) et les autres prestataires de santé.

La répartition des financements :

Même si elles concernent le plus grand nombre, la contribution des assurances privées aux dépenses de santé est inférieure au financement public par l'impôt.

En 1998, 33 % des dépenses de santé ont été financées par les assurances privées, 45 % par un financement public, les 22 % restants correspondant au débours net des ménages.

Les dépenses publiques de santé sont élevées (7 % du PIB). Elles relèvent de l'Etat fédéral, de chacun des Etats et des municipalités. Elles comprennent :

- les contributions de l'Etat fédéral pour la couverture des :
- personnes âgées et invalides (Medicare),

- personnes les plus défavorisées (Medicaid),
- anciens combattants (Veteran administration),
- militaires et leurs ayants-droits (Champus),
- les contributions des Etats fédéraux qui participent au financement de Medicaid,
- la contribution des pouvoirs publics locaux, essentiellement pour les hôpitaux municipaux publics.

Les dépenses publiques ont été en augmentation ces dernières années : Medicare et Medicaid mobilisent aujourd'hui 45 % des dépenses de santé.

L'assurance privée volontaire prend en charge le tiers des dépenses. Le risque santé est géré par les assureurs en répartition, de sorte que les primes encaissées dans l'année doivent couvrir les prestations fournies aux assurés.

La participation directe des ménages a été de l'ordre de 22 % en 1998 ; Elle correspond à :

- des paiements directs d'honoraires (" fee for service "),
- des tickets modérateurs (" copayements "),
- des franchises (" deductibles ").

Les débours sont élevés pour les médicaments (environ 45 %), les investigations diagnostiques, les maisons de retraite et les soins dentaires. Ils ne participent que très peu au financement des soins ambulatoires et hospitaliers.

A ces débours nets des ménages, il faut ajouter la fraction de prime déduite de leur salaire ou la prime pleine pour les contrats individuels.

Les primes sont fiscalement déductibles pour les entreprises. Les particuliers qui ont encouru des dépenses de santé excédant 7,5 % de leur revenu imposable peuvent déduire de leur impôts les débours restant à leur charge.

Le prépaiement des primes et la généralisation du tiers payant à l'hôpital et dans les services ambulatoires ont considérablement abaissé les barrières d'accès aux soins que constituent l'avance des frais médicaux en cas de paiement direct ou le règlement de la facture de l'hôpital à épuisement du revenu et du patrimoine.

1.6 Prestations prises en charge :

1.6.1 Assurances privées :

La concurrence entre assureurs permet en théorie à chacun de choisir entre plusieurs plans de santé, en tout cas dans les grandes villes et dans les grandes entreprises. Mais l'assurance de groupe est prédominante : l'employeur s'efforce d'enrôler la majorité de son personnel dans un contrat unique qui sera d'autant moins onéreux que le groupe est plus étendu. Cela limite de fait pour de très nombreux employés la liberté de choisir leur assureur et leur contrat.

La principale limite de l'assurance privée est la sélection des risques. Les contrats sont sélectifs. La garantie est limitée. Le contrat qu'il soit individuel ou de groupe définit généralement une couverture de base et offre des options pour une couverture plus complète.

Sauf mutualisation dans le cadre d'un contrat collectif, la tarification des primes est calculée en tenant compte des risques propres à l'assuré. Elle sera différente selon l'âge, le sexe et les antécédents médicaux. Le plus souvent un contrôle médical est effectué dans le cadre des plans des petites et moyennes entreprises. Alors qu'il n'est pas la règle dans les gros contrats de groupe où la mutualisation des risques peut permettre à l'assureur d'enrôler tous les employés sans visite médicale.

L'assureur peut refuser d'assurer celui qui présente des risques trop lourds, exclure du contrat les risques aggravés ou leur appliquer une surprime.

Le coût prohibitif des primes pour une personne à risque élevé et assuré à titre individuel, est le principal facteur limitant l'accès à la couverture du risque.

Outre les limitations de prise en charge, la pratique de la franchise est habituelle, laissant à l'assuré le règlement des premiers frais médicaux, ainsi que celle de tickets modérateurs qui varient selon le type de prestations. Les contrats peuvent prévoir un plafonnement (généralement annuel) des débours personnels.

Les prestations que l'assureur s'engage à prendre en charge peuvent être limitées par un plafond.

Même dans les contrats les plus avantageux, il existe une limitation, généralement du montant annuel, des dépenses médicamenteuses et dentaires ou des surprimes en cas de dépassement d'un seuil de consommation ou de survenue d'une pathologie particulière.

La prime est généralement majorée pour la couverture des ayants droit.

Certaines MCO ont pu mettre en place des stratégies visant à attirer de façon sélective les individus en bonne santé et à décourager l'adhésion de personnes présentant des problèmes de santé importants.

Certains contrats proposent une prise en charge limitée et donc de moindre qualité pour les soins les plus lourds.

Il y a donc en pratique une grande variété de prestations prises en charge selon les plans.

1.6.2 Programmes publics :

L'étendue des prestations des programmes publics comporte elle aussi de nombreuses limitations.

La partie A ("Hospital Insurance") du programme Medicare est principalement limitée à l'hospitalisation en court séjour, déduction faite des honoraires médicaux et d'une franchise qui s'élevait en 2001 à :

- 792 \$ pour une hospitalisation de 1 à 60 jours,
- 198 \$ par jour entre le 61^{ème} et le 90^{ème} jour,
- 396 \$ entre le 91^{ème} et le 150^{ème} jour.

Les séjours ne sont plus pris en charge au delà du 150^{ème} jour. Toutefois les adhérents, s'ils sont hospitalisés plus de 90 jours consécutifs, peuvent disposer, à une occasion, d'une "réserve" de 60 jours pendant lesquels ils sont pris en charge, tout en devant acquitter un ticket modérateur journalier de 396 \$.

Les séjours en maison de convalescence nécessitant des soins infirmiers spécialisés sont également pris en charge, déduction faite d'un ticket modérateur quotidien de 99 \$ applicable à partir du 21^{ème} jour. La durée de prise en charge du séjour est limitée à 100 jours.

Pour partie, les soins médicaux à domicile sont couverts. L'utilisation d'équipements médicaux de longue durée à domicile est prise en charge à 80 %.

La prise en charge des personnes en fin de vie est assurée, moyennant une participation de 5 \$ pour les médicaments.

Enfin le sang est pris en charge au-delà de 3 culots, sauf si ceux-ci ont été collectés spécifiquement pour la personne ou en auto-transfusion.

Par contre, la couverture des soins dans les maisons de retraite médicalisées et la prise en charge des personnes dépendantes relèvent d'autres mécanismes : dans une faible mesure, des assurances privées et des ressources propres des individus et, de manière plus importante, sous conditions de ressources, de Medicaid.

Cette partie A représente les trois quarts des dépenses de Medicare.

L'autre partie B ("Medical Insurance") du programme, facultative et payante (prime mensuelle de 50 \$) ouvre une prise en charge pour les soins ambulatoires, après application de franchises et de tickets modérateurs.

Elle rembourse principalement :

- les honoraires des professionnels de santé à hauteur de 80 % des tarifs approuvés, déduction faite d'une franchise annuelle de 100 \$,
- les soins médicaux et chirurgicaux ambulatoires,
- les principaux examens complémentaires ambulatoires,
- une partie des soins de convalescence et de rééducation et 80 % du coût du matériel médical à domicile,
- 80 % ou plus, des actions de prévention (dépistage des cancers colo-rectaux, du sein, du col de l'utérus, de la prostate, matériel de dosage pour les diabétiques, vaccination contre la grippe ou contre la pneumonie à Pneumocoque), actions qui sont parfois limitées aux personnes à risque (vaccination contre l'hépatite B, dépistage du glaucome, mesure de la masse osseuse).

Elle couvre en partie les soins psychiatriques en ambulatoire (50 %) et le long séjour.

Elle ne couvre pas les examens de santé de routine, ni les soins dentaires (sauf exception).

Mais surtout, elle ne couvre pas les frais pharmaceutiques (sauf exception : chimiothérapies et immunosuppresseurs dans le cadre d'une transplantation principalement), ce qui donne lieu à de vives critiques car ils sont élevés à cet âge. De nombreux projets de loi ont prévu le remboursement des médicaments prescrits mais se sont heurtés à l'hostilité de l'industrie pharmaceutique qui craint à cette occasion la mise en place par l'Etat d'une administration des prix, et ont finalement été abandonnés.

Compte tenu des prestations non couvertes (principalement les soins hospitaliers pour les affections invalidantes de longue durée, la dépendance et les médicaments en ambulatoire), des franchises et des tickets modérateurs Medicare couvrirait au total moins de la moitié des dépenses de santé de la population âgée.

Ceci explique en partie le développement des assurances privées complémentaires individuelles auxquelles ont par ailleurs souscrit une grande majorité (65 à 70 %) des bénéficiaires de Medicare, notamment pour couvrir plus ou moins complètement leurs dépenses médicamenteuses.

Depuis 1997, les personnes relevant de Medicare ont été également incitées à adhérer à un " managed care plan ", et notamment à un HMO qui, en échange d'une restriction du libre choix des médecins et des hôpitaux, assurent plus de prestations (médicaments, examens de routine, des yeux, de l'audition...). Toutefois, ces dispositions (" Medicare + Choice ") ont connu un succès limité, car les personnes âgées sont réticentes à ne pas disposer du libre choix de leurs médecins et que ces derniers ne les y incitent pas pour des questions de revenus principalement.

Comme on l'a vu, Medicaid couvre, pour sa part, une gamme étendue de prestations médicales.

La loi fédérale impose ainsi une prise en charge de l'hospitalisation, des soins prénataux et d'accouchement, des consultations médicales, des analyses de laboratoire et des examens de radiologie les plus courants, des soins de long séjour et, pour les moins de 21 ans, des services de médecine préventive(vaccinations...).

La prise en charge des médicaments et des soins dentaires est laissée à l'appréciation des états.

De plus, les états peuvent limiter en temps et en montant les prestations : par exemple le nombre de séjour à l'hôpital pour telle type d'intervention.

CHAPITRE II : L'ORGANISATION DE L'OFFRE MEDICALE AMBULATOIRE

2.1 La médecine libérale :

2.1.1 La démographie médicale :

Le secteur de la santé est le premier employeur du pays et. Pour autant, la densité médicale est moins élevée qu'en France (2,7 vs 3 pour 1000), soit quelques 750 000 médecins dont environ 685 000 médecins actifs en 1997) et la densité hospitalière y est plus modérée. Le taux de féminisation des médecins est plus faible qu'en France mais va croissant.

La répartition des médecins sur le territoire est aussi déséquilibrée que dans notre pays, prédominant dans les zones urbaines et les Etats riches.

Il n'existe pas à proprement parler de régulation de la démographie médicale. Elle est très peu administrée par l'Etat fédéral. La démographie médicale dépend en grande partie des places disponibles dans les universités dont un bon nombre sont privées. Elle a progressé de façon considérable ces dernières années (+ 84 % entre 1970 et 1990) notamment du fait des aides financières accordées par les pouvoirs publics aux universités au moment de la création des programmes publics Medicare et Medicaid et jusque dans les années 1980. L'arrivée de médecins étrangers a également joué un rôle. Ces derniers, pratiquant des tarifs généralement plus bas, sont facilement conventionnés par les HMO, ce qui contraint leurs concurrents à baisser leurs tarifs.

Plus récemment, les aides financières ont été drastiquement diminuées et la sélection dans les facultés de médecine est devenue très étroite, sans qu'existe de véritable *numerus clausus* national.

Du fait d'une organisation centrée, après 1945, sur la science et les techniques médicales, le degré de spécialisation est devenu très important, nettement plus élevé qu'en France : pratiquement 9 médecins américains sur 10 sont des spécialistes (87 %), 35 % du total des médecins sont spécialistes à l'hôpital, 52 % du total sont spécialistes en ville.

Les 13 % restants sont généralistes en ambulatoire mais interviennent souvent aussi à l'hôpital.

Le faible nombre de généralistes est relativement compensé :

- par le nombre de médecins de premier recours, de premier soins "primary care physician" (PCP) : presque un médecin sur trois. Par opposition aux médecins spécialistes, ce sont les médecins généralistes, les praticiens spécialistes de médecine interne qui sont aussi nombreux que les généralistes omnipraticiens et qui exercent des fonctions de généralistes, les pédiatres, les gynécologues obstétriciens et les médecins gériatres. Cette proportion est toutefois en baisse permanente.
- et par une redéfinition des compétences respectives des différents professionnels depuis le développement important des assistants médicaux "physician assistants" et surtout "nurse practitioners" ces dernières pratiquant un très grand nombre de soins de premier niveau, dont la prescription de médicaments et des petites interventions, redéfinition qui favorise une approche intégrée et pluridisciplinaire comme elle existe dans les réseaux.

Les HMO, le rôle croissant dévolu aux "primary care physicians" par les MCO, la répartition préférentielle des fonds de formation de Medicare depuis 1997 dans les sites ambulatoires et dans les régions sous-médicalisées ont un temps influé sur l'arrivée sur le marché de médecins étrangers moins coûteux, ainsi que sur la répartition spécialistes/médecins de soins primaires. Mais la sélection à l'université, le prestige et l'attrait financier liés aux techniques et à la spécialisation ainsi que l'influence des associations de professionnels demeurent très présentes.

En matière d'activité médicale ambulatoire :

- Le nombre moyen de consultations annuelles par habitant est sensiblement plus faible aux Etats Unis (5) qu'en France (8) (année).
- Les visites à domicile ont pratiquement disparu (0,2 par habitant, sept fois moins qu'en France).

2.1.2 Les modalités d'exercice :

L'autorisation d'exercer et l'installation :

Pour pouvoir exercer, un médecin doit y être autorisé et ce, dans chaque Etat où il veut exercer. Il peut l'être dans plusieurs Etats, l'être dans un Etat et refusé dans un autre.

L'autorisation relève d'organismes publics, les " State licensing Boards ". Ces derniers sont également en charge de l'ordre professionnel. Ils sont habilités à recevoir les plaintes des usagers (40 %), des confrères (30 %) et des institutions. Ils peuvent suspendre temporairement ou révoquer définitivement l'autorisation d'exercer. Cette sanction ne vaut que dans l'Etat qui l'a prononcée. Mais il existe depuis le milieu des années 80 une banque de données nationale assurant la " tracabilité " des médecins ayant eu des problèmes, la " National practitioner data bank " à laquelle les hôpitaux et les assureurs sont tenus de rapporter toutes les poursuites judiciaires des médecins avec lesquels ils ont contracté, ainsi que les restrictions de " privilèges " hospitaliers, les sanctions disciplinaires pour fraude, les problèmes liés à la qualité des soins...

Les autorisations d'exercer doivent être en principe renouvelées tous les 2 ou 3 ans, sur la base d'un examen par questions à choix multiple ou par des attestations de présence à des séances de formation continue dont la qualité est très variable, les congrès et conventions professionnelles étant considérés comme validant.

Concernant les spécialités, un certificat de qualification est délivré par une instance nationale spécifique à chaque spécialité. Il est obtenu en fin d'étude de la spécialité sur la base d'un examen écrit, puis doit être renouvelé à intervalles réguliers soit sur présentation d'une attestation de la réalisation d'un certain volume d'actes, par exemple pour les chirurgiens, soit sur la base d'un nouvel examen oral. Les médecins généralistes doivent repasser devant leur commission nationale tous les 7 ans.

Aux Etats-Unis, comme en France, les médecins peuvent s'installer librement où ils veulent et jouissent d'une assez grande liberté de prescription, hormis les recommandations plus ou moins contraignantes de certains réseaux. Leur statut social est comparable à celui des médecins français, même si le niveau moyen de revenus des praticiens français est moindre.

Les modes d'exercice :

Le système américain fait coexister plusieurs modes d'exercice de la médecine et plusieurs types d'organisation, comme c'est le cas dans notre pays. Les médecins peuvent exercer en pratique privée, dans un cabinet libéral, seuls ou en groupe, ou travailler dans un hôpital, public, privé ou encore privé à but non lucratif.

Nombre de médecins associés à des réseaux ont la capacité de pouvoir faire hospitaliser leurs patients, de participer à leur prise en charge à l'hôpital (" privilege ") et de recevoir des honoraires directs, hors budget hospitalier.

70 % des " primary care physicians " exercent en cabinet libéral individuellement ou en association. L'exercice de groupe est devenu prépondérant. Une association compte en moyenne 5 médecins.

26 % des généralistes exercent également à l'hôpital.

Plus des 2/3 des médecins ont passé contrat avec une " managed care organization " (MCO). Plus de 90 % des généralistes sont sous contrat avec une ou souvent plusieurs MCO. Un médecin américain serait en moyenne sous contrat avec une douzaine de MCO.

Les associations professionnelles, même si elles ne disposent pas de représentativité légale et si l'adhésion n'est pas obligatoire, jouent un rôle important :

- en matière déontologique,
- en ce qui concerne les démarches d'évaluation et les normes de pratiques,
- en matière d'influence sociétale et politique.

L'American medical association (AMA) regroupe quelques 290 000 médecins, entre 35 et 50 % des médecins en activité. En outre les spécialités ont chacune une association propre.

2.1.3 Les modes de rémunération et d'intéressement :

Il n'existe pas de convention – cadre entre assureurs et médecins concernant leur mode de rémunération, mais une multitude de modalités de contrats qui ne sauraient être décrits de façon exhaustive.

Schématiquement, les médecins peuvent être rémunérés selon trois modes de paiement :

- à l'acte,
- selon un système de capitation,
- ou sur la base d'un salaire.

Les chiffres ne sont pas connus précisément :

- au moins 30 à 40 % des médecins sont payés à l'acte, mais il est probable que ce nombre ait assez nettement augmenté dernièrement,
- jusqu'à 55 % ont été payés à la capitation, mais leur nombre est aujourd'hui vraisemblablement moins important,
- 15 % à 25 % seraient salariés de HMO.

Les trois quarts des médecins américains sont rémunérés par un (ou des) tiers payeur(s) et non par les patients eux-mêmes.

Depuis 1984, les barèmes sont déterminés sur la base d'une nomenclature unique des actes médicaux, le " Current procedural terminology " ou CPT4, utilisée de façon uniforme sur tout le territoire. Cette nomenclature est éditée par l'Association des médecins américains (AMA) et est élaborée en collaboration avec les diverses sociétés savantes et les compagnies d'assurance les plus importantes. Sur la base de cette nomenclature, la valeur des actes diffère selon le barème de chaque assureur.

Dans les modèles d'assurance traditionnelle :

La méthode de rémunération repose sur un système de paiement à l'acte sans tarif conventionnel uniforme. Les médecins définissent leurs honoraires librement, une partie étant prise en charge par l'assurance sur la base d'un barème défini, l'autre par le patient. La méthode traditionnelle utilisée pour déterminer le barème consiste à définir un tarif au cas par cas, pour chaque médecin et pour chaque acte facturé à partir :

- de l'honoraire habituellement demandé par un médecin donné pour l'acte considéré,
- de l'honoraire effectivement facturé le jour de la consultation,
- et des honoraires habituels demandés pour l'acte concerné dans la zone géographique donnée.

Il n'existe donc pas de tarif fixe, ni pour un acte donné, ni pour un médecin donné. Le patient ne connaît pas à l'avance le montant des frais qu'il devra acquitter. La somme qui lui est remboursée, correspond généralement à la plus petite des trois sommes prises en compte pour la rémunération du médecin.

Par ailleurs, il est arrivé que des médecins d'une même zone se soient entendus pour augmenter leur tarifs, sans que patients et assureurs ne disposent de réels moyens de refus ou de sanctions.

Dans les HMO :

Les modes de rémunération ne sont pas exclusifs les uns des autres pour une entité assurantielle donnée.

La rémunération peut se faire à l'acte, certains médecins peuvent être payés à la capitation, d'autres médecins peuvent être salariés du réseau.

Lorsque le paiement se fait à l'acte, les médecins doivent respecter les tarifs définis par l'assureur sans possibilité de dépassement, ni de faire supporter des frais supplémentaires au patient. Ce dernier connaît par avance le montant de sa participation financière.

Cependant, il n'existe pas de barème tarifaire univoque. Chaque assureur définit son barème propre, de sorte qu'un médecin participant à plusieurs réseaux ne connaît pas toujours à l'avance le niveau de sa rémunération pour une consultation ou un acte donnés et inscrit sur la feuille de facturation ses honoraires " traditionnels ".

Plusieurs méthodes existent pour déterminer les barèmes tarifaires :

- à partir de l'ensemble des honoraires demandés dans la zone géographique donnée,
- ou à partir d'une échelle de valeur relative des actes selon leur complexité technique, leur coût et leur temps d'exécution. La première échelle de valeur établie au plan national a été introduite en 1992 dans le cadre de Medicare et tend à se généraliser mais selon des modalités qui varient notamment selon les spécialités.

Dans le cadre du système de paiement à la capitation, le médecin reçoit une somme forfaitaire annuelle ou mensuelle pour chacune des personnes inscrites sur la liste d'adhérents dont il est responsable, indépendamment des soins dispensés. Il existe en fait une grande variété de capitation selon l'étendue des soins pris en charge. Certaines ne couvrent que les soins délivrés par le médecin de premier recours, y compris ses visites faites à l'hôpital. D'autres également les examens complémentaires courants (radiologie, biologie). Certaines prestations peuvent en être exclues, par exemple les soins préventifs. Le montant de la capitation est souvent ajusté en fonction du sexe et de l'âge des patients ou selon le type de médecins.

Il existe le plus souvent un système de protection destiné à limiter la responsabilité financière du médecin, fixant par exemple un montant prédéterminé au delà duquel il n'est plus engagé. Globalement, la responsabilité financière des médecins aurait été diminuant ses dernières années.

De leur côté, les assurances ont mis en place des systèmes de réassurance pour absorber les coûts des adhérents à haut risque.

Des mécanismes d'intéressement :

Différents mécanismes d'intéressement aux pertes et aux bénéfices de l'assureur ont été mis en place par un certain nombre de " managed care plans " et notamment :

- les retenues sur capitation et sur paiement à l'acte,
- les programmes de partage des bénéfices.

Dans ces cas, les médecins sont couramment organisés en pools de taille variable, à des fins de partage de risques.

Le système de retenue repose sur un prélèvement d'une partie (entre 10 et 20 %, voire 25 %) de la capitation ou de chacun des honoraires versés au médecin dans le cas d'un paiement à l'acte, pour constituer un fond de réserve commun au pool. Ce fond sert à couvrir en fin d'année les dépenses supérieures aux prévisions pour les prestataires de première et de seconde lignes (hospitalisation et spécialistes). Le surplus éventuel est redistribué aux médecins du pool selon un mode de répartition très variable. Dans certains cas, la répartition est égale entre tous les médecins du pool, indépendamment de leur performance financière. Ailleurs, lorsque les médecins sont payés à la capitation, seuls ceux qui n'ont pas dépassé leur budget, se partageront le surplus du fond de réserve. Ailleurs un ou plusieurs indicateurs de répartition -déterminés en partie à partir des profils statistiques- peuvent être retenus : ancienneté, productivité, utilisation des ressources, volume d'activité, qualité des soins, satisfaction des patients, suivi de recommandations de pratiques médicales, participation aux comités du réseau...

Les mêmes types d'indicateurs peuvent être pris en compte dans les programmes de redistribution des profits. Le plus souvent l'organisme financeur plafonne les profits redistribuables et fixe un montant maximum par médecin (montant fixe ou pourcentage de sa rémunération annuelle).

60 % des MCO sont cotées en bourse. Des systèmes de stock options existent dans certains d'entre elles.

Les PPO rémunèrent leurs médecins quasi exclusivement sur la base d'un paiement à l'acte selon un barème tarifaire fixe et sans mécanisme d'intéressement.

2.1.4 Evolution de la responsabilité médicale :

Toute faute, ou suspicion de faute, commise par un médecin, en ville comme à l'hôpital, est susceptible d'entraîner une poursuite judiciaire au titre de la responsabilité professionnelle civile sur plainte d'un patient.

Les cabinets d'avocats privés sont souvent eux-mêmes à l'origine de ces plaintes, allant jusqu'à démarcher les malades avant toute plainte en leur promettant la gratuité de l'assistance juridique en échange d'un partage des dommages et intérêts en cas de succès de la procédure.

Ce recours à la réparation est très fréquent. Il en résulte un coût très élevé de l'assurance professionnelle, notamment dans certaines spécialités (anesthésie, chirurgie, obstétrique...) qui contribue à l'inflation des dépenses de santé via un surcroît d'exams de précaution et de consultations.

Autre conséquence de cette inflation de poursuites juridiques, une attitude ou une tentation abstentionniste d'un nombre important et croissant de médecins par crainte d'une mise en cause de leur responsabilité qui peut nuire à la santé et à la sécurité des patients.

De plus, bien sûr, l'Etat dans lequel exerce un praticien peut poursuivre un médecin pour une faute civile (fraude en matière d'assurance, défaut de consentement éclairé...).

2.2 Les “ Managed care organizations ” (MCO) :

Les employeurs aux Etats Unis jouent un rôle central dans la prise en charge de la couverture maladie de leurs employés. Ils y ont été fortement incités fiscalement. Pour répondre à leurs préoccupations concernant le coût de l'assurance maladie et la nécessité de contenir la très forte augmentation des dépenses, les assureurs privés ont mis au point, depuis les années 70, un système de gestion coordonnée de filières de services médicaux, le “ managed care ” et progressivement abandonné leur rôle passif de remboursement des actes.

Le managed care peut se définir :

- à la fois comme un système d'organisation des soins, de financement et de gestion visant à rationaliser la dépense,
- et comme un mode spécifique de partenariat entre financeurs (assureurs), fournisseurs de soins (professionnels de santé) et dans une certaine mesure assurés eux-mêmes.

Les patients sont incités à recourir à des fournisseurs agréés, eux-mêmes sont gérés selon des modes de rémunération et de contractualisation spécifiques concrétisés par un contrat à durée déterminée et un programme, le “ managed care plan ” qui peut être de nature très différente et qui est destiné, en théorie, à allouer les ressources de façon optimale entre les différents acteurs de santé compte tenu des risques couverts, tout en assurant le niveau de qualité des prestations. Ces programmes sont mis en œuvre dans le cadre d'organisations plus ou moins structurées de réseaux coordonnés de soins : les “ managed care organizations ” (MCO) dont les “ Health maintenance organizations ” (HMO) constituent les modèles les plus intégrés.

Ces réseaux sont aujourd'hui le mode d'organisation des soins le plus répandu aux Etats Unis.

Ils concernent dans leur ensemble plus de 80 % des médecins et près de 70 % de la population sont inscrits dans un plan de managed care soit par le biais de leur employeur, soit individuellement, soit dans le cadre des programmes publics de prise en charge Medicare et Medicaid.

Un tiers des médecins sont principalement payés à partir de financements publics pour la prise en charge de patients relevant de l'aide médicale (Medicaid) ou de soins aux personnes âgées (Medicare).

La philosophie de base qui régit le secteur, est le marché, c'est-à-dire le pluralisme et la compétition, en cohérence avec le reste de l'économie marchande, prévalente aux Etats-Unis pour l'ensemble des services.

Les réseaux sont extrêmement divers dans leur mode d'organisation et de fonctionnement. Ils englobent une gamme de plusieurs types de modèles qui diffèrent entre eux selon le rôle joué par les différents intervenants : assureurs, gestionnaires, professionnels de santé et usagers. Toutefois, ils présentent des caractéristiques communes : choix plus ou moins limité des praticiens, filière d'accès aux soins secondaires, conventionnement sélectif des médecins, incitations financières pour les praticiens, gestion de la qualité. Les pratiques médicales y sont encadrées selon des modalités variables.

Certaines de leurs caractéristiques peuvent changer avec le temps selon les fluctuations du marché.

2.2.1 Les " Health maintenance organizations " (HMO) :

Les HMO peuvent être décrits à la fois comme un système intégré de maintien en bonne santé, de production de soins et d'assurance maladie.

Un système de maintien en bonne santé :

L'assureur - et, dans les réseaux payés à la capitation, le producteur de soins - prennent entièrement à leur charge les dépenses de leurs adhérents couvertes par le contrat et ont donc tout intérêt à ce que leurs clients restent le plus possible en bonne santé et soient le moins possible consommateurs des prestations qu'ils assurent.

La prévention et l'éducation pour la santé sont des éléments importants des programmes mis en place car elles sont considérées comme des investissements à long terme.

L'accent est mis sur la formation et l'information des assurés qui doivent pouvoir maîtriser leur choix et adhérer aux services les plus efficaces ou les plus efficaces, et adopter une conduite personnelle la plus conforme à leurs propres intérêts.

Le diagnostic précoce et l'éducation des personnes présentant des facteurs de risque de maladies chroniques ou potentiellement invalidantes sont promus.

Un système de production de soins intégré :

L'assureur est responsable de l'organisation de l'accès aux soins pour sa population adhérente, par l'intermédiaire d'un ensemble de professionnels de santé, prestataires employés ou ayant passé contrat avec lui et qu'il a dans l'un et l'autre cas sélectionnés.

L'accès aux soins est hiérarchisé et coordonné. Le réseau assure également la continuité des soins.

Le groupe de médecins intervenant pour une HMO est pluridisciplinaire et organisé en un ou plusieurs centres médicaux, selon la zone géographique desservie. Le personnel médical comprend les médecins de première ligne et des médecins des spécialités les plus communes y compris la chirurgie ambulatoire. Pour les soins relevant de spécialités moins courantes, l'assureur établit ou non des contrats avec des spécialistes intégrés ou extérieurs au réseau. La taille de la structure varie considérablement, pouvant aller de 100 à 1 000 médecins.

L'accès aux soins pour l'assuré est limité aux prestataires du réseau. Les adhérents s'engagent ou sont fortement incités à ne consulter que les praticiens qui font partie du HMO. Sauf cas d'urgence, si l'assuré consulte un médecin hors de l'HMO, il est soumis à une participation financière importante sinon exclusive en paiement des prestations.

Les examens complémentaires biologiques et radiologiques les plus courants sont réalisés sur place dans les centres médicaux, de même que les soins infirmiers et la kinésithérapie. Les patients peuvent obtenir leurs prescriptions médicamenteuses dans la pharmacie du centre ou à domicile par la poste.

Les soins hospitaliers sont quant à eux effectués dans des hôpitaux qui soit appartiennent au plan, soit ont passé contrat avec lui. Médecine de ville et médecine hospitalière ne sont pas aussi séparées qu'en France. Hormis certains grands hôpitaux et les hôpitaux universitaires où les médecins sont salariés à plein temps, le personnel médical hospitalier se compose essentiellement de médecins libéraux exerçant dans leur propre cabinet et ayant des " privilèges " hospitaliers. Les " privilèges " vont du simple droit à admettre leurs patients à l'hôpital, au " privilège " complet (où le médecin n'exerce pratiquement qu'à l'hôpital), en passant par l'autorisation de ne

pratiquer à l'hôpital que certains actes diagnostics ou thérapeutiques. La prise en charge médicale à l'hôpital est le plus souvent assurée par un interne ou un résident sous la direction du médecin ayant admis le patient. Si ce médecin n'a pas la compétence suffisante pour prendre en charge son patient, celle-ci est assurée de façon conjointe par le médecin libéral référent et par le ou les spécialistes compétents.

L'accès aux prestataires est hiérarchisé et coordonné. Les médecins de première ligne ("primary care physician") jouent un rôle central. Les patients sont généralement obligés de s'inscrire auprès de l'un d'entre eux qui sera leur référent. C'est le médecin de première ligne qui, le plus souvent, joue un rôle de filtre ("gatekeeper") et décide le recours au spécialiste, à l'hospitalisation (sauf urgence) et de manière générale aux prestations de seconde ligne.

Certains réseaux ont mis en place un passage obligatoire par un standard téléphonique tenu par une infirmière qui effectue un "triage", oriente et donne des conseils ("nurse advisor"). Dans certains réseaux une infirmière est joignable au téléphone 24 heures sur 24 pour les urgences, et notamment pour les résultats d'examen complémentaires anormaux.

D'autres font intervenir des professionnels de santé non médecins pouvant conduire des examens cliniques, porter des diagnostics et éventuellement traiter des maladies mineures ou dispenser des soins préventifs sous la responsabilité d'un médecin ("nurse practitioner").

Dans certains cas, la décision d'hospitalisation est soumise à l'approbation d'une infirmière désignée par l'entité assurantielle. Cette dernière en suit également le déroulement.

En cas de difficultés ou de litiges, elle fait appel aux médecins consultants (conseils) ou au directeur médical de la structure assurantielle. Outre sa fonction de coordination, elle assume des fonctions administratives prenantes pour s'assurer que les prestations fournies sont bien couvertes par l'assurance et efficaces en termes d'optimisation des coûts, par exemple en jugeant de la pertinence de telle type d'intervention, de l'opportunité ou de la durée d'une hospitalisation...

Les réseaux les plus intégrés multiplient les outils de qualité et de régulation : système d'entente préalable, bonnes pratiques cliniques, programmes d'assurance qualité...

La mise en place d'un système d'information ad hoc permet la coordination des soins et une évaluation des pratiques et, selon les cas, des résultats obtenus au sein du réseau. C'est le cas dans les réseaux les plus évolués, où existe un dossier médical unique informatisé. Mais cela n'est pas le cas dans le plus grand nombre de "plans" et l'éparpillement des données médicales manuscrites reste très répandu. De même, les échanges informatisés ne sont souvent pas possibles entre réseaux.

Un dispositif de couverture du risque maladie où tout est contractuel :

Le dispositif relève d'un caractère purement contractuel. Toutes les relations entre tiers payeurs, fournisseurs de soins et souscripteurs de contrats d'assurance (employeurs et bénéficiaires assurés) sont contractuelles et peuvent être révisées. Les médecins peuvent se retirer de l'association, l'entreprise et l'assureur peuvent ne pas renouveler le contrat, le patient insatisfait peut également aller chercher ailleurs un autre plan de santé ; du moins, si l'affiliation ne découle pas d'un bénéfice social dans le cadre de Medicare ou de Medicaid qui peuvent réserver leur agrément aux réseaux sous certaines conditions (rémunération par capitation, limitation des prestations et des tarifs), si l'entreprise le veut bien, si l'offre concurrente existe ce qui n'est pas toujours le cas notamment dans les zones rurales.

Pour l'assuré, une couverture globale et intégrée :

L'affiliation au réseau est volontaire et de durée déterminée. Elle est assurée moyennant le versement d'une somme forfaitaire annuelle fixe qui s'opère par un pré-paiement de la prime d'assurance prélevée mensuellement sur le salaire. En contrepartie l'ensemble des soins couverts par le contrat est pris en charge par le réseau. L'assuré est pris en charge par les prestataires de soins généralement en tiers payant, sans avoir à payer directement. Dans la plupart de ces réseaux le paiement direct a disparu, hormis certains réseaux qui ont maintenu le paiement direct des honoraires.

La participation des patients est très faible (ticket modérateur forfaitaire minime pour les consultations et les médicaments) et même souvent nulle pour l'hospitalisation.

L'assureur est responsable du financement des soins et en supporte le risque financier. La gestion est généralement très décentralisée. Le budget et la prime forfaitaire sont fixés ex ante et ne sont pas ajustables a posteriori. Toutefois, le montant des primes peut être modifié d'une année sur l'autre.

La couverture des dépenses de santé est globale et intégrée. Elle s'étend à la fois aux investigations diagnostiques (biologie, radios...), aux soins curatifs ambulatoires ou hospitaliers, aux prescriptions médicamenteuses pour la plupart d'entre elles, aux soins infirmiers, à la rééducation, à la surveillance, aux services de santé mentale, ainsi qu'aux soins préventifs.

Le contrat passé entre professionnels adhérents et assureurs ou gestionnaires des réseaux fixe un certain nombre de règles :

- ayant trait à la régulation : filtre par le médecin de premier recours de l'accès aux spécialistes et à l'hospitalisation, conditions de rémunération...
- et à la qualité : qualification des médecins, nécessité de se conformer à certaines normes de pratiques (parfois de façon très contraignante, sans possibilité de les remettre en cause), programmes d'assurance de qualité.

Comme on le verra, les MCO font maintenant l'objet d'une évaluation de leur performance.

Le " staff model " est le modèle le plus ancien et le plus intégré de HMO. Il a été initialement créé à l'initiative des assureurs et des entreprises, sur un modèle d'équipe médicale salariée. Le HMO emploie directement ses médecins. Il possède ses centres de soins ambulatoires et ses propres hôpitaux à clientèle exclusive. Les médecins travaillent en équipe pluridisciplinaire. Le personnel médical est intéressé seulement à la gestion de l'exercice sous la forme de primes de fin d'année si le montant des cotisations excède le montant des dépenses. Par ailleurs le personnel médical n'a généralement pas la faculté de soigner des personnes non affiliées au dispositif. Les assurés ne sont pris en charge que dans le cadre du dispositif.

Dans le " group model ", le HMO réunit un groupe de médecins sous contrat. Ceux-ci s'organisent fréquemment en équipe pluridisciplinaire et en entité économique. Ils sont rémunérés à la capitation. L'affiliation des médecins au réseau est exclusive. De même, les assurés sont astreints à se soigner dans le réseau. Le réseau peut contracter avec des hôpitaux et des laboratoires d'analyse indépendants. Ces derniers sont souvent sous contrat avec plusieurs HMO.

Dans ces deux types de HMO, les professionnels ne sont pas sanctionnés en cas de pertes financières du HMO.

Mais de nombreuses variantes existent et il est illusoire de vouloir retenir une typologie figée tant les structures évoluent. Ainsi se sont formés des HMO à but lucratif sous forme de société à capitalisation boursière. Ces groupes sont à géométrie variable, se rachetant entre eux, jusqu'à constituer de véritables conglomérats.

2.2.2 Autres réseaux de santé :

D'autres types d'organisation existent qui maintiennent une indépendance plus grande des professionnels de santé.

Dans l'assurance traditionnelle, les adhérents ont le libre choix du médecin quel qu'il soit ; le médecin est libre de fixer ses honoraires ; le patient paie directement le médecin à l'acte (" fee for service ") et se fait rembourser de manière rétrospective et partielle par l'assureur pour les risques couverts sans qu'aucun contrôle ne soit exercé sur les prestataires de soins. Ce modèle est en train de disparaître.

Les " Fee-for-service organizations " sont assez proches de l'assurance traditionnelle. Créées à l'initiative des médecins les contrats passés avec les assureurs sont d'inspiration libérale. Les médecins sont payés à l'acte. Leur pratique n'est pas exclusivement dédiée aux patients du réseau. Les médecins peuvent conserver une clientèle de patients non affiliés à l'assureur. Les patients y sont généralement pris en charge en tiers payant, c'est l'assureur qui rémunère le médecin. Toutefois subsistent des paiements directs. L'assuré doit choisir son médecin traitant au sein du réseau. Ces dispositifs ont été l'une des premières formes de regroupement des médecins. Ils ne représenteraient plus aujourd'hui que le quart des réseaux de soins organisés.

Les “ Preferred provider organizations ” (PPO) sont celles qui se développent le plus aujourd’hui. Elles reposent sur une contractualisation sélective entre assureurs et prestataires de soins. Les prestataires s’engagent à pratiquer des tarifs négociés et généralement inférieurs à ceux du marché pour les clients de la PPO. Ils gardent toutefois beaucoup de leur indépendance. Ils restent payés à l’acte, leur rémunération y est souvent plus avantageuse que dans le cadre des HMO et ils ne sont pas en service exclusif pour la PPO. Quant aux patients, ils versent une cotisation annuelle ou mensuelle au réseau et sont incités financièrement à y avoir recours préférentiellement (tarifs de consultation inférieurs de 30 % à 50 % aux tarifs habituels des praticiens, participation réduite au paiement des soins ou tiers payant par exemple) mais ils peuvent consulter en dehors du dispositif et se faire rembourser, au prix d’une forte participation personnelle. Initialement, le contrat reposait uniquement sur la base d’honoraires réduits. L’organisation est très peu structurée et aucun contrôle de l’utilisation des ressources n’existait. Cela aurait eu pour conséquence une augmentation générale des honoraires et une augmentation du volume des actes. Des mécanismes de suivi de l’activité médicale ont donc été introduits secondairement et sont utilisés au moment de la négociation des tarifs. Toutefois, les PPO en tant qu’organisation, ne font l’objet de pratiquement aucune autre mesure susceptible de contribuer à la régulation des dépenses et d’aucune mesure (programme, évaluation, contrôle...) concernant la qualité des prestations fournies.

Ailleurs des groupes indépendants de médecins s’organisent en “ physicians operated networks ” (PON) qui proposent des prestations directes aux employés de certaines entreprises contractantes, sous contrat forfaitaire, sans passer par l’intermédiaire d’une assurance, ce qui permet d’éviter les frais d’infrastructure assurancielles.

Les “ Independent practice associations ” (IPA) sont souvent formées à l’initiative des médecins qui contractent avec une (ou plusieurs) MCO. Ces praticiens restent indépendants, exercent dans leur cabinet ou en cabinet de groupe et n’interviennent pas de façon exclusive pour le dispositif. Ils conservent leurs propres dossiers médicaux. Ils peuvent rester payés à l’acte, mais leurs honoraires sont alors encadrés, ou accepter une rémunération forfaitaire. Les assurés, eux, restent affiliés à la même organisation. Le nombre de médecins du réseau est plus important, en moyenne 1900, et réparti sur une zone géographique souvent plus étendue que les Staff ou Group model d’HMO. Dans certaines IPA, les médecins reçoivent une enveloppe financière annuelle par patient destinée à payer tous les services médicaux nécessaires aux malades, y compris dans certains cas les soins hospitaliers et les prescriptions. En cas de dépassement de l’enveloppe, le médecin est responsable financièrement.

Les “ points of service ” (POS) constituent un modèle de réseau à mi-chemin entre HMO et PPO. L’assuré doit choisir un généraliste ou un “ primary care physician ” référent au sein du réseau auquel il adhère, mais peut consulter un spécialiste de son choix en dehors du réseau en acquittant des franchises ou un ticket modérateur élevés.

Toutes ces organisations témoignent de la très grande plasticité et de la très grande capacité d’entreprise et d’innovation, de flexibilité et d’adaptation du système de santé américain. Au total, 584 réseaux ont été recensés en 2001 (plus de 650 en 1996).

Le secteur est relativement peu concentré, même si un mouvement de concentration s’est opéré dernièrement dans le cadre d’Aetna, réseau à but lucratif, qui est devenu le 1^{er} opérateur sur le marché et regroupe quelques 27 millions d’adhérents.

La Kaiser permanente group est le plus gros opérateur à but non lucratif et un des plus anciens, sinon le plus ancien. Système très intégré, il fonctionne essentiellement selon le “ staff model ” mais a aussi passé contrat avec des professionnels et des hôpitaux hors du groupe (“ group model ”). Il regroupe quelques 8,5 millions d’adhérents.

En 2001, la répartition des types d’assurance parmi les salariés assurés via leur emploi était la suivante :

- assurance traditionnelle 7 %, alors qu’elle était de 95 % à la fin des années 1970 et de 27 % en 1996
- HMO 23 %, en diminution ces dernières années
- PPO 48 %, en nette augmentation ces dernières années (28 % en 1996)
- POS 22 %, également en augmentation dernièrement (14 % en 1996).

CHAPITRE III : LA REGULATION DU COUT ET LA QUALITE DES SOINS

Il n'y a pas de contrôle unique, organisé et institutionnalisé de l'activité des médecins en médecine ambulatoire aux Etats-Unis.

Hormis la déontologie, rien ne s'impose obligatoirement à l'ensemble de la profession médicale en matière de qualité des pratiques et de régulation des dépenses.

Aucun programme uniforme ne s'applique à l'ensemble des médecins.

Les seules contraintes qui s'appliquent aux médecins et qui sont d'ailleurs largement répandues dans d'autres pays, mais toujours pas en France pour certaines d'entre elles, sont des obligations déontologiques, des obligations de qualification qui n'ont rien de particulier en ce qui concerne la formation initiale, et des obligations de recertification :

- nécessité d'une formation continue qui peut être remplie par la simple assistance à un nombre défini de séances,
- nécessité d'une recertification, régulière mais, semble t'il peu sélective, pour confirmer sa spécialisation ou son contrat avec un assureur,

De plus, des habilitations pour la pratique de certains types d'actes ou d'interventions peuvent exister dans certains Etats.

Les médecins doivent utiliser une nomenclature des actes médicaux unique (" Current Procedural Terminology CPT4 "), ainsi qu'un système de feuille de facturation dont le contenu est uniforme.

Mais c'est à peu près tout pour ce qui concerne les médecins en ambulatoire. En particulier, il n'existe pas de contraintes généralisées en matière de qualité.

Hormis le processus de sélection par les assureurs, il n'y a aucune obligation de participation à des programmes ou à des cercles de qualité, pas plus que d'évaluation régulière et systématique des pratiques ni de mesure de la performance en ambulatoire, à l'inverse de ce qui s'est développé à l'hôpital, où la performance de certains professionnels, à titre individuel – et notamment des chirurgiens- est évaluée et rendue publique, à l'instar de ce qui est fait vis-à-vis des établissements.

Toutefois, un nombre important d'outils ou de procédures existent qui concourent ou sont susceptibles de concourir à la qualité et à la régulation.

Ils peuvent être mis en œuvre, selon les cas, par les médecins eux-mêmes, généralement dans le cadre De réseaux ou de plans intégrés et entre pairs, ailleurs par les acheteurs de soins (CMS pour ce qui concerne Medicare, assureurs ou employeurs) ou par les gestionnaires (assureurs, MCO ou Veterans administration pour les anciens combattants).

Et, plutôt que de contrôle médical, il paraît plus approprié de parler, selon le type d'organisation et, schématiquement, le degré d'intégration du système dans lequel le médecin exerce, d'encadrement, de partenariat, ou de relations contractuelles.

Ces actions touchent avant tout l'hôpital. En ambulatoire, l'ampleur de leur mise en application varie grandement.

Schématiquement, elle est d'autant plus importante que le dispositif de prise en charge est intégré.

Mais, dans un nombre non négligeable de cas, ne pèsent aucune ou un nombre très limité de contraintes autres que déontologie, nomenclature et facturation sur la pratique de certains médecins, qu'il s'agisse des dépenses qu'ils génèrent ou de la qualité de leurs pratiques. Et dans un nombre plus grand de cas encore, ne viendront

guère se surajouter que les procédures de sélection des plans et les tarifs imposés par Medicare ou négociés avec certains assureurs, tant les programmes de qualité peuvent ne pas s'imposer à leur pratique même s'ils visent à l'améliorer.

3.1 Les principaux outils de la qualité, de la régulation et du contrôle :

3.1.1 Principaux outils d'amélioration de la qualité :

La liste est longue des actions susceptibles de concourir à la qualité mises en œuvre dans le système de santé américain. Elle ne saurait être exhaustive.

Schématiquement, on peut classer les différents outils selon qu'ils visent les médecins, les organisations ou les patients.

Les actions destinées à améliorer leurs connaissances et leur compétences sont particulièrement développées.

Etudes et recherches, on ne compte plus les moyens mis en œuvre pour accumuler les données objectives sur lesquelles appuyer informations et décisions :

- programmes de recherche sur l'efficacité et les risques des interventions, des actes, des traitements médicaux...
- sur les résultats effectivement obtenus dans les situations "normales" de prise en charge où l'interaction du malade avec l'ensemble du système de soins vient en ligne de compte en sus de la seule efficacité des interventions de santé ("outcome research")

Plutôt que la FMC traditionnelle avec accumulation de points pour participation à des activités reconnues, se sont les nouveaux outils de FMC qui paraissent les plus prometteurs : des programmes personnalisés, des programmes d'auto éducation, de résolution de problèmes, des sessions de formation continue ciblées sur certaines pathologies prioritaires ou sur certaines insuffisances personnelles.

Les actions susceptibles de venir en appui de leur décision constituent le troisième axe fort des politiques mises en œuvre pour améliorer la qualité des pratiques médicales :

- élaboration et diffusion de standards et de recommandations destinées à servir de références de bonnes pratiques,
- logiciels d'aide à la décision pour les médecins et leurs assistants,
- contrôles par les pairs de l'opportunité, du caractère approprié ou de la qualité de certains soins individuels soit a priori (entente préalable) soit a posteriori (via l'analyse de leurs dossiers médicaux...),
- consultations et échanges informatisés entre professionnels).

Enfin, des actions ponctuelles de mesure de leur performance et de valorisation de leur action ont été développées. Initiatives destinées avant tout à inciter à une certaine émulation, elles sont en fait rarement d'audience nationale comme celle mise en place par l'American diabetes association (ADA).

L'ADA, avec son "Provider recognition program" invite les médecins, sur une base volontaire et payante, à titre individuel ou en groupe, à recueillir, à transmettre et à analyser de façon agrégée des données permettant de mesurer leurs pratiques, en particulier la manière dont ils mettent en œuvre certaines procédures (par ex. des examens complémentaires de suivi). Selon le degré de conformité à des recommandations établies par l'ADA, une attestation est délivrée au médecin reconnaissant la qualité de sa pratique, dont il peut faire état auprès de sa clientèle et des acheteurs de soins pendant trois ans. La mise en route de ce programme obtient toutefois un succès limité par un taux de participation relativement faible.

Pour améliorer la qualité de l'organisation de la prise en charge :

Le fait majeur est l'organisation en réseaux qui favorise la coordination et la continuité des soins et qui concerne de nombreux assurés.

La recherche est également foisonnante, portant sur le recours approprié aux soins ou à certains programmes (dépistage...) ou sur l'amélioration des organisations ou des procédures.

De multiples programmes d'assurance ou d'amélioration continue de la qualité, centrés sur l'amélioration des organisations et des procédures, ont fleuri et se sont généralisés dans les établissements de santé. Ils ont gagné aussi l'ambulatoire, au moins dans les réseaux de santé intégrés. La plupart sont spécifiques à chaque réseau, certains sont d'envergure nationale.

L'informatique apporte également une contribution importante et très diversifiée dans les dispositifs les plus évolués :

- en matière de qualité et de sécurité : aide à la décision, consultation et échanges entre professionnels sans déplacer le patient, clignotants en cas d'anomalie, d'oubli, d'incompatibilité, de résultats anormaux...
- et en ce qui concerne la continuité et à la coordination de la prise en charge : dossier médical électronique, transmission de données, d'images..., mesures de qualité directement accessibles, échanges et transmissions entre médecins et infirmières, information du patient, échanges entre médecin et malade...

Des programmes d'accréditation et de mesure de la performance ont été mis en place, initialement dans les hôpitaux, puis dans les réseaux de santé volontaires. De nombreux programmes de mesure de la qualité ont été mis en route au plan local, par différentes institutions telles la Foundation for health care quality (FHCQ) ou la Foundation for accountability (FACCT), au niveau de certains Etats -à cet égard l'Etat de New York et celui de Pennsylvanie ont été pionniers- et au plan national. Des études et déjà des bases de données permettent d'évaluer et de comparer différents dispositifs de prise en charge (cf. infra).

Autres dispositions contribuant à la qualité :

- une sélection des médecins dans les réseaux,
- dans le cadre de Medicare, une incitation à adhérer à un réseau de santé.

Il n'y a pas de contraintes généralisées à l'ensemble des médecins sur le contenu du dossier médical ou sur des données médicales devant être mises à disposition.

Les usagers jouent un rôle croissant :

- Des programmes spécifiques de prise en charge leurs sont consacrés dans les réseaux les plus structurés.
- Leur point de vue est analysé : enquêtes de préférences, de satisfaction, de qualité de vie, sur leur état fonctionnel...

Les principales difficultés rencontrées aujourd'hui aux Etats Unis concernant la mesure de la qualité tiennent :

- à la définition de standards consensuels,
- à la confidentialité des données individuelles,
- à la question du retour sur investissement,
- et à celle de son financement, notamment du point de vue du médecin qui se trouve souvent sollicité dans le cadre de programmes différents de par son appartenance à plusieurs réseaux - ce qui confirme l'importance d'une standardisation - et qui passe désormais (selon l'estimation des médecins praticiens rencontrés) un bon tiers de temps sur son ordinateur ou à remplir des formulaires administratifs,
- sans omettre les réticences de certains qui voient un effet pervers potentiel de la qualité, toute publicité en la matière étant susceptible d'attirer les malades les plus atteints et donc les plus coûteux vers les prestataires les plus performants.

L'accent est également remis depuis quelques temps sur la prévention. Un corpus conséquent de résultats de recherches confirmant l'intérêt d'interventions de prévention déjà conduites est aujourd'hui disponible. A cet égard, le guide publié en 1995 (2^{ème} édition) par la US Preventive Services Task Force (" Guide to Clinical Preventive Services "), actuellement en cours d'actualisation, a constitué une source d'information reconnue non seulement pour les médecins et les infirmières mais aussi pour les acheteurs de soins et les gestionnaires de plans. Mais, en pratique, des insuffisances et des inégalités persistent. Qu'il s'agisse de dépistage (par ex. entre femmes blanches et femmes noires pour le dépistage et la mortalité par cancer du sein) ou de taux de couverture vaccinale (par ex. dans les populations défavorisées) mesurés notamment dans le cadre de Medicare, ou de conseil de santé (par ex. pour cesser de fumer).

Des programmes d'aide à la mise en œuvre d'actions de prévention sont développés à différents niveaux : au niveau local, par les Etats ou au niveau fédéral, tel " Put prevention into practice ", géré par une agence fédérale, l'AHRQ qui met à disposition du matériel spécifique d'information pour les médecins, de promotion pour l'administration et de conseil pour les usagers, promouvant une démarche par équipe.

Enfin, des efforts sont conduits :

- pour aider au rapprochement des deux secteurs de la santé, médecine praticienne et santé publique, notamment dans le cadre du programme " Medicine & Public Health : the power of collaboration " mené par la New York academy of medicine (www.nyam.org/pubhlth/medpub1.html),
- pour promouvoir des actions de santé publique communautaires " guide to community preventive services " (web.health.gov/communityguide/).

Il n'est pas possible et ne serait pas pertinent de décrire de façon exhaustive tous ces outils, actions, programmes et procédures. La mission s'est focalisée sur la description plus approfondie, d'une part des caractéristiques communes des plus représentatifs d'entre eux, d'autre part sur la présentation des rares exemples de programmes dont l'envergure est nationale.

3.1.2 Les différents éléments de régulation :

En matière de démographie médicale, il n'y a pas de numerus clausus, mais une régulation très décentralisée, placée grandement sous le contrôle des médecins, bien que les réflexions actuelles sur la démographie concernent plus globalement les différentes professions médicales et paramédicales.

En matière d'équipement, il n'y a pas de carte sanitaire.

En matière de couverture et d'accès aux soins :

- Il n'y a pas de liste d'attente, tout au plus parfois un certain délai pour consulter un spécialiste.
- Les réseaux de santé qui, lorsqu'ils sont intégrés, permettent une meilleure coordination et une plus grande continuité des soins.
- Une fonction de filtre est jouée par les " Primary Care physicians " dans de nombreux réseaux, notamment les plus intégrés. Mais cette fonction de " gatekeeper " a été très contestée ces dernières années, ce qui explique la nette perte de vitesse de ce type d'organisation.
- La définition du panier de prestations couvertes est éminemment variable selon les contrats :
 - les médicaments ne sont pratiquement jamais pris en charge à 100 %,
 - ils ne le sont pas du tout, sauf exception, dans le cadre de Medicare pour les personnes de plus de 65 ans,
 - l'accès à certaines prestations peut être limité sauf financement complémentaire,
 - certains actes et certaines interventions et surtout certains médicaments peuvent être limités dans des listes inclusives ou exclusives, ou soumis à entente préalable, sachant qu'une négociation au cas par cas est toujours possible.

En matière de volume d'activité et de prestations : il n'y a pas d'encadrement prédéfini des volumes, pas de limitation ni de contrôle formalisé de l'activité des médecins, hormis certaines " gag rules ", mais des outils visant à les limiter :

- un mécanisme d'entente préalable, principalement dans les HMO,
- des clauses limitant certains " droits de tirage ", par exemple pour les médicaments, dans de nombreux contrats de groupe,
- la prise en compte des profils statistiques d'activités des médecins lorsqu'ils renouvellent leur contrat avec les assureurs.

Si une année le budget d'un plan d'assurance est dépassé, les pertes pourront conduire à une augmentation de prime l'année suivante, à une moindre rémunération des médecins du réseau, voire à la banqueroute de l'assureur. Mais elles ne pénaliseront pas directement l'utilisateur dans son accès aux prestations couvertes par le contrat.

Il n'y a pas d'encadrement des prix et des tarifs unitaires, mais :

- des médecins salariés ou rémunérés à la capitation dans un nombre de réseaux qui reste conséquent, même s'il est aujourd'hui en perte de vitesse, et qui sont souvent intéressés aux résultats,
- des paiements à l'acte régulés dans le cadre de Medicare,
- des remises d'honoraires dans les PPO.

La nomenclature et la tarification des actes sont régulièrement réévalués (une fois par an à une fois tous les cinq ans selon les actes) avec les associations médicales et, sauf exception, sans contestation manifeste.

Il n'y a pas d'encadrement des coûts, pas de budget global, pas d'enveloppes sectorielles, sinon :

- un taux directeur prévisionnel dans le cadre de Medicare qui prend en compte :
 - l'estimation du taux d'évolution des honoraires des médecins,
 - l'estimation du changement du nombre de bénéficiaires de services pris en charge et payés à l'acte,
 - l'estimation de la croissance du PIB,
 et l'impact estimé des nouvelles régulations éventuelles, mais qui n'est pas une enveloppe fermée.
- des niveaux de primes annuelles et des budgets de plans prédéfinis et fixes
- un univers très concurrentiel entre assureurs et entre prestataires de soins où le marchandage peut être efficace, bien sûr au moment du renouvellement d'un contrat, mais aussi à tout moment, par exemple, lors de la réalisation d'un acte qui sort de l'ordinaire (par exemple, la réalisation d'une IRM).

Il n'y a pas de sanctions collectives. Seules peuvent survenir des sanctions individuelles : la désélection ou le non renouvellement d'un contrat entre médecin et assureur, pour lesquels on ne dispose pas de données globales hormis celles de la National physician data bank (dont les données ne sont pas exhaustives, qui sont par ailleurs discutées et discutables et ne sont pas accessibles au public).

3.1.3 Le rôle de l'Etat fédéral :

L'Etat fédéral joue un rôle limité dans la régulation du système. Il n'y a pas une politique unique de régulation fédérale visant à freiner l'évolution globale des dépenses de santé aux USA : limiter la croissance globale des dépenses de santé du pays n'est pas un objectif en soi de la politique fédérale.

Hormis l'engagement relatif de l'Etat fédéral dans le niveau de performance de santé du pays, via sa mesure annuelle rendue obligatoire à partir de 2003 et le programme d'amélioration de la qualité des prestations de Medicare, force est de constater que de grands principes qui fondent le système de santé américain et auxquels sa population semble attachée, s'écartent des recommandations de l'OMS :

- qui estime nécessaire que l'Etat supervise un tant soit peu l'ensemble du secteur de la santé et celui de la gestion du risque maladie qu'il soit public ou privé,
- qui juge nécessaire que soit couvert le pourcentage maximum de la population vis-à-vis du risque maladie,
- qui prône la recherche du meilleur ratio coût-efficacité,
- qui préconise un pré-paiement des soins de santé via l'impôt ou via une cotisation à un régime d'assurance ou de sécurité sociale.

Par contre, l'augmentation des dépenses et les projections pour les dépenses des années à venir pour les programmes fédéraux est un souci majeur. La légitimité et le contrôle de l'évolution des dépenses de Medicare sont les sujets les plus épineux de la politique de santé aux Etats-Unis car c'est le poste qui a le plus augmenté ces dernières années avec celui des médicaments.

Les principaux éléments de régulation dans le cadre de Medicare tiennent :

- au panier de services pris en charge,
- au niveau de participation financière des assurés et au balancier qui existe entre niveau de couverture et niveau de prime,
- à sa politique de "coûts raisonnables". Les remboursements des frais hospitaliers et médicaux sont plafonnés à hauteur de "coûts raisonnables" appliqués à des "dépenses nécessaires" pour des actes appropriés, ajustés au risque. Medicare se réserve le droit de ne pas retenir comme assiette du calcul du

remboursement l'intégralité des coûts effectifs et de pratiquer des abattements lorsque les coûts lui paraissent disproportionnés par rapport aux normes locales. Des enquêtes sont réalisées au cas par cas et par sondages aléatoires.

Les tarifs reconnus par Medicare tiennent compte de plusieurs facteurs : la prestation réalisée bien évidemment, mais aussi la compétence présumée du médecin du fait de sa spécialisation et de son ancienneté d'exercice, et des coûts locaux de gestion.

Cette limitation des tarifs de prestations médicales a été à l'origine d'économies tangibles. Elle est toutefois très discutée. Certains contestent cette politique de prix administrés et soulignent la supériorité des prix laissés libres et ouverts à la compétitivité du marché. D'autres considèrent la régulation des honoraires à l'acte comme étant insuffisante. Les professionnels quant à eux, se plaignent d'une rémunération insuffisante pour les personnes bénéficiaires du programme,

- à la mise en œuvre, par Etat, de programmes d'amélioration de la qualité des prestations : c'est le HCQIP décrit plus haut.
- à l'incitation à adhérer à une HMO. Les patients ont été incités à s'inscrire dans des plans de santé intégrés assurant une meilleure coordination de la prise en charge et supprimant le paiement à l'acte des fournisseurs de soins payés par capitation. Cette politique (Medicare + Choice) s'est avérée être un échec, les résultats restant plus que mitigés puisque, 4 ans après, seulement quelques 16 % des bénéficiaires sont affiliés à une HMO.

Aussi, l'entente préalable et le contrôle systématique de la pertinence des prescriptions et des interventions ne sont –ils pas la règle pour tous les assurés.

A l'inverse, l'Etat fédéral est très interventionniste dans la lutte contre la fraude. Des poursuites engagées à la moindre fraude. Détectées par les sociétés prestataires au moment de la liquidation des factures qui vérifient par exemple systématiquement, sur échantillon, la concordance entre le diagnostic de sortie après une hospitalisation et le niveau de facturation, ou signalées directement par les assurés qui sont exhortés à le faire, les suspicions de fraudes sont traitées par un corps spécifique d'agents fédéraux qui sont distincts de ceux en charge de la gestion du financement ou de la qualité du programme au sein du " Center for Medicaid and Medicare services " (CMS), l'agence gouvernementale chargée du suivi et du contrôle de la gestion des programmes fédéraux de couverture maladie. Plusieurs affaires récentes ont abouti au recouvrement de sommes s'élevant à plusieurs millions de dollars.

Du point de vue de l'utilisateur, l'élément d'insatisfaction et la demande la plus pressante exprimée auprès des responsables politiques concerne la non prise en charge des médicaments par Medicare. Toute tentative de réforme à cet égard s'est heurtée à une opposition farouche du secteur industriel dont le pouvoir d'influence est énorme et qui craint à cette occasion un début de contrôle des prix.

3.1.4 Qualité et régulation dans les réseaux :

Les réseaux font mieux que l'assurance traditionnelle :

Bien que leurs coûts de gestion ne soient pas négligeables, variant de 8 à 25 %, l'efficacité des " managed care plans " (MCP) est clairement supérieure au système traditionnel de paiement à l'acte. A prestations et services rendus égaux pour la prise en charge d'une population donnée, les coûts des MCP sont moindres. Les démonstrations en attestant foisonnent et ne sont pas remises en cause.

Les principaux éléments régulateurs des réseaux tiennent :

- à leur budget fixé ex ante,
- à leur gestion qui serait plus rigoureuse, du moins à leurs coûts plus compétitifs,
- aux mécanismes incitatifs ou plus contraignants qu'ils ont mis en place et qui visent aussi bien les assurés que les professionnels de santé,
- aux règles du marché : les réseaux, MCO ou MCP, sont autant de dispositifs variés, mais tous sont tenus à équilibrer leurs recettes et leurs dépenses ou à disparaître dans un univers très concurrentiel.

Pour autant, il n'est pas démontré que la multiplicité des opérateurs soit supérieure en termes de qualité et d'efficacité.

L'existence d'une concurrence importante incite a priori les acteurs à modérer l'évolution de leurs coûts, mais des phénomènes de sélection des risques sont possibles sachant que les caractéristiques des acheteurs ont une influence sur les coûts et ne sont pas toujours facilement observables. Les assureurs ont des difficultés à procéder à une tarification au risque. Plusieurs éléments expliquent ces difficultés : les coûts qu'impliqueraient le recueil d'information nécessaire, le manque de précision ou de fiabilité fréquents de ces informations, la taille trop réduite du groupe d'assurés qui limite le nombre de facteurs de risque qui peuvent être pris en compte, la multiplication des catégories tarifaires qui entraîne des coûts de gestion trop élevés, enfin la mauvaise image que générerait une telle politique.

Il est difficile de savoir si la rationalisation des soins par les MCO a atteint ses limites. Les économies les plus faciles ont été réalisées. Mais, il devient plus difficile d'imposer aux usagers un accès plus restreint aux soins estimés non indispensables. La liberté du choix des médecins et des hôpitaux redevient un enjeu important. La question du taux de participation salariale est également posée et s'avère étroitement liée à la conjoncture économique.

Il n'est pas évident de conclure entre réseaux sur la qualité et l'efficacité respectives des différents types de MCP, notamment entre HMO et PPO.

Les dispositifs sont très nombreux et très différents : les prestations prises en charge sont à géométrie variable, de même les conditions de prise en charge et les débours personnels des assurés.

Les actions mises en œuvre en matière de qualité et de régulation peuvent différer grandement. Là où tel HMO conduit à une affiliation obligatoire à un médecin référent, à des médecins sélectionnés, à des centres de soins intégrés et à des hôpitaux conventionnés. Là où il salarie ses médecins ou leur applique des incitations financières non négligeables. Là où il met en place un système d'entente préalable, un dossier médical unique informatisé, des règles de bonne pratique, des programmes d'amélioration de la qualité et une mesure de la performance. Tel PPO se focalisera avant tout sur le discount des honoraires et des tarifs médicaux et établira une liste plus ou moins restrictive des médicaments pris en charge. Les configurations sont tellement différentes qu'il est difficile de comparer.

Certes les mesures, les évaluations, les études d'impact se sont considérablement développées. Mais ces évaluations sont ponctuelles, le plus souvent focalisées sur telle ou telle action, et ne peuvent guère permettre de conclusion sur les mérites comparés des différents outils de régulation, ni a fortiori d'apprécier globalement les intérêts respectifs des différents dispositifs de prise en charge.

Si l'on en juge par les primes mensuelles selon le type d'assurance, les réseaux sont moins chers que l'assurance privée traditionnelle, et les HMO parmi les différents types de réseaux. En 2001, pour une personne seule, la prime mensuelle s'élevait en moyenne à :

| | |
|----------------------------|--------|
| Assurance traditionnelle : | 238 \$ |
| HMO : | 200 \$ |
| PPO : | 228 \$ |
| POS : | 222 \$ |

Toutefois, des effets de subventions croisés sont possibles, les fournisseurs de soins pouvant compenser des prix relativement bas négociés par les MCO par une augmentation des tarifs pratiqués pour les autres patients.

L'importance de la qualité commence à s'imposer, mais très progressivement :

La concurrence ne conduit pas naturellement à la recherche d'un rapport coût/efficacité qui serait optimal et vertueux. Les considérations économiques l'emportent le plus souvent. C'est la raison pour laquelle, sous la pression des acheteurs et des usagers, obligation a été faite aux HMO de mettre en œuvre des programmes ayant trait à la qualité des prestations fournies pour rendre en quelque sorte qualité et régulation indissociables.

Le travail de montée en puissance accompli depuis maintenant plusieurs années est tout à fait considérable. Mais, c'est un travail de longue haleine.

L'impact des actions portant sur la qualité quand il est mesuré ponctuellement, ne paraît pas toujours très probant ou du moins très impressionnant. Par contre, les données chronologiques - encore insuffisantes - laissent à penser que le niveau global de qualité va en s'améliorant.

L'impact des résultats ayant trait à la qualité sur les décisions n'est pas manifeste à ce jour lui non plus. Par exemple, il n'est pas facile de savoir si la sélection opérée par les employeurs conduit à une reconfiguration de l'offre qui aille dans le sens de l'amélioration qualitative ou dans celui d'un moindre service rendu.

Tout dernièrement, au début de l'année 2002, des assureurs californiens, plus du tiers d'entre eux, se sont mis d'accord pour utiliser les mêmes indicateurs de performance et pour proposer des incitations financières aux médecins avec lesquels ils ont contracté en cas de bonnes performances en matière de qualité. Les résultats seront jugés sur trois indicateurs ayant trait à la prévention ou au diagnostic, trois relatifs à la prise en charge de maladies chroniques et sur un score de satisfaction des patients. Les réactions des médecins sont mitigées. Certains participent directement à la mise au point du projet. D'autres regardent avec méfiance par principe toute initiative réunissant les assureurs. D'autres enfin craignent la répercussion financière que risquerait d'entraîner l'attraction vers les meilleurs d'une clientèle de patients plus malades et donc plus coûteux.

Des incertitudes persistent :

La question de l'incidence des modalités de rémunération des médecins sur le volume et la qualité de leurs prestations n'est pas réglée.

La bibliographie consultée sur ces points ne saurait être considérée comme exhaustive.

Il est difficile de conclure de façon irréfutable aux mérites supérieurs de la rémunération à la capitation par rapport au paiement à l'acte :

- Alors que le paiement à l'acte pousse mécaniquement à un surcroît d'activité au moins chez certains professionnels, ce lien n'existe pas naturellement pour la rémunération à la capitation.
- Certains y voient une porte ouverte au laxisme à la hausse, en réponse à la demande.
- D'autres une porte ouverte au rigorisme à la baisse et craignent de moindres prestations de la part des médecins, a fortiori lorsque ceux-ci font l'objet d'incitations financières pour tenir le budget.
- De fait, les mécanismes engageant la responsabilité financière individuelle du médecin semblent bien diminuer son niveau de recours aux prestations sanitaires.

Pourtant, si la capitation a été abandonnée dernièrement par certains assureurs, il semble que l'explication tienne plus à la pression des médecins, soucieux de leur niveau de rémunération, qu'à la qualité de leur prestation. Même si des habitudes de filtrage et de délégation excessives à l'infirmière ont aussi été critiqués.

De même, la question du transfert (non négligeable) de tâches vers d'autres personnels de santé, et notamment vers certaines infirmières dont la formation a été complétée à cet effet, reste un sujet très conflictuel entre professionnels.

Les insatisfactions vis à vis des HMO :

Certaines insatisfactions ont grandi ces dernières années au point de soulever un front de contestation, aussi bien de la part de certains employeurs et usagers que des professionnels de santé.

Certains réseaux sont jugés trop petits, mal gérés, avec des coûts administratifs de gestion trop élevés ou trop chers pour les assurés.

Le changement de réseau d'affiliation imposé par l'employeur est parfois estimé trop fréquent.

La confiance de certains usagers est altérée :

- Ceux-ci estiment que la priorité est donnée aux coûts et que le "managed cost" l'emporte sur le "managed care".
- Certains assurés craignent un frein au recours aux soins de la part des professionnels de santé du fait des contraintes auxquelles ils sont soumis ou parce que certaines incitations financières consenties aux médecins demeurent cachées.
- D'autres, mais ils ne sont pas majoritaires, s'interrogent sur la qualité des soins reçus et expriment globalement leur insatisfaction.

- De même, sont critiqués le manque de transparence sur les prestations, les prix, les résultats et la sécurité au sein de la concurrence.

Certaines normes de prise en charge sont jugées trop contraignantes et/ou dangereuses. Par exemple, le renvoi de parturientes chez elles le jour même de l'accouchement qui a conduit au vote d'une loi fédérale pour l'interdire.

La limitation du libre choix de son médecin a également été très critiquée.

Dans un premier temps au moins, à défaut d'enthousiasme, le rejet n'a pas été manifeste de la part des médecins. Ils voyaient quelques avantages aux réseaux :

- une certaine garantie de recrutement par rapport à la concurrence,
- de la lisibilité, de la prévisibilité dans la gestion de leur activité,
- une certaine protection juridique en cas de mise en jeu de leur responsabilité.

Mais les choses ont évolué. Certes de nombreux médecins, notamment les médecins salariés sont apparemment satisfaits de leur situation. Mais, la possibilité pour les assureurs de sélectionner les professionnels avec lesquels ils passent contrat offre aux MCO un pouvoir de négociation considérable face aux médecins qui craignent que leur mise à l'écart ne leur occasionne une forte perte de clientèle. Au point que les organismes de soins intégrés qui ont contrôlé de plus en plus le marché du travail, ont suscité la fronde de nombreux médecins et du lobby médical. Les principaux motifs d'insatisfaction des professionnels tiennent :

- autant à la complexité et au caractère bureaucratique des procédures de sélection, notamment au moment du renouvellement de contrat ou la procédure doit être reconduite dans sa totalité ou à l'occasion de remplacements qui souvent ne sont pas reconnus par les MCO, même à titre temporaire ce qui perturbe le fonctionnement normal des cabinets et conduit parfois à l'interruption de la prise en charge médicale et thérapeutique de certains patients,
- aux modifications d'exigences et de procédures du fait des restructurations fréquentes des organismes financeurs,
- qu'à la limitation de leur pouvoir médical, et à celle de leurs revenus.

La position des médias n'a pas arrangé les choses. Au point que certains Etats ont voté des lois limitant les possibilités pour les MCO d'exclure des prestataires de soins sans critères explicites ou pour garantir sous certaines conditions le libre choix des patients.

3.2 Mesures particulières concernant les médecins :

3.2.1 *Sélection des médecins par les réseaux :*

De manière à conserver leur propre accréditation, les managed care organizations (MCO) soumettent les médecins, généralistes et spécialistes, qui passent contrat avec eux, à une procédure individuelle de sélection qui constitue une véritable accréditation individuelle.

Actuellement, la diversité des procédures individuelles d'accréditation et surtout le caractère strictement contractuel des relations unissant les médecins aux compagnies d'assurance privées font toujours obstacle à l'introduction d'une procédure unique d'accréditation sur l'ensemble du territoire américain.

Alors même que plusieurs tentatives non fédérales ont été initiées à cet effet, notamment par l'American medical association (AMA) qui a lancé son programme en 1997 mais l'a interrompu deux ans plus tard faute de rentabilité.

Les procédures de sélection sont très contraignantes. Les médecins du réseau sont sélectionnés sur différents critères dont le niveau de qualification et la vérification des antécédents de poursuites judiciaires. Chaque médecin souhaitant passer contrat avec une MCO est tenu de répondre à un ou plusieurs questionnaires qui peuvent parfois comporter jusqu'à plusieurs centaines de questions, dont les réponses sont toutes vérifiées. Cette vérification est opérée soit par la MCO concernée, soit par une société commerciale spécialisée.

Les questions contenues dans les formulaires de candidature portent sur le parcours universitaire, personnel et professionnel du médecin. Les médecins qui souhaitent passer contrat, doivent fournir toute une série de documents relatifs :

- à leur autorisation d'exercer (licence valide),
- à leur qualification (école de médecine), à leur fin d'internat, à leur certification,
- à leur parcours professionnel,
- à leurs " privilèges " hospitaliers,
- à leur couverture en matière d'assurance médicale,
- aux réclamations dont ils ont fait l'objet dans le cadre d'une mise en cause judiciaire de leur responsabilité professionnelle.

Les formulaires comportent aussi, très souvent, une déclaration du candidat qui doit préciser :

- toute incapacité à exercer pleinement son activité,
- toute utilisation de médicaments illégaux,
- toute perte de licence,
- toute perte ou limitation d'exercice,
- toute sanction disciplinaire.

Afin de détecter les plaintes pour erreur professionnelle, les retraits d'autorisation d'exercer ou les sanctions dans le cadre de Medicare et de Medicaid, il est possible de rentrer en contact avec la banque de données nationale concernant les médecins, la " National practitioner data bank " ou les administrations concernées, le CMS, le State board of medical examiners ou le State department of professional regulations.

En règle générale, les procédures d'accréditation comprennent, en particulier pour les primary care physicians dans les réseaux HMO, un volant pratique qui consiste en un audit du cabinet médical et en l'examen de dossiers médicaux.

L'audit du cabinet médical est conduit par des représentants de la MCO, généralement des professionnels de santé familiers des standards de la MCO et des activités quotidiennes d'un cabinet médical : habituellement le personnel infirmier du département d'assurance qualité de la MCO. Il vise à s'assurer que le cabinet répond bien à certains critères de sécurité et de fonctionnement et que les dossiers médicaux sont complets.

L'audit couvre généralement :

- l'environnement : respect des normes définissant l'accès des personnes âgées et des personnes handicapées, nombre de places de parking, propreté des locaux, signalétique, organisation de l'accueil...,
- la maintenance du matériel médical et son usage approprié par les personnes compétentes,
- la traçabilité des produits pharmaceutiques utilisés et leur stockage hors de portée des patients,
- le respect des règles d'asepsie, de désinfection, de stérilisation,
- les relations avec la clientèle : heures d'ouverture, tour de garde permettant une prise en charge de l'urgence, nombre de patients vus par jour, délai moyen d'attente pour un rendez-vous, délai d'attente au téléphone...,
- les dossiers médicaux : 5 à 10 sont choisis au hasard et vérifiés non tant au plan de la qualité des soins mais en ce qui concerne leur tenue et les rubriques de leur contenu (identification du patient, histoire médicale personnelle et familiale, examen clinique, résultats d'examens complémentaires et de consultations spécialisées, traitements prescrits, conclusions, suivi...).

Ces éléments recoupent très souvent les standards définis par la JCAHO (" comprehensive accreditation manual for ambulatory health care ") et par le NCQA (" standards for the accreditation of managed care organizations ").

Dans certains cas, les informations demandées, sinon prises en compte, dépassent ces exigences en interrogeant les médecins sur les langues qu'ils parlent, sur leur participation à des échanges de données électroniques ou sur l'existence d'un laboratoire dans leur cabinet...

La sélection peut reposer aussi sur des critères économiques. Un profil économique du médecin est souvent dressé sur la base de ses dossiers médicaux, à partir du nombre de ses consultations, de la fréquence avec laquelle il dirige vers un spécialiste, du nombre et du type d'examens qu'il prescrit, du montant des dépenses

dont il est à l'origine..., afin de vérifier que sa pratique est globalement conforme aux ratios financiers définis par la MCO.

Enfin, pour satisfaire une clientèle de plus en plus exigeante en termes de qualité, les MCO ont peu à peu intégré dans leurs formulaires des critères de sélections plus subjectifs, comme par exemple le type d'exercice, la volonté du médecin d'agrandir ou non son cabinet...

Généralement, un groupe de médecins participe à la procédure de sélection.

Pour être accrédités, les médecins doivent atteindre un score d'évaluation donné : 70 ou 80 % du score maximal le plus souvent. Si ce score n'est pas atteint, le médecin fera l'objet d'un nouvel audit 3 à 6 mois plus tard. Il n'est pas rare que l'accréditation soit conditionnée à certaines modifications qui peuvent concerner l'organisation ou la pratique mais vont parfois au delà ; ainsi, certaines MCO n'hésitent pas à imposer à un médecin candidat adhérent de renégocier son contrat d'assurance professionnelle. Si aucune amélioration n'est observée, ce qui serait rare, le médecin ne sera pas accepté dans le réseau.

Un médecin passant contrat avec plusieurs entités assurantielles fera l'objet d'autant de procédures de sélection.

Le coût de la procédure est, selon les cas, supporté par la MCO ou partagé avec le médecin en quête d'accréditation.

Le renouvellement du contrat intervient en moyenne tous les deux ans. Il repose sur une réévaluation des critères précédents ainsi que sur les plaintes des adhérents, les problèmes éventuels liés à la qualité des soins ou au respect des règles d'entente préalable. La participation du médecin à la vie collective du groupe est parfois prise en compte, ainsi que l'appréciation portée sur son adhésion au concept du réseau.

En cas d'insuffisances, la tendance est plutôt à définir un programme d'amélioration. Mais un médecin peut aussi être désélectionné :

- au terme du contrat (non-renouvellement du contrat)
- au cours de la période contractuelle (rupture du contrat) :
- sans raison motivée : l'une ou l'autre des parties peut résilier le contrat par simple notification écrite, sans fournir d'explication. Ce type de résiliation peut aussi intervenir pour les contrats permanents qui, au terme de la période contractuelle, sont automatiquement renouvelés en l'absence d'avis contraire, par reconduction tacite
- pour une raison motivée : les plus fréquentes concernent l'activité professionnelle : échecs répétés concernant un processus d'assurance de la qualité, conduite professionnelle contraire aux règles définies par le State licensing board qui délivre la licence professionnelle, non-respect des procédures définies par le comité d'accréditation du réseau...

Un changement rapide du marché peut aussi conduire une MCO à exclure certains médecins de son réseau afin de rester compétitive sur le plan économique, par exemple en cas de sur-représentation de certaines spécialités dans le réseau.

A l'inverse, la sélection est bien moins prégnante si le médecin exerce dans une zone de faible concurrence.

En théorie, un contrat ne peut être résilié du fait du non-respect d'une " gag clause " (clauses interdisant par exemple au médecin de discuter de certains sujets avec leurs patients notamment des différentes options thérapeutiques susceptibles de leur être appliquées et non couvertes par le plan, le contrat d'assurance ou incitant financièrement les médecins à limiter leurs soins...) dans la mesure où celles-ci sont censées n'avoir aucune existence légale.

En pratique, la réalité est parfois toute autre, mais le phénomène n'est pas mesuré. De même, le fait pour un médecin d'intervenir à l'appui de son patient dans une procédure d'appel contre une MCO n'est pas toujours sans conséquence.

Outre la rupture du lien contractuel, une résiliation motivée n'est jamais neutre pour un médecin dans la mesure où, en cas d'irrégularité grave, elle peut être notifiée à la National practitioner data bank et de ce fait portée à la connaissance des credential verification companies et des autres opérateurs.

3.2.2 *Recommandations et standards de bonnes pratiques :*

Ces “ Practice guidelines ” ou “ practice standards ” font maintenant partie du quotidien depuis plusieurs années.

Développées à la fois pour limiter la surconsommation, les variations de pratiques observées mais aussi dans un grand nombre de cas, la sous utilisation du système de santé, ce sont des lignes de conduite, des recommandations de pratiques cliniques généralement centrées sur la prise en charge d’une pathologie. Elles visent la qualité et parfois le contrôle des coûts, sans rechercher toujours une optimisation entre coût et efficacité.

Elles sont élaborées dans le cadre de conférences de consensus ou entre professionnels, dans le cadre des sociétés savantes ou plus localement, beaucoup d’organismes, de plans, de réseaux développant leur propres critères, standards et protocoles.

Elles s’appuient sur les travaux des sociétés savantes, d’institutions indépendantes ou d’agences fédérales (avant tout l’AHRQ) qui financent, publient ou aident à la publication chaque année de guides, de recommandations ou d’“ outcome report ” prenant en compte les résultats des recherches (“ evidence based medicine ” :

- résultats d’études d’épidémiologie clinique sur l’efficacité d’une intervention de santé (traitement, examen à visée diagnostique ou pronostique...),
- ou d’études comparant l’efficacité ou le bénéfice/risque de différentes alternatives d’intervention,
- ceux de l’“ outcome research ”, recherche centrée sur l’étude des résultats effectivement observés sur les patients au quotidien, fruits de l’interaction entre l’intervention de santé, le patient et l’ensemble du système de santé,
- des “ evidence reports ” : synthétisant les données disponibles de la littérature sur un sujet donné,
- ou des “ outcome reports ” : données administratives, dossiers ou données médicales,
- enquêtes de qualité sur les structures, les organisations, les procédures mises en œuvre ou les résultats (mortalité, morbidité, qualité de vie, état mental, état fonctionnel, journées de travail perdues...),
- enquêtes de satisfaction...

Elles sont généralement formulées positivement et visent à être relativement complètes, sinon exhaustives. Le choix des formulations peut s’avérer délicat. Si elles sont très spécifiques et très contraignantes, elles risquent d’être rejetées par les médecins. A l’inverse, très peu spécifiques, elles peuvent ne pas détecter des soins inutiles ou inappropriés. Pour être efficaces, les recommandations doivent se situer entre ces deux extrêmes, se bornant généralement à fixer les limites à ne pas dépasser. Mais, en pratique, tout comme les recommandations françaises, elles répondent rarement directement à la situation clinique précise d’un patient déterminé.

Chaque réseau a sa “ bible ” sous forme de volumineux classeurs. Chaque médecin passant en général contrat avec plusieurs réseaux doit prendre en compte les règles de chacun d’entre eux, ce qui peut rendre leur pratique quotidienne complexe et les inciter à employer à cet effet un personnel expérimenté mais coûteux.

Le degré de participation des médecins à la détermination de ces normes varie selon les réseaux. Elle est plus active dans les HMO de type staff model ou group model où les médecins s’organisent en comité par spécialité et vont jusqu’à développer eux-mêmes leurs propres standards de pratique ce qui favoriserait leur adhésion aux normes. A l’inverse, de nombreux managed care plans imposent leurs normes venues d’“ en haut ”.

Ces références peuvent d’ailleurs varier d’un réseau à l’autre et se révéler de qualité inégale, n’étant pas toujours élaborées selon une méthodologie suffisamment rigoureuse. Il apparaît que certaines sont de partie pris, ou ne sont pas suffisamment fondées sur les données scientifiques, ou que les connaissances sur lesquelles elles se basent sont trop lacunaires, laissant la place aux préférences particulières.

Leur dissémination et leur mise en œuvre restent également encore un problème mal résolu. D’autant que si elles représentent bien un standard, elles ne constituent pas pour autant, sauf exception, une obligation. Elles ne font d’ailleurs pas l’objet d’un contrôle ou d’une évaluation explicite. Par contre, elles sont prises en compte dans les procédures d’entente préalable, à l’occasion de l’évaluation des dossiers dans le cadre de la sélection ou de la resélection des médecins par les assureurs, dans les programmes d’amélioration de la qualité ou dans la mesure de performance des réseaux.

Les facteurs de succès en matière d’appropriation ne sont pas tous connus, mais parmi eux, chacun reconnaît l’importance :

- que participent à leur élaboration ceux qui auront à les appliquer,
- qu'elles s'inscrivent dans une démarche incitative et participative plutôt que de devoir être suivies obligatoirement,
- qu'elles puissent être discutées au cas par cas plutôt que d'avoir à être appliquées de façon rigide.

Leur nombre élevé, leur qualité variable, leurs différences en matière de modes de production et surtout leurs conclusions ne convergent pas toujours.

Cette situation a conduit les principaux acteurs du système à apporter un peu de clarification en créant une "Guidelines Clearing House". Ce n'est pas la voie de la labélisation qui a été retenue, mais celle de la transparence et de la responsabilisation individuelle. L'AHRQ, en collaboration avec l'American Medical Association et l'American Association of Health Plans, a créé un site Internet spécifique (www.guideline.gov) qui fournit une information standardisée sur les principales recommandations existantes pourvu qu'elles soient en anglais, relativement récentes (< 5 ans), élaborées par des professionnels de santé, selon une procédure systématisée, s'appuyant notamment sur une analyse critique de la littérature. En particulier, le site compare les recommandations entre elles, en précise les sources de financement, la méthodologie d'élaboration et souligne leurs principaux points d'accord et de désaccord qui existent entre recommandations portant sur un même sujet.

D'autres normes, issues de différentes initiatives prises par de nombreuses institutions ou organisations notamment fédérales, ont été mises au point ces dernières années pour développer une approche basée sur le patient, son état de santé, la manière dont il interagit au quotidien avec le système de santé dont il dépend et la performance du système.

L'objectif visé est de définir puis de mesurer des indicateurs standardisés de résultats concernant la prise en charge des principales maladies, indicateurs qui puissent être utilisables sur tout le territoire à des fins différentes :

- certains vont permettre aux acheteurs et aux assurés de comparer la performance des plans, des réseaux de santé ou de leurs médecins,
- d'autres sont à usage interne pour permettre aux médecins et aux réseaux d'améliorer leur qualité,
- d'autres sont des indicateurs mesurant la perception des personnes malades et des adhérents, leur capacité à se prendre en charge, leur satisfaction concernant les soins reçus ou l'accès aux soins.

En fait, les indicateurs peuvent être de nature très variée et concerner :

- la qualité des pratiques,
- les coûts,
- l'efficacité ou l'efficience du système,
- la satisfaction des patients,
- le recours aux services,
- l'utilisation des ressources...

Certains pourront être à l'origine de nouvelles recommandations et de nouveaux standards.

Le premier indicateur utilisé à grande échelle aux Etats-Unis fut la mortalité après hospitalisation. Ils se sont, depuis, considérablement multipliés.

3.2.3 Profils statistiques des médecins :

Ces profils permettent de comparer l'activité médicale d'un médecin à celle d'un groupe comparable, le plus souvent les médecins d'une même spécialité, ou à des normes prédéfinies. Se sont principalement, pour des raisons méthodologiques, les médecins de première ligne et les spécialistes prenant en charge un nombre élevé d'adhérents du réseau qui sont soumis à ces contrôles.

Compte tenu du développement de cette approche, la variété des méthodes ne facilite pas leur description. Schématiquement, plusieurs types de profils peuvent être distingués :

- des statistiques d'utilisation des ressources,
- des profils centrés sur un acte,

- des profils de résultats cliniques.

Dans le registre de l'utilisation des ressources, certains assureurs emploient des indicateurs peu spécifiques calculés sur une année, tels le nombre de patients adressés à un spécialiste, le nombre d'hospitalisation ou le nombre de journées d'hospitalisation.

D'autres utilisent des profils beaucoup plus détaillés établis sur une base tri ou quadri mestrielle et prenant en compte simultanément :

- des indicateurs de mesure de volume d'activité et des prescriptions tels le nombre de consultations, de prescriptions de médicaments, d'examens complémentaires en biologie ou en radiologie, le nombre de cas adressés au spécialiste, le nombre d'admission à l'hôpital et la durée moyenne des séjours...
- ainsi que des indicateurs de coûts générés par patient, coûts globaux et séparément pour les consultations, les examens complémentaires et les hospitalisations,
- avec un ajustement pour l'âge, le sexe et la pathologie de la clientèle du médecin considéré, question qui pose des problèmes méthodologiques et des débats qui ne sont pas épuisés.

Ne sont en général pas pris en compte les actes que la structure souhaite favoriser (comme par exemple les actes de prévention) ainsi que les patients dont les coûts dépassent un montant prédéfini et pour lesquels le médecin n'est pas tenu responsable.

Cependant, certains logiciels ont été élaborés pour déterminer la fréquence de recours à un acte médical défini pour une période donnée par rapport à une fréquence jugée adéquate pour un diagnostic ou un groupe de pathologies donnés afin de repérer les interventions inappropriées.

Les profils statistiques de résultats :

- Ils permettent de comparer la pratique observée à des critères de bonne pratique préétablis.
- Ils se centrent généralement sur les mêmes priorités que celles définies pour l'accréditation et la mesure de la performance des réseaux.

Ces profils sont élaborés à partir des feuilles de facturation. Le numéro d'identification du patient permet, si le système d'information a été développé en ce sens, de relier les données médicalisées aux caractéristiques socio-démographiques de la population du réseau, essentiellement l'âge et le sexe.

Des profils de prescriptions médicamenteuses peuvent aussi être réalisés à partir des ordonnances, les médicaments étant codés selon une nomenclature unique. Sont répertoriés le nom des spécialités, la quantité prescrite et le coût qui s'y rapporte.

Outre les réserves qu'elles suscitent en termes de validité des standards, la réalisation des profils statistiques se heurte à des problèmes de mise en œuvre et de non exhaustivité, en particulier dans les managed care plans (MCP) qui emploient leurs médecins ou qui les rémunère à la capitation. Les MCP demandent que des feuilles de soins fictives soient remplies, mais compte tenu de leur caractère administratif, l'information y est souvent incomplète et leur transmission quelque peu aléatoire.

Ces statistiques ne sont que rarement utilisées pour appliquer des sanctions financières mais plutôt pour sensibiliser les praticiens à leur propre pratique en partant du principe que la rétro information peut avoir un impact sur les bonnes pratiques. Les profils sont envoyés aux médecins afin qu'ils se situent par rapport à leur confrères exerçant dans la même spécialité. Des discussions en groupe peuvent avoir lieu entre les médecins du réseau, le directeur médical et éventuellement avec d'autres médecins extérieurs au réseau.

Les médecins "déviant" font l'objet d'analyses statistiques plus poussées, d'auditions et d'échanges jugés globalement fructueux. Eventuellement le contrôle au cas par cas pour entente préalable ou une évaluation plus poussée de leurs dossiers lors de la procédure de re sélection leur seront réservés.

L'intérêt porté aux profils statistiques tient en partie à la volonté de passer d'une vision très restrictive de la pratique médicale à laquelle confine l'entente préalable à une vision plus globale du service médical rendu sur une période donnée, pour une population donnée ou à propos d'un acte ou d'une intervention médicale donnés.

Plus récemment, certains assureurs ont essayé d'introduire un intéressement prenant en compte des indicateurs d'utilisation –déterminés à partir des profils statistiques- ou de qualité pour la redistribution de fonds de réserves ou de profits.

D'autres ont rendu public leurs résultats sans que cela ait eu, semble t'il, un impact déterminant sur les usagers. A l'inverse, les coûts engendrés par ces mesures et la réticence des médecins ont été soulignés.

D'autres enfin, tiendraient compte de ces profils dans le processus de re contractualisation avec les médecins.

3.3 Dispositions concernant les organisations :

3.3.1 Entente préalable :

Un système d'entente préalable au cas par cas existe très souvent dans le cadre des HMO, mais pas dans tous les plans, ni dans toutes les MCO. Il constitue un contrôle au cas par cas qui intervient en amont de la décision médicale, c'est l'"utilization review" (UR).

Le système s'est centré à l'origine sur l'hospitalisation. Toute admission à l'hôpital hors urgence fait l'objet d'une autorisation téléphonique préalable obtenue auprès d'une infirmière dédiée à cette tâche qui vérifie la nécessité de l'hospitalisation au regard de la maladie et des soins requis. En cas d'admission en urgence, l'examen est rétrospectif. Dans chaque cas, une durée cible de séjour est déterminée a priori compte tenu des critères de sévérité de la maladie et de l'importance des soins dispensés. Pendant l'hospitalisation, l'infirmière UR du réseau s'assure en lien avec celle de l'hôpital, du bon déroulement du séjour et de l'adéquation de la prise en charge. Elle vérifie que la sortie du patient est préparée dès que son état de santé le permet. Elle peut demander un suivi du dossier par une infirmière "case manager" si la pathologie en cause correspond aux critères de prise en charge par ce programme. A la sortie, la durée de séjour est contrôlée a posteriori.

Certaines interventions chirurgicales peuvent également relever d'une entente préalable, notamment les césariennes, les cholécystectomies, les hystérectomies pour lesquelles existaient des problèmes de surindication. Hormis les césariennes, l'accord n'est donné qu'après interrogatoire téléphonique du patient et appel du médecin ou de son assistante pour connaître le détail de la symptomatologie, de l'examen clinique et de la démarche diagnostique effectuée avant de poser l'indication de l'intervention. Le but est d'évaluer le bien-fondé de l'indication au regard de conduites préétablies. La démarche remplace les procédures consistant à demander un second avis qui sont de plus en plus considérées comme non efficaces car conduisant le plus souvent à une confirmation quasi automatique.

Le secteur ambulatoire a fait également secondairement l'objet d'un processus d'UR et d'entente préalable.

Toute consultation en dehors du réseau doit faire l'objet d'un accord préalable provenant du directeur médical ou d'un médecin conseil associé au plan. Leur décision est alors souvent fondée sur la base d'un jugement subjectif.

Parfois, il en va de même pour la consultation d'un spécialiste du réseau. Certains examens complémentaires (labo, radio...) et traitements coûteux (interféron, hormone de croissance...) font également l'objet d'autorisation préalable sur la base de critères qui peuvent reprendre ou s'inspirer de guidelines nationales, mais qui sont des critères locaux d'éligibilité.

Dans le cas des programmes de case management, transversaux entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier, c'est l'infirmière "case management" qui coordonne les soins à partir du domicile des patients et qui s'occupe des demandes d'autorisation préalable.

Bien que les procédures puissent varier d'un réseau à un autre, leur mise en œuvre présentent des caractéristiques communes. Le médecin prescripteur ou son assistante font la demande auprès de l'infirmière UR. En cas de non-conformité aux critères préétablis, cette dernière soumet le cas au directeur médical ou à un des médecins conseils du réseau. Un désaccord entre eux fait l'objet d'une discussion téléphonique ou de visu qui permet le plus souvent de lever le blocage au vu des précisions complémentaires. Si le désaccord persiste, il est fait appel à une expertise généralement au sein du réseau ou dans le cadre du comité UR.

A ce stade de la procédure, si le médecin reste persuadé du bien fondé de la conduite à tenir, il est rare que l'accord ne lui soit pas donné dans la crainte de poursuites judiciaires.

L'obtention d'une autorisation est donc immédiate dès lors que le cas est conforme aux critères prédéfinis. Dans le cas contraire, le médecin du contrôle donne son avis dans la journée. Le passage en comité UR peut retarder la décision d'une semaine.

Les sanctions financières liées aux activités UR sont peu fréquentes puisque le contrôle se situe en amont de l'acte médical.

Ce à quoi le médecin s'expose consiste en un refus de paiement des soins médicaux ou des frais d'hospitalisation réalisés sans entente préalable. Ceux-ci sont repérés a posteriori par le service de facturation lorsque les feuilles de facturation n'ont pas de numéro d'autorisation en regard de l'acte médical concerné. Il semblerait que le non paiement effectif soit relativement rare, sauf dans les cas où le médecin réitère de façon ostensible et répétée. Toutefois les problèmes détectés au cours des activités UR (et QA) sont répertoriés dans le dossier du médecin sur lequel se base la décision de renouveler ou non son contrat.

Les programmes QA et UR s'appuient sur une information médicale détaillée si nécessaire (diagnostics, résultat de l'examen clinique, résultats des examens complémentaires, plan de traitement...) provenant du dossier médical que les médecins doivent tenir à disposition de l'assureur. L'information est obtenue le plus souvent par extraction manuelle, par téléphone ou par fax. Une partie des données est automatisée : le numéro d'identification du patient, de sa police d'assurance, du médecin, le(s) diagnostic(s), la date et l'identification de l'(des) acte(s) médical (médicaux) codé(s) selon la nomenclature nationale CPT4, en regard du ou des diagnostics de la maladie (au maximum 4) inscrits selon la dixième révision de la classification internationale des maladies (CIM 10), la consultation ou l'hospitalisation autorisé(s) ainsi que le numéro d'autorisation.

Le service de facturation procède à une vérification automatique des feuilles de facturation en regard de ce qui a été autorisé. Les autres données servent à une prise de décision ponctuelle mais ne sont pas automatisées même si elles sont saisies sur ordinateur, en ce sens qu'elles resteront inutilisées après leur usage ponctuel.

Il n'est pas rare qu'une information identique soit recueillie et utilisée de façon séquentielle et indépendante à des fins différentes, dans le cadre de la QA, de l'UR ou pour répondre aux exigences de la JCAHO ou de la NCQA pour la mesure de performance du réseau, sans qu'il soit possible de les relier entre elles.

L'enjeu principal est d'introduire plus de cohérence dans les systèmes d'information et les différentes actions visant à la qualité et à la maîtrise des dépenses. Actuellement encore, les points de rencontre entre les différents programmes se situent essentiellement au renouvellement du contrat et à la redistribution des surplus et des profits quand ils existent.

Le contrôle au cas par cas a été fortement remis en cause ces dernières années :

- d'une part du fait de son caractère intrusif qui interfère en permanence avec la pratique et le décision médicales, remettant en cause le principe même d'autonomie de la pratique médicale,
- d'autre part à cause de son rapport coût/efficacité.

Seuls les programmes d'entente préalable concernant l'hospitalisation ont fait l'objet d'une évaluation développée. Elle semble indiquer une réduction significative des taux d'hospitalisation et des durées moyennes de séjour (10 à 20 %) sans corrélation nette avec la diminution des dépenses parfois observée, le coût moyen du séjour étant souvent plus élevé. Rares sont les études qui prennent en compte les effets induits sur le report de soins en ambulatoire. De même, l'évolution à long terme des économies réalisées sur l'hospitalisation n'a pas été bien évaluée. Au regard de ces résultats, les frais de gestion administratifs sont conséquents, représentant en moyenne quelques 10 à 20 % du total des dépenses du réseau compte tenu des charges en personnel expérimenté nécessaire à la réalisation des programmes focalisés principalement sur l'examen de cas individuels, s'appuyant avant tout sur l'extraction manuelle de données sans possibilité de les stocker, alors quelles sont souvent incomplètes et dispersées dans plusieurs sous-systèmes d'information qu'il est parfois difficile voire impossible de relier entre eux.

Le sentiment général semble être que l'impact du contrôle a priori a atteint son maximum pour l'activité hospitalière et qu'il paraît par ailleurs mal adapté à l'activité ambulatoire.

Aussi, les managed care plans se sont-ils retournés vers la mise en place de dispositifs autres, reposant notamment sur l'élaboration de profils statistiques d'activité.

3.3.2 Programmes d'assurance de la qualité dans les réseaux :

Pratiquement tous les managed care plans ont mis en place des programmes d'assurance de la qualité (QA) destinés à assurer la qualité de la prise en charge médicale des assurés et des programmes d' "Utilization review" (UR) dont l'objet est d'optimiser l'utilisation des ressources.

Les premiers, les programmes QA, répondent à une obligation légale incluse dans la loi de 1973 sur les HMO, à un moment où le développement de modes de rémunération autres que le paiement à l'acte et où la fixation ex ante de primes forfaitaires et non ajustables a posteriori faisait planer le danger d'incitations à une sous-utilisation des soins. La menace permanente d'une poursuite en justice et la concurrence poussent également à la qualité.

Les seconds, les programmes d'UR, ont été introduits plus récemment, dans un contexte accru de maîtrise des coûts et de mise en concurrence.

Parce qu'elles se sont développées de façon séparée et bien qu'elles soient assez étroitement imbriquées dans la mesure où chacune contribue à la réalisation des objectifs de l'autre, ces deux types d'activité sont souvent conduites par des départements distincts.

Toutes deux sont placées sous l'autorité du directeur médical du réseau, un médecin employé à plein temps ou à temps partiel selon la taille du réseau.

Les modalités de recrutement de ces directeurs médicaux varient. S'ils sont le plus souvent choisis par les administrateurs, ils sont aussi souvent approuvés, parfois élus, par les autres médecins du réseau.

Ils gardent le plus souvent une activité clinique même minime, à la fois pour garder leur crédibilité et pour jouer un rôle pédagogique. Dans le cadre des objectifs du plan, ils sont là pour rendre les choses plus faciles dans la pratique et aussi pour montrer ce qui peut se faire.

Outre des adjoints, il peut faire appel à des médecins consultants qui en général sont des prestataires de soins dans le réseau.

Des comités UR et QA - où les médecins du réseau sont variablement représentés à côté des départements en charge des contrats, de l'UR et de QA - interviennent pour l'établissement des recommandations de pratiques, des protocoles ou des standards de prise en charge au sein du réseau et, en dernier ressort, en cas de problème de qualité, d'entente préalable ou d'utilisation de ressources rencontrés par les infirmières d'UR ou de QA - généralement des professionnelles qui n'ont plus d'activités de soins - si ces problèmes n'ont pas été réglés en amont par la direction médicale. Ces comités ont également un pouvoir de sanction au sein du réseau.

Les programmes d'assurance qualité reposent en partie sur la surveillance d'événements défavorables, le plus souvent liés à l'hospitalisation (mortalité hospitalière, à 30 jours, à 90 jours, infections nosocomiales, réhospitalisations non prévues à 48 heures...), avec analyse du dossier médical pour déterminer s'il y a eu problème et s'il y a nécessité de soumettre le problème au directeur médical, voire au comité d'assurance qualité. Le suivi chronologique de certaines données (taux des événements défavorables, taux de certaines procédures telles l'hystérectomie, la césarienne, la cholécystectomie... ; taux d'actes de prévention tels que certaines vaccinations, la mammographie pour le dépistage du cancer du sein ou le frottis du col de l'utérus) permet de réaliser des enquêtes spécifiques quand un problème est détecté. Celles-ci sont réalisées à partir des dossiers médicaux auxquels l'assureur a accès selon les termes du contrat qui le lie avec le médecin.

Pratiquement tous les managed care plans ont mis en place des programmes d'assurance de la qualité. Schématiquement, ces programmes relèvent de différentes catégories :

- certains reposent sur le repérage et l'analyse au cas par cas de situations potentiellement liées à un défaut de qualité des soins,
- d'autres consistent en un suivi chronologique systématique de certains indicateurs,
- enfin d'autres sont des enquêtes ou des audits ponctuels.

En cas de plainte ou devant toute situation potentiellement liée à un problème de qualité des soins, devant tout événement hospitalier défavorable (mort en cours d'hospitalisation ou à 30 jours ou à 90 jours, infection nosocomiale, réhospitalisation non programmée dans les 48 heures, réintervention chirurgicale...) une analyse systématique du dossier médical est menée par l'infirmière QA qui se déplace généralement au cabinet du médecin. Celle-ci détermine si le cas doit être soumis au directeur médical. L'étape suivante est le passage du cas devant le comité QA qui prendra la décision qu'il juge adéquate (simple courrier au médecin, audition du médecin, action de formation continue, rarement sanction disciplinaire ou annulation du contrat).

Certains indicateurs, relativement frustrés le plus souvent, font l'objet d'un suivi systématique dans le temps (taux d'événements défavorables, taux de certaines procédures spécifiques telles les césariennes, les hystérectomies, les cholécystectomies ; taux d'actes de prévention tels certaines vaccinations, ou de dépistage tel les mammographies ou les frottis du col ; prise en charge de maladies chroniques telles le diabète ou l'asthme). Ce suivi permet de repérer des domaines où existent d'éventuels problèmes et qui feront l'objet d'investigations plus poussées.

Les audits et enquêtes ponctuels sont généralement réalisés à partir d'un échantillon de dossiers médicaux et vérifient que certains protocoles de prise en charge sont respectés à l'échelle du réseau et que certains résultats sont atteints à l'échelle de la population adhérente.

Entrent dans ce cadre, les enquêtes de satisfaction des adhérents qui portent notamment sur l'accès aux soins urgents, le temps d'attente dans les salles, la satisfaction générale vis-à-vis des services...

Les audits des cabinets et des dossiers médicaux réalisés dans le cadre de la sélection des médecins des réseaux ou du renouvellement de leur contrat sont également réalisés par les infirmières QA.

Ces audits peuvent également être l'occasion de vérifier si les médecins respectent individuellement les recommandations et protocoles définis pour le réseau.

Ces programmes ont été développés et concernent avant tout l'hôpital. Que sait-on de l'impact de cette approche globale de la qualité en ambulatoire ? Force est de constater que les rares études l'analysant sont relativement peu probantes.

Des programmes évaluent les conditions d'utilisation des médicaments et permettent d'intervenir en direct ou a posteriori :

- signalement des contre-indications et des interactions médicamenteuses au moment de la délivrance permettant au pharmacien d'intervenir en temps réel,
- analyse rétrospective des habitudes et des comportements de prescription permettant de cibler des actions correctrices auprès des médecins, voire auprès des malades en ayant recours à des documents ou à des programmes interactifs plus ou moins spécifiques, à des actions entre pairs,
- des profils d'utilisation peuvent être centrés sur un produit déterminé, sur un médecin ou sur un patient donné.

Ces programmes sont généralement conduits par des pharmaciens associés, selon des modalités variables, au plan. Différents types de sanctions peuvent être appliqués :

- réduction de paiement,
- refus de délivrance,
- actions d'information et de formation auprès des médecins et des malades,
- limitation d'accès à un médecin ou à un pharmacien,
- exclusion du patient du plan ou désélection du médecin ou du pharmacien du plan,
- signalement du professionnel de santé auprès de son association ou auprès des autorités.

3.3.3 *Accréditation et mesure de la performance des réseaux :*

Aucune loi fédérale n'oblige les MCO à être accrédités. Une partie non négligeable d'entre elles ne le sont pas (environ 35 % en 2000). Mais la pression du marché est aujourd'hui telle que de plus en plus rares sont les employeurs qui envisageraient d'adhérer à un plan d'assurance santé auprès d'une MCO qui ne répondrait pas

aux standards minimums définis par la Joint commission on accreditation of healthcare organizations (JCAHO), organisme spécialisé dans l'accréditation des hôpitaux, ou par le National Committee for Quality Assurance (NCQA).

Le NCQA, organisme privé à but non lucratif, a été créé en 1990. Son conseil d'administration réunit des représentants de tous les acteurs du système : acheteurs, usagers, réseaux, professionnels de santé et décideurs politiques. Cent soixante quinze personnes y travaillent, ainsi que 180 "inspecteurs" contractuels à temps partiel. Son budget dépasse 24 millions de \$: 45% proviennent des recettes de l'accréditation, 25% de bourses, 15% de contrats gouvernementaux, 10% de conférences de formation et 5% de ses publications. Le but poursuivi par cet organisme est de devenir une source d'information reconnue concourant à l'amélioration de la qualité du système de santé. A cet effet, il a développé trois types d'actions :

- une méthode d'accréditation propre aux réseaux de santé,
- une procédure d'évaluation de la performance des réseaux (HEDIS),
- une enquête auprès des usagers évaluant leur expérience avec le système (CAPHS).

Chaque année, le NCQA publie un rapport sur la qualité du managed care.

L'accréditation :

Le NCQA a mis au point, en collaboration avec des employeurs et des HMO, une grille d'indicateurs et procède à l'accréditation des réseaux sur une base volontaire. En 2001, plus de la moitié des réseaux ont participé, couvrant plus des 3/4 des adhérents à un HMO.

L'accréditation repose sur le respect de critères ayant trait :

- à la vérification de la compétence des médecins du réseau,
- à un niveau minimum d'équipement
- à des procédures de fonctionnement de la structure ayant trait notamment :
- à l'accès aux prestations de santé,
- à la continuité (24h/24) et à la coordination des soins,
- à la coordination entre prise en charge médicale et santé mentale,
- aux procédures d'évaluation des pratiques et d'entente préalable,
- et à la mise en œuvre de programmes de gestion et d'amélioration de la qualité.
- à ce qui est fait pour garder les adhérents en bonne santé, et notamment à la réalisation de certaines prestations de prévention :
 - vaccinations,
 - dépistages (cholestérol, sein, col...),
 - soins prénataux et résultats périnataux (prématurité, hypotrophie...),
- à ce qui est fait pour ceux qui doivent vivre avec leur maladie, et notamment pour la prise en charge coordonnée de certaines pathologies chroniques :
 - indicateurs de moyens (procédures mises en place)
 - ou de résultats (fréquence de complications, d'hospitalisations...),
- à certains indicateurs de résultats sanitaires en cas d'affection aiguë,
- au respect des droits et aux devoirs des adhérents, à la manière dont les plaintes sont traitées,
- à la qualité des dossiers médicaux.

La sélection des médecins ne fait pas à proprement parler partie de l'accréditation, mais les exigences de celle-ci ont conduit les réseaux à renforcer celle-là.

La procédure implique une visite sur site conduite, sur la base d'un guide extrêmement précis prenant en compte les critères sus mentionnés, par des médecins, généralistes et spécialistes qui "inspectent" à temps partiel pour le compte du NCQA et qui, par ailleurs, continuent à exercer et sont ainsi indépendants à la fois de l'organisme accréditeur et des réseaux inspectés.

La mesure de la performance des réseaux :

La mesure de la performance des réseaux vise avant tout à améliorer les conditions de fonctionnement du marché :

- Elle permet aux acheteurs de soins d'être mieux avisés dans leur choix.
- Elle fait pression sur les offreurs de soins pour que les médecins et les professionnels de santé participent à l'amélioration des performances en exerçant un autocontrôle sur la qualité de leurs pratiques s'ils veulent conserver leur autonomie et leur réputation.
- Elle tend à davantage impliquer les usagers comme acteurs et juges du système.

Mesurer la performance nécessite des indicateurs valides portant sur des données standardisées et accessibles dont la qualité a été contrôlée. Leur analyse implique des méthodes d'ajustement aux risques. Ces dernières ont souvent fait l'objet de critiques. Quoiqu'il en soit, elles ont permis d'analyser les variations des performances d'une même structure au cours du temps et de comparer les institutions ou les professionnels entre eux (généralement les chirurgiens).

La mise en compétition a d'abord concerné l'hôpital, initialement la mortalité hospitalière, puis divers indicateurs portant principalement sur le taux de recours à certaines interventions et leurs résultats, en termes de mortalité, de morbidité post opératoire, de taux d'échec, de taux de reprise chirurgicale ou de réadmission non prévue... Puis, des indicateurs indirects d'accès aux soins primaires ou ambulatoires ont été développés : taux de couverture vaccinale, faible poids de naissance, complications aiguës et chroniques du diabète... qui ont permis d'intégrer les plans et les réseaux de santé dans la logique d'évaluation.

Un grand mérite revient au NCQA d'avoir su initier l'évaluation de la qualité en ambulatoire et persévérer pour sa reconnaissance et son harmonisation. Son travail, débuté depuis maintenant plus de 10 ans, a visé dans un premier temps à développer différents indicateurs susceptibles d'être reconnus par différents réseaux, sur la base de leur pertinence, de leur assise scientifique et de leur faisabilité. L'outil, l'"annual health plan employer data and information set" (HEDIS) a ensuite été mis en application. Aujourd'hui environ 90 % des HMO participent à la mesure effective de la performance des réseaux.

L'évaluation est annuelle :

- Les réseaux transmettent l'information voulue de façon standardisée.
- Une enquête de satisfaction est conduite indépendamment auprès d'un échantillon d'adhérents du réseau.
- Un audit de la structure, de ses capacités à produire une information de qualité et un contrôle sur échantillon des informations qu'elle a fournies sont également menés de façon indépendante, selon une méthodologie mise au point par le NCQA par des auditeurs agréés (tous les deux ans, après formation spécifique et sur examen).

Les résultats sont intégrés dans une base de données qui permet :

- de juger de la qualité d'un réseau,
- d'analyser l'évolution dans le temps des performances du réseau,
- de comparer la qualité des différents réseaux entre eux,
- et la performance des différents plans de santé,
- ainsi qu'une première approche de l'estimation des coûts évités.

Les éléments de cette base de données sont accessibles aux acheteurs et aux consommateurs pour les réseaux volontaires. Les médias se font l'écho de ces résultats qui sont également diffusés aux gros employeurs et aux associations.

Huit champs d'investigation, 54 procédures ou résultats sont évalués dans le cadre de HEDIS :

1. L'efficacité des soins :

- taux de couverture vaccinale des enfants
- taux de couverture vaccinale des adolescents
- dépistage du cancer du sein
- dépistage du cancer du col de l'utérus
- dépistage d'une infection à chlamydia (1^{ère} année)
- soins prénataux durant le premier trimestre de grossesse
- examen après délivrance
- contrôle de la pression artérielle (1^{ère} année)
- traitement par bêta-bloqueurs après une crise cardiaque

- contrôle du taux de cholestérol sanguin après un accident cardiovasculaire aigu
- soins opportuns aux diabétiques
- traitement médicamenteux approprié pour les asthmatiques (1^{ère} année)
- suivi des malades ayant des troubles mentaux après hospitalisation
- utilisation des antidépresseurs
- conseil pour cesser de fumer
- vaccination contre la grippe chez les adultes à risque
- mise en œuvre d'enquêtes de résultats pour les patients relevant de Medicare

2. L'accessibilité aux soins :

- accès des adultes aux prestations préventives et ambulatoires
- accès des enfants aux primary care physicians
- mise en route des soins prénataux
- examen dentaire annuel
- disponibilité des services de traduction

3. La satisfaction des patients :

- enquête annuelle auprès des adultes
- enquête annuelle sur les enfants

4. La stabilité et le turn over au sein du plan :

- taux de sortie des assurés
- turn over des médecins
- expérience professionnelle (nombre d'années de pratique) des médecins
- résultats financiers et indicateurs de stabilité financière

5. L'intensité du recours aux services du réseau :

- fréquence de soins prénataux en cours
- examen de santé des enfants à 3, 4, 5 et 6 ans
- examen de santé des adolescents
- fréquence de recours à des procédures définies
- nombre d'hospitalisations en aigu
- fréquence de recours à des soins ambulatoires
- nombre d'hospitalisation pour des soins non aigus
- durée moyenne de séjour en maternité
- taux de césariennes
- taux de naissance par voie naturelle après césarienne
- taux de naissance et durée moyenne de séjour pour les nouveaux nés
- durée moyenne de séjour pour troubles mentaux
- pourcentage d'adhérents faisant appel aux services du réseau pour troubles mentaux
- durée moyenne de séjour pour toxicodépendance
- pourcentage d'adhérents pris en charge pour toxicodépendance
- utilisation de médicaments de substitution en ambulatoire

6. Le coût des soins :

- évolution du coût des primes
- taux de pathologies fréquentes et coûteuses

7. L'information sur les choix de santé :

- prise en charge de la ménopause (1^{ère} année)

8. L'information descriptive sur le plan de santé :

- taux de certification et de spécialisation des médecins

- niveau des honoraires des praticiens
- collaborations avec des services de santé publique, d'éducation pour la santé et des services sociaux
- caractéristiques des adhérents
- nombre d'adhérents relevant de Medicaid
- diversité culturelle des membres de Medicaid
- nombres de semaines de grossesse à l'inclusion dans le plan

Globalement, les résultats mesurés s'améliorent année après année, en particulier :

- ceux des plans qui acceptent de voir leurs résultats publiés,
- ceux qui sont déjà rentrés dans une logique de mesure de leur performance depuis un certain temps,
- les réseaux déjà accrédités sont également plus performants que les autres.

Les développements en cours concernent :

- la mise au point de mesures complémentaires touchant au traitement des plaintes, aux délais de réponse, aux taux et à la vitesse de résolution des problèmes,
- l'extension du processus à l'organisation interne du système de délivrance des soins,
- l'extension du processus aux autres types de réseaux et notamment aux PPO,
- l'analyse des coûts évités et de l'efficacité des différents plans.

3.3.4 Programmes nationaux de mesure et d'amélioration de la qualité :

S'il n'était pas concevable d'analyser l'ensemble des programmes locaux ayant trait à la qualité, tant ils sont nombreux. Il a paru par contre utile de décrire les programmes d'envergure nationale dont on peut souligner :

- qu'ils sont relativement peu nombreux, même s'ils sont très ambitieux,
- qu'ils portent souvent sur les mêmes thèmes prioritaires qui sont en nombre limité.

3.3.4.1 Le HCQIP de Medicare :

Depuis plus de vingt ans, l'administration en charge de Medicare, la " Health Care Financing Administration " (HCFA), devenue récemment le " Centers for Medicare and Medicaid Services " (CMS) passe par des structures régionales avec lesquelles il contracte, les " Peer Review Organisations " (PRO), pour superviser la qualité des pratiques locales.

En 1992, la HCFA a initié le " Health Care Quality improvement program " (HCQIP) destiné à améliorer le service rendu aux bénéficiaires de Medicare, via l'analyse et le changement des pratiques de soins. A cet effet et pour la première fois, l'administration fédérale a fixé des objectifs contractuels de performance aux PROs. Une collaboration s'est instaurée entre les différents acteurs du système pour :

- Développer des indicateurs de qualité,
- Identifier des opportunités d'amélioration grâce à l'évaluation des pratiques de soins,
- Communiquer avec les professionnels et les institutions sur leurs pratiques,
- Intervenir sur les procédures,
- Et mesurer l'impact de ces actions.

Le programme a débuté autour d'un thème : la prise en charge de l'infarctus du myocarde. Depuis, sept priorités nationales sont concernées :

- L'infarctus du myocarde,
- Le cancer du sein,
- Le diabète,
- L'insuffisance cardiaque,
- La pneumonie,
- Les accidents vasculaires cérébraux,
- Les inégalités de soins au sein des différentes populations bénéficiaires du programme.

Ces priorités ont été choisies à la fois du fait de la mortalité et de la morbidité, des hospitalisations et des coûts dont elles sont responsables, mais aussi parce qu'il a été estimé qu'une action à leur égard était possible, qu'elle pouvait s'appuyer sur des données scientifiques incontestables et que son impact serait mesurable.

Ainsi, pour chaque champ prioritaire ont été définis, en se basant sur les études, les recommandations et l'évaluation des pratiques existantes, un objectif principal qui constitue un résultat de santé publique (par exemple, réduire en 5 ans de 31,4 % à 27,4 % la mortalité à un an après hospitalisation pour infarctus du myocarde) et plusieurs objectifs intermédiaires qui correspondent au bon suivi de certaines procédures, ces critères privilégiant d'ailleurs les soins et les patients hospitalisés plus que les soins ambulatoires (par exemple l'administration d'aspirine et de bêta-bloqueurs dans les premières 24 heures d'hospitalisation pour infarctus).

A signaler que le CMS est par ailleurs responsable de certains objectifs nationaux inclus dans le "Government Performance and Results Act" (GPRA) ayant trait à la santé (réduction de la mortalité à un an après hospitalisation pour infarctus, augmentation des taux de mammographie de dépistage, augmentation de la couverture vaccinale contre la grippe et la pneumonie) et qu'il en tient informé le Congrès au moment du vote de son budget.

Les PROs sont des structures privées. Il y en a, sauf exception, une par Etat. Elles rassemblent des infirmières et des médecins, des professionnels de la qualité, des épidémiologistes, des statisticiens et des experts en communication. En ce qui concerne les médecins, ils ont eu une expérience clinique, mais le plus souvent n'exercent plus ; sauf dans certains Etats qui les obligent à conserver une pratique clinique.

Les PROs sont financés par le CMS. Leur financement s'élève actuellement à plus de 200 millions \$ chaque année.

Elles offrent gratuitement aux professionnels praticiens, sur une base volontaire et non coercitive, une assistance technique et méthodologique, clinique et biostatistique, pour développer et mettre en œuvre des programmes locaux d'amélioration de la qualité (identification d'indicateurs, mise en place de recueil de données, traitement des résultats, stratégies et outils d'amélioration des pratiques, matériel de formation et d'éducation pour la santé, forum entre professionnels, patients et gestionnaires, assistance auprès des patients...) et ce pour tous leurs patients, qu'ils soient ou non adhérents à Medicare.

Les PROs interviennent également (ou peuvent intervenir) dans le cadre :

- du programme fédéral de protection contre les erreurs de paiement,
- des plaintes et des recours de la part des assurés,
- d'études relatives à la qualité.

Une première étude d'envergure nationale portant sur toutes les personnes ayant bénéficié de soins payés sous forme de "fee-for-service" dans le cadre de Medicare (soit 85 % des adhérents) a été conduite sur la base des factures remboursées entre 1997 et 1999. Elle a permis de mesurer 24 des indicateurs de procédures retenus pour les six premiers champs prioritaires du programme. Les résultats ont été analysés par Etat et ont montré des résultats contrastés (variant dans l'Etat médian d'un taux d'intervention appropriée de 95 % à 11 %).

Les perspectives prévoient :

- Le recueil régulier de données issues du dossier médical d'une cohorte de patients hospitalisés pour mesurer les tendances au niveau national sur une base pluri-mensuelle
- Une mesure tri annuelle au niveau des Etats, de concert avec le renouvellement des contrats des PROs qui seront principalement jugées sur ces résultats
- Une extension à d'autres structures ou institutions de santé ("nursing homes, home health agencies...") ainsi qu'à d'autres priorités sanitaires.

3.3.4.2 *Le DQIP :*

L'exemple du diabète est démonstratif car il a fait l'objet depuis plusieurs années, du fait de sa fréquence, de sa gravité et des coûts qu'il génère, d'une attention et d'actions nombreuses mais non coordonnées voire conflictuelles de la part de multiples intervenants sur l'ensemble du territoire. Dernièrement, dans le cadre du

“ Diabetes Quality Improvement Project ” (DQIP), la plupart d’entre eux ont réussi à se mettre d’accord sur les indicateurs à prendre en compte :

L’“ accountability set ” regroupe des indicateurs de procédures (par ex. le pourcentage de patients diabétiques examinés au plan neurologique ou ophtalmologique ou lipidique) et des indicateurs de résultats (par ex. le pourcentage de patients dont la tension artérielle ou le taux de LDL sont contrôlés). Ces mesures permettront des comparaisons de performance entre MCO et entre médecins.

Le “ Quality improvement set ” mesure la distribution des résultats dans la population prise en charge (par ex. la distribution des chiffres de tension artérielle ou de LDL ou d’hémoglobine glyquée) et est à usage interne, permettant au réseau de s’améliorer.

Les critères mesurés par les patients eux-mêmes (par ex. leur état fonctionnel, la perte de temps journalière que leur impose leur maladie, leur auto prise en charge, leur satisfaction vis à vis du système)

La dernière version de HEDIS a pris en compte ses indicateurs.

Parmi les facteurs de succès identifiés :

- L’identification de mesures à la fois de procédures et de résultats,
- La prise en compte à la fois de données issues des médecins et des dossiers médicaux et d’enquêtes de satisfaction,
- L’ajustement des indicateurs en fonction des risques,
- La possibilité d’appliquer ces indicateurs à la fois aux médecins payés à l’acte et aux health plans.

Parmi les difficultés rencontrées :

- L’harmonisation de ces indicateurs de mesure de la performance et des recommandations de bonnes pratiques (“ guidelines ”),
- Le risque de dispersion ou de rejet de la part des médecins,
- La redondance du recueil des données.

3.3.4.3 *Le QUERI de la Veterans administration :*

La Veterans administration, administration fédérale qui gère les anciens combattants s’est complètement restructurée ces dernières années pour s’organiser comme un managed care plan en priorisant la mise en réseau et l’intervention des primary care physicians par rapport à l’hospitalo- centrisme et le recours favorisé aux spécialistes qui étaient la règle.

Elle a mis en place un programme d’amélioration de la qualité des pratiques médicales, le “ quality enhancement research initiative ” (QUERI) qui se fonde sur l’“ outcome research ” et l’ “ evidence based medicine ”.

La démarche est complète ; elle comporte notamment l’identification, et si nécessaire la conduite de recherches en amont, la promotion, la mise en œuvre de bonnes pratiques et l’évaluation de leur impact à la fois sur la maladie et sur la qualité de vie des patients.

Dix situations pathologiques prioritaires ont été retenues pour leur fréquence et/ou leur gravité :

- Le diabète
- L’insuffisance cardiaque
- L’insuffisance coronarienne
- La dépression
- La schizophrénie
- La toxicodépendance
- Les accidents vasculaires cérébraux
- Les traumatismes de la moelle épinière avec atteintes neurologiques
- Le SIDA
- Le cancer du colon
- Le cancer de la prostate

Tous les médecins intervenant pour la Veterans administration sont appelés à participer à ce programme.

3.3.4.4 *Le rapport national annuel sur la qualité du système :*

L'« Agency for health research and quality » (AHRQ, ex AHCPR Agency for health care policy and research) est une agence fédérale. Elle est chargée de faciliter le développement de la qualité, de la pertinence et de l'efficacité des services de santé ainsi que l'accès à ces services. Dans ce but, elle conduit ou finance des actions d'évaluation et de promotion principalement ciblées sur l'« outcome research », le transfert des résultats de la recherche à la pratique médicale courante et sur l'amélioration de l'organisation, du financement et du fonctionnement des services.

Elle est notamment chargée de coordonner l'activité des différentes agences fédérales dans le domaine de la qualité en santé et dans la lutte contre les erreurs médicales.

La loi de 1999 qui a reconduit et précisé le mandat de l'AHRQ, lui a notamment fixé comme objectif de produire un rapport annuel sur la qualité du système de santé américain. Le premier rapport doit sortir en 2003. A cet effet, l'agence fédérale a contracté avec l'Institute of Medicine, une des académies nationales, pour concevoir la trame de ce rapport.

Il n'existe donc encore aujourd'hui qu'à l'état de projet. Les principales réflexions et recommandations de l'Institut de médecine le concernant ont été publiées en 2001 et sont résumées ci-après.

L'objet du rapport doit être de constituer un baromètre, comme l'indice des prix à la consommation. Il doit refléter non tant les fonctions du système ou la qualité des structures, que la santé des personnes. Son existence même doit sensibiliser à l'enjeu de qualité. Il doit permettre de mesurer l'impact des principales décisions prises, des politiques et des programmes conduits et les progrès réalisés pour répondre aux objectifs nationaux en matière de santé.

Le comité mis en place pour conduire cette réflexion a mené ses travaux en quatre étapes :

- Définition conceptuelle de la trame du rapport,
- Elaboration des critères pour sélectionner les indicateurs à mesurer concernant les principaux aspects de la qualité et identification de ces indicateurs,
- Définition des critères pour sélectionner les données sources et identification de ces données (administratives, médicales, enquêtes de satisfaction... publiques ou privées),
- Identification des différents publics auxquels s'adresse le rapport et définition de rapports ciblés.

Le squelette conçu pour le rapport s'articule autour de deux notions de base : les composants de la qualité et les besoins de l'utilisateur.

Les composants de la qualité retenus sont sans surprise - sécurité, efficacité (scientifiquement reconnue) de la prise en charge, service rendu et participation du patient, délais- mais parfois éloignés de la réalité. Ainsi, l'égalité, à savoir l'accès à des prestations de qualité égale, constitue dans l'esprit de l'Institut de médecine une pierre angulaire de la qualité.

Le point de vue de l'utilisateur doit être lui aussi pris en compte dans ses différentes composantes, qu'il s'agisse de son expérience avec le système tout autant que de sa participation effective, que son souci premier soit le maintien en bonne santé, le traitement ou la prise en charge d'une maladie aiguë ou chronique, ou l'accompagnement de sa fin de vie. Certaines spécificités doivent également être prises en compte : géographiques, ethniques, socio-économiques...

Les coûts et l'efficacité du système ne sont pas pris en compte.

A ce stade, seuls les critères à prendre en compte pour définir les items à mesurer et devant figurer dans le rapport sont retenus :

- importance en termes d'impact sanitaire,
- intérêt des principaux acteurs du système,

- évolution possible du système à leur égard,
- pertinence scientifique et robustesse de l'item mesuré,
- faisabilité de la mesure qui à terme doit pouvoir relever d'un traitement électronique intégré.

L'Institut n'a pas souhaité identifier les items eux-mêmes. Il n'a pas voulu, par exemple, retenir les quelques 1 200 items définis par la Rand corporation qui sont essentiellement des indicateurs d'efficacité applicables à 58 champs d'intervention de santé, les jugeant à la fois trop récents et trop nombreux, ceux de la NCQA ou de la Foundation for accountability, même s'il les a cités en exemple.

Il suggère plutôt le recours à des indicateurs synthétiques pourvu que la méthode utilisée pour les construire soit explicite. Il recommande à la fois des indicateurs de procédures et des mesures de résultats, tout en écartant ce qui relève de l'organisation et des structures.

L'ensemble des mesures doit être équilibré, compréhensible et lui aussi suffisamment robuste pour décrire tout autant ce qui va et ce qui ne va pas et pour donner une vision globale qui ne soit pas sujette à des modifications mineures du système.

3.4 Autres éléments concernant la qualité et la régulation :

3.4.1 *Le rôle croissant de l'utilisateur :*

Plusieurs éléments ont conduit à ce que se développe depuis déjà plusieurs années la prise en compte de l'utilisateur dans le système de santé américain. Ils visent tout autant à renforcer le rôle qu'ils peuvent jouer dans la participation à la décision ou dans leur adhésion au traitement, l'information des usagers sur la performance du système de soins et l'amélioration des conditions du marché en faisant d'eux des utilisateurs plus rationnels - leur permettant d'agir de façon plus responsable et d'avoir recours de façon plus adéquate au système de soins - tout en faisant mieux entendre leur(s) attente(s).

Différents types d'actions leur sont destinés :

- multiplication des vecteurs d'information et d'éducation sur leur maladie et leur prise en charge, notamment via Internet,
- recours à des logiciels interactifs d'éducation ou d'aide à la décision partagée,
- contacts directs, notamment téléphoniques, rappel d'une consultation à venir, d'un rendez-vous manqué, consultations par Internet,
- actions d'incitation (délivrance postale de médicaments à domicile pour améliorer leur observance du traitement en cas de maladie chronique...),
- des avantages financiers peuvent être accordés à certaines personnes malades, par exemple si elles adhèrent à des programmes de "disease management" ou si elles se font livrer leurs médicaments à domicile. Ces avantages relèvent habituellement de décisions très décentralisées.
- enquêtes portant sur les personnes malades et les usagers : leurs préférences, leur satisfaction, leurs attentes, leur qualité de vie, leur état fonctionnel...,
- procédures de recours et de plaintes,
- information sur la performance de leur réseau et du système de soins en général.

Les programmes de prise en charge focalisés sur certains facteurs de risque ("risk management"), certains malades ("case management") ou certaines maladies chroniques ("disease management") méritent une mention particulière. Ils touchent principalement les assurés des réseaux les plus structurés.

Ces programmes comportent toute une liste de prestations prédéfinies à mettre en œuvre, en commençant par l'identification des personnes atteintes et toute une panoplie d'outils pour y parvenir qui s'adressent, les uns, aux professionnels de santé, les autres, aux personnes malades elles-mêmes.

L'autre particularité de ces programmes tient à l'accent mis sur la coordination des prestations pour optimiser la prise en charge. Un financement spécifique est prévu à cet effet.

Le suivi est assuré par des infirmières de coordination ou par des travailleurs sociaux. Les infirmières sont chargées principalement d'évaluer, notamment à domicile, la situation médicale et sociale de l'adhérent, d'entrer et de rester en communication régulière avec lui et les différents intervenants, de repérer les alternatives de prise en charge thérapeutiques et organisationnelles, d'apprécier le niveau d'adhésion et de bon suivi du traitement, ainsi que le bon déroulement des soins, d'évaluer l'évolution de l'état de santé et des besoins médicaux. Des objectifs prioritaires, spécifiques, quantifiables et mesurables sont parfois assignés à ces programmes.

De façon générale, l'impact de chacune de ces différentes actions est encore aujourd'hui assez mal étudié.

Tout ce qui a trait à la communication entre patient et médecin semble favorisé par les patients et associé à une plus grande satisfaction ainsi qu'à une meilleure adhésion au traitement.

Les effets positifs que l'on pourrait attendre d'une plus grande implication personnelle des patients dans les prise de décision les concernant, ne sont pas à ce jour démontrés.

L'impact des actions d'information sur la performance du système de soins est à ce jour limité, qu'il s'agisse du comportement des usagers, de celui des professionnels ou de celui des acheteurs de soins.

Les usagers sont plus attentifs à l'information sur les prestations auxquelles ils ont droit et leur niveau de participation financière, à la liste des médecins et des hôpitaux auxquels ils ont accès, ainsi qu'à la qualité présumée de leurs médecins, plutôt qu'aux résultats obtenus. Ils seraient enclins à s'intéresser plus aux taux d'événements défavorables qu'aux résultats favorables ou aux différents indicateurs pris dans leur globalité (et parmi les résultats, ceux ayant trait à la prévention plus qu'aux autres). Globalement, pour prendre leur décision concernant l'adhésion à un plan plutôt qu'à un autre, l'importance que les consommateurs accordent aux "report cards" (tableaux de bord des différentes mesures d'activité ou de performance des médecins ou des plans) est faible en comparaison avec leurs sources habituelles d'information issues principalement de leur entourage. Et la formule, désormais classique "choose on price, stay on service" reste vraie, les assurés attachant un prix particulier à l'attention que leur porte leur médecin et à la capacité qui leur est donnée de pouvoir entrer en contact avec eux.

L'impact de la performance sur les professionnels de santé est également limité, au moins en ce qui concerne le choix des médecins qui orientent les assurés vers d'autres médecins. Il est plus notable sur les pratiques des médecins et sur l'organisation des structures directement incriminées. Pratiquement aucun ne discute les résultats de performance avec leurs patients.

Les données concernant l'impact de la performance sur le choix des acheteurs sont limitées mais l'impact semble là encore très limité à ce jour.

La mauvaise appropriation des consommateurs tiendrait à leur méfiance à l'égard des sources d'information, à leur méconnaissance des enjeux concernant le fonctionnement global du système et à leur mauvaise compréhension du concept d'indicateur ou des indicateurs eux-mêmes en particulier cliniques, ou à l'inadéquation de ceux-ci à leurs attentes. Outre les informations concernant leur médecin, ils seraient plus ouverts à des indicateurs les concernant personnellement et dont ils pourraient s'enquérir eux-mêmes directement.

Cela explique le développement important de nouvelles méthodes d'acquisition d'information et d'enquêtes de satisfaction ces dernières années aux USA. Nombreuses sont les organisations, et notamment les firmes de consultants, qui ont développé et mis en œuvre des enquêtes de satisfaction, certaines ont aujourd'hui une audience nationale, notamment :

- La "Consumer Health Value Survey"
- La "NCQA enrollee satisfaction survey"
- La "Consumer Assessment of Health Plans Study (CAHPS) survey" de l'AHRQ
- Les enquêtes de la Foundation for accountability (FACCT)

Pourtant ces enquêtes ne semblent pas elles non plus avoir à ce jour d'impact significatif sur le comportement des différents acteurs du marché et partant sur la qualité des soins. Mais l'intégration de données de satisfaction dans les mesures de performance des plans et réseaux (HEDIS) est susceptible de changer la donne.

De même, les rares études concernant l'impact de l'implication des patients dans les processus de décision ne sont guère concluantes à ce jour.

En sus de ces enquêtes, les nouvelles voies d'investigation concernent la perception qu'ont les usagers de leur état de santé, de leur état fonctionnel, leurs comportements vis-à-vis de leur état de santé et la manière dont ils agissent à l'intérieur du système (degré de connaissance, participation à la décision, recours aux soins...).

3.4.2 Le médicament :

Le marché des médicaments aux Etats Unis est particulièrement dynamique.

Le marché des génériques et des médicaments sans ordonnance est très important, mais les médicaments prescrits conservent une place prépondérante :

- La politique est résolument en faveur de l'innovation : statut privilégié a été conféré au médicament orphelin et la période de protection des brevets a été allongée.
- Les prix ne sont pas encadrés et sont plus élevés que dans la plupart des autres pays, parfois très nettement.
- La pression des patients est très forte pour avoir accès aux innovations et aux médicaments sous brevet, même dans le cadre des contrats d'entreprise et des HMO.
- Cette pression est renforcée par une publicité télévisée des médicaments prescrits très présente.

Dans le cadre des réseaux :

- Il existe le plus souvent une liste incitative ou limitative positive des médicaments utilisables établie par des experts internes et externes au dispositif au vu de la sécurité et de l'efficacité du produit (à cet égard l'évaluation confirme sauf cas exceptionnel celle faite par la FDA pour la mise sur le marché), de l'existence d'alternative thérapeutique et du coût du produit : tous éléments comparables à ceux pris en compte dans l'évaluation du service médical rendu pour décider du principe et du niveau de remboursement dans notre pays.
- Certains médicaments sont soumis à une entente préalable.
- Les gestionnaires de MCO passent de plus en plus souvent des contrats avec des centrales d'achats pharmaceutiques qui négocient des contrats prix-volume avec les firmes pharmaceutiques.
- Les centrales réalisent des économies en jouant sur :
 - les prix discounts,
 - une rétrocession du fournisseur à l'acheteur fonction de ses volumes de vente ou de son chiffre d'affaires,
 - la vente par correspondance et la délivrance postale à domicile,
 - la limitation des services et des coûts administratifs,
 - la substitution par des médicaments génériques ou par le produit le moins cher.

Ces dernières années, les dépenses médicamenteuses ont constamment augmenté de plus de 10 % (en fait, le plus souvent de 15 à 20 %). Cette croissance tient pratiquement tout autant aux prix, aux volumes et à l'externalisation de la prise en charge hors de l'hôpital. Effets qui risquent de rencontrer des limites dans le futur.

3.4.3 L'hôpital :

A la différence du médicament, c'est sur l'hôpital que se sont portés les principaux efforts de régulation et qu'ont été engrangées les économies les plus importantes.

Les principales caractéristiques de la régulation hospitalière tiennent à :

- l'offre qui s'est réduite,
- l'accès filtré par le " primary care physician " qui fait office de " gate-keeper " dans de nombreux réseaux
- aux apports de l'évaluation des innovations technologiques (" technology assesment ") pour juger de la pertinence et des modalités de recours aux nouvelles technologies dont les résultats sont à disposition mais pas toujours contraignants,
- à la tarification à la pathologie ou par groupes de diagnostics.

Parallèlement, une politique systématique de qualité et d'évaluation de la performance a été mise en place, et principalement :

- des standards et une politique d'assurance de la qualité,
- des règles de bonne pratique, notamment médicales,
- une évaluation des pratiques médicales,
- une évaluation des résultats cliniques,
- des enquêtes de satisfaction auprès des usagers,
- un contrôle de qualité et une accréditation régulière conduite par des organismes indépendants le plus souvent privés dont les résultats font l'objet d'une diffusion de plus en plus large.

Bien que la mission n'ait pas porté sur l'analyse des hôpitaux, il est notoire que les résultats en matière de qualité de service rendu et d'efficience restent contrastés selon les établissements.

CONCLUSION

Des systèmes éloignés mais que l'on peut comparer :

Le système de santé et d'assurance maladie des Etats unis est assez éloigné du système français. Si la médecine y est comparable, la couverture du risque maladie diffère dans ses fondements mêmes :

- non universalité de la couverture,
- sélection des risques,
- absence de garantie viagère,
- peu de financement socialisé assurant la solidarité.

La conception du rôle de l'Etat diffère de celle en vigueur dans notre pays. L'Etat fédéral est relativement peu présent et, sauf exception, n'intervient pas directement dans la gestion du système. Sauf en matière de recherche et de diffusion des connaissances, d'aide au développement de la qualité et de mesure de la performance, domaines dans lesquels il est très actif.

La santé ne semble pas être considérée à la fois comme un bien public et comme un investissement, une source de croissance économique. Pourtant, les efforts de prévention y sont incontestablement importants, notamment dans les réseaux de santé.

En matière de régulation des dépenses et de qualité des prestations de santé plusieurs éléments autorisent des comparaisons avec notre pays :

L'inflation des dépenses y relève de rigidités et de difficultés structurelles plus que d'accidents conjoncturels (inflation des comportements, blocage de la productivité, groupes d'influence...).

Mais, la question de la limitation de principe de la croissance des dépenses globales de santé n'est pas à l'ordre du jour aux Etats Unis. Les américains sont gros consommateurs du système de santé, au moins ceux qui y ont accès, et entendent le rester.

Si l'on ne peut parler de régulation globale des dépenses aux USA, deux réserves peuvent toutefois être formulées :

- L'éventualité d'une réduction des prestations prises en charge ou d'une participation plus importante des salariés au financement du système, compte tenu de la conjoncture économique moins favorable, pourrait lancer le débat.
- La question du contrôle de l'évolution des dépenses consacrées aux programmes publics, et particulièrement celles de Medicare, s'impose et ira croissant.

Mise à part une répression de la fraude très déterminée et semble t'il assez productive, les dispositions prises dans le cadre de Medicare ne diffèrent pas radicalement de certaines mesures en cours dans notre pays et y rencontrent d'ailleurs des limites comparables, qu'il s'agisse :

- du panier de prestations prise en charge dont la délimitation est précise, mais contestée en ce qui concerne les médicaments,
- des modalités de participation financière des bénéficiaires (tickets modérateurs et franchises),
- de l'encadrement de la tarification des honoraires et des actes médicaux, contesté par les médecins, au moins ceux payés à l'acte,
- de la tentative de filtrage de l'accès aux soins via un médecin référent.

Au niveau microéconomique :

Le jeu concurrentiel entre opérateurs oblige à la recherche d'une optimisation des dépenses, sinon à leur régulation.

Là où le système français est monolithique et monopolistique, les dispositifs de soins et de prise en charge du risque maladie sont d'une grande diversité, d'une grande flexibilité et disposent souvent de réelles marges de décision à l'égard des médecins avec lesquels ils contractent et vis à vis de leurs assurés.

Pour autant, l'intervention de cette multiplicité d'opérateurs, avant tout privés, ne paraît pas assurer de façon évidente une meilleure gestion du système.

A noter toutefois que les frais de gestion consacrés à la qualité y sont nettement plus importants.

Les outils de régulation et de qualité, qu'ils concernent l'organisation de la prise en charge, les usagers ou les médecins sont souvent proches de ceux existants dans notre pays, d'autres différent en soi ou dans leur mise en œuvre.

Concernant l'organisation de la prise en charge, quatre éléments, d'ailleurs intriqués, méritent d'être notés :

- Le fait qu'au delà de son rôle de gestionnaire financier, l'opérateur se soit de plus en plus engagé comme prestataire et gestionnaire de la santé de chacun de ses adhérents qu'il conseille, qu'il accompagne, qu'il suit.
- Le développement bien plus avancé qu'en France, mais loin d'être généralisé pour autant, d'une organisation plus intégrée de la prise en charge. Les systèmes les plus intégrés présentent des avantages manifestes. Ils apparaissent les mieux outillés en matière de qualité et de régulation. Leurs coûts sont moindres. Ils ne sont pas systématiquement rejetés par leurs adhérents. Le réseau facilite la mise en place de dispositions, les unes de nature à réguler la dépense, les autres à améliorer la coordination et la qualité des prestations sanitaires. Les résultats sanitaires sont très souvent en leur faveur, que l'on considère les critères d'organisation de la prise en charge, d'utilisation et de recours au système de santé ou les résultats pour les usagers. Mais la rigueur scientifique de cette appréciation est discutable, les résultats des évaluations en la matière, nombreuses mais parcellaires, n'étant pas univoques.
- Le positionnement en première ligne du "primary care physician", son appartenance à des réseaux, l'exercice en groupe dans de véritables centres de santé sont en rupture nette avec l'isolement qui est encore l'apanage de très nombreux professionnels de santé dans notre pays.
- L'activité hospitalière, à temps partiel mais effective, d'un grand nombre de médecins généralistes et de "primary care physicians" vient renforcer cette intégration et le décloisonnement du système.

Concernant les usagers, en sus de la non universalité de la prise en charge :

- la sélection du risque,
- la très grande variété du panier de prestations prises en charge,
- Un "filtre" efficace à l'accès aux spécialistes et à l'hôpital pour un grand nombre d'assurés. Mais dernièrement celui-ci est fortement remis en question par les usagers.

Concernant les médecins, trois éléments conséquents tiennent :

- à leur obligation de requalification,
- à leur engagement contractuel,
- aux modalités de leur rémunération.

Bien que la validation de leur formation continue (obligatoire dans la plupart des Etats) soit trop laxiste et que les procédures de leur re certification soient jugées trop bureaucratiques, ces dispositions ont le mérite d'exister - ce qui n'est pas le cas en France - et de garantir une certaine constance de qualification.

Autre différence notable, l'importance accordée au contrat. Le comportement d'un médecin américain, la logique des relations qu'il entretient avec le système de santé sont fondés sur un engagement contractuel très fortement ressenti entre contractants, et non comme une disposition administrative incontournable mais quasi convenue.

L'encadrement des tarifs a obtenu des succès en termes de régulation mais y rencontre des limites. Malgré le paiement par capitation et l'encadrement de la tarification par Medicare -d'ailleurs remis en cause par les médecins- la hausse des tarifs et celle des biens ont contribué, plus que l'augmentation de l'activité, à la hausse des dépenses.

La rémunération à la capitation et la non uniformité des honoraires méritent également attention.

En matière de systèmes d'information, le constat global est mitigé :

- Les multiples applications de l'informatique et de l'électronique et leur fonctionnalité sont impressionnantes et semblent plus développées dans la pratique quotidienne de nombreux médecins américains, mais pas de tous.
- Toutefois, mis à part la situation dans les réseaux les plus intégrés, une insuffisance notoire persiste: l'absence de dossier médical unique, que ce soit entre ville et hôpital ou entre prestataires de ville.
- Les problèmes de confidentialité des données médicales sont devenus une telle préoccupation et ont suscités de tels freins réglementaires qu'ils risquent de bloquer les avancées en matière d'évaluation et de qualité et dans la recherche médicale.

En matière de qualité des soins, des enseignements sont à tirer :

- Les outils ne sont pas très différents de ceux utilisés en France.
- L'entente préalable, bien que contraignante et contestée, y est possiblement plus efficace.
- Mais surtout, deux différences notables avec notre pays: il se passe nettement plus de chose et ce qui se passe, se fait avec les médecins.

L'ampleur globale du mouvement concernant la qualité y est nettement plus important. L'implication de l'Etat fédéral, de la plupart des Etats et des institutions (sociétés savantes, associations professionnelles médicales, associations d'opérateurs, organismes privés indépendants...) a été et demeure réel en matière d'engagement et de développement d'outils et de programmes ayant trait à l'amélioration de la qualité. Dans le quotidien, même si les réalisations sur le terrain sont d'ampleur plus inégale, elles sont de toute façon beaucoup plus significative que dans notre pays.

Alors qu'en France le constat est sévère. Malgré une volonté politique constante depuis maintenant plus de 10 ans et les multiples dispositions législatives et réglementaires prises depuis, force est de constater que si l'ANDEM, devenue ANAES depuis, a su bien développer la mise au point des méthodes, jusqu'ici en bonne intelligence et avec la collaboration des professionnels (médecins praticiens), ses réalisations sur le terrain restent très insuffisantes en matière d'accréditation des hôpitaux et inexistantes en ce qui concerne l'évaluation des pratiques professionnelles en ambulatoire.

Quant aux professionnels, le constat est également amer : leur engagement individuel reste extrêmement limité et leurs syndicats ont choisi de bloquer le processus institutionnel.

A l'inverse, aux Etats Unis, la qualité est avant tout l'affaire des professionnels :

- L'implication directe des professionnels eux-mêmes dans le processus d'élaboration et de mise en œuvre des actions ayant trait à la qualité (références, programmes, évaluation...) est nettement plus importante que dans notre pays, même si tous les médecins ne sont pas impliqués.
- L'encadrement et le contrôle exercés par les opérateurs sur les médecins praticiens sont effectués le plus souvent par des pairs qui restent praticiens à temps partiel. A l'inverse de ce qui se passe en France, où ses fonctions sont assurées par un corps spécifique de médecins n'ayant jamais eu ou n'ayant plus d'activité clinique.
- Aux yeux des médecins praticiens, leur crédibilité et leur légitimité à intervenir sont très différentes de celles observées dans notre pays vis-à-vis des services médicaux des régimes d'assurance maladie et particulièrement vis-à-vis des médecins conseils de la CNAMTS.

Au total :

L'évaluation globale des résultats, les comparaisons entre systèmes sont difficiles notamment parce que les critères et les méthodes de mesure ne sont ni univoques ni consensuels. On peut toutefois à cet égard déplorer que les échanges entre nos deux pays ne soient pas assez soutenus.

Au détriment des individus, des insuffisances et des inégalités manifestes :

- Quelques 20 % de la population, sinon plus, sont mal ou très mal lotis en matière de couverture du risque maladie.

15 % de la population sont laissés pour compte.

Les inégalités sont manifestes pour les personnes en difficulté financière, les individus ayant des facteurs de risque sanitaire importants et non pris en charge par leur employeur, et particulièrement pour les minorités ethniques et les populations immigrées qui proviennent souvent de zones de précarité sanitaire et dont l'intégration sanitaire est souvent lente et partielle.

- La qualité des pratiques médicales n'est pas ce qu'elle devrait être : subsistent des pratiques inexplicablement différenciées et pas toujours appropriées, un mésusage, des sur et des sous consommations.
- Les résultats sanitaires ne peuvent être qualifiés de globalement satisfaisants. En particulier, les inégalités géographiques et surtout socio-démographiques sont importantes.
- Et pourtant, les dépenses de santé sont nettement plus élevées que dans les autres pays.

Mais deux différences notables sont à mettre au crédit du système américain :

- Les américains se sont donnés les moyens d'améliorer les connaissances fondamentales sur les sciences de la vie et leur répercussion sur la santé de l'homme.
- Ils se sont donnés les moyens d'en savoir plus sur le fonctionnement du système de santé : sur ce qui se passe en matière de qualité et de résultats. On y mesure plus les résultats obtenus, depuis plus longtemps et on mesure déjà des améliorations notables.

Gilles DUHAMEL

Résumé du rapport n° 2002 073 présenté par M. Gilles DUHAMEL

Ce rapport présente les principales données relatives au système de santé aux Etats-Unis, à l'organisation de la couverture maladie dans ce pays, à celle de l'offre médicale ambulatoire, ainsi que les différents outils destinés à améliorer la qualité des pratiques et à en réguler le coût.

Cette analyse s'inscrit dans une étude plus globale qui a cherché à comparer les dispositifs d'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire dans différents pays et , à partir des observations étrangères, à proposer des pistes d'action pour faire évoluer la médecine de ville dans notre pays et les relations qu'elle entretient avec les pouvoirs publics et en particulier avec les services médicaux des différents régimes d'assurance maladie.

Dans le cadre de cette étude, différents pays ont été visités : l'Allemagne, l'Angleterre, les Etats-Unis et les Pays-Bas. Chacun fait l'objet d'un rapport spécifique.

1. Les principales caractéristiques du système américain :

Aux Etats-Unis, la santé est un marché où l'Etat est peu présent. Il n'y a pas de système unique, mais de multiples dispositifs selon les Etats, selon les mécanismes de couverture et de prise en charge et selon les situations des individus, notamment face à l'emploi.

Toutefois des caractéristiques communes permettent d'avoir une vision globale.

Les règles du marché dominant le secteur : absence de système national obligatoire universel d'assurance maladie, très grande diversité de dispositifs de soins et de prise en charge du risque maladie où prédominent les acteurs privés, concurrence omniprésente, forte émulation, très grande variété, flexibilité et adaptation des différents dispositifs.

Le secteur est hyperactif, très dynamique mais inflationniste. C'est le plus gros employeur du pays, avec une médecine de pointe, une recherche très performante, un véritable complexe médico-politico-industriel, des entreprises de produits ou de biens de santé impliquées dans la gestion du système, dans la prise en charge des maladies et dans la distribution. La médecine s'exerce surtout en groupe et est très spécialisée. Les techniques nouvelles se surajoutent, sources de suractivité, de surtechnicité et de surconsommations.

Les dépenses de santé y sont les plus élevées au monde, sans qu'il y ait de régulation globale des coûts : 13 % du PIB en 1999, plus proche de 14 % en 2000, un taux d'accroissement annuel autour de 5 %, comme en France. Les tentatives passées de régulation macroéconomique fédérales ont été des échecs.

L'essentiel de la régulation est microéconomique et est imposée par les lois du marché.

Le succès global du système est indéniable, mais doit être fortement relativisé. Le système est inéquitable. Il sélectionne et rejette les risques individuels les plus lourds et les plus coûteux, et, malgré les programmes publics de couverture maladie pour les personnes âgées et les familles pauvres, il laisse près de 15 % de la population sans aucune couverture maladie (soit quelques 40 millions de personnes). De plus, on estime que 20 à 25 millions d'Américains sont mal assurés.

Plusieurs résultats sont insatisfaisants. De nombreuses pratiques de soins sont hétérogènes. D'autres induisent des surconsommations. Ailleurs, au contraire, l'accès ou le recours à certains soins sont insuffisants. Les résultats sanitaires sont contrastés selon les populations, les états, les pathologies et les systèmes de prise en charge.

Enfin, le système présente des fragilités : une judiciarisation importante qui augmente les coûts et est source d'effets pervers de sélection, de non prise de risque et de perte de chance, une rentabilité incertaine de certains réseaux.

Il n'y a pas de couverture généralisée de la population. L'assurance maladie relève essentiellement de l'assurance privée volontaire et est avant tout liée à l'emploi et à l'entreprise, mais elle est de nature très variable et obéit essentiellement aux lois du marché. Il n'y a aucune convention – cadre.

Il existe toutefois des programmes publics de couverture maladie ciblés sur certaines populations. En 2000, 25 à 30 % des américains en ont bénéficié. Medicare s'adresse aux personnes de plus de 65 ans, aux aveugles et handicapés quel que soit leur âge et aux personnes en insuffisance rénale terminale. Le programme comprend

une assurance hospitalière, couvrant surtout le court séjour et les soins de suite et une assurance complémentaire pour les soins ambulatoires. Il couvre pratiquement 20 % des dépenses de santé et s'adresse à près de 40 millions de personnes (13,4 % de la population).

Medicaid offre une assistance médicale gratuite à certaines familles pauvres (familles monoparentales, bénéficiaires de Medicare dans le besoin, enfants de moins de 16 ans). Cofinancé et cogéré par l'Etat fédéral et par chacun des Etats fédérés, le programme n'est pas uniforme au plan national. Les Etats peuvent étendre dans certaines limites les critères d'éligibilité.

En 2000, Medicaid a couvert 33 millions de personnes (10,4 % de la population) (12 % du total des dépenses de santé). Toutefois, plus de 50 % de la population à bas revenu n'a pas accès au programme. Medicaid couvre une gamme étendue de prestations médicales : l'hospitalisation, des soins prénataux et d'accouchement, des consultations médicales, des analyses de laboratoire, des examens de radiologie, des soins de long séjour et, pour les moins de 21 ans, des services de médecine préventive. Mais, la faiblesse des tarifs homologués pour les consultations et les visites conduit de nombreux médecins à ne pas accepter ces malades et paupérisent de nombreux hôpitaux.

Une partie de l'opinion publique américaine partage la conviction que ces programmes sont sources de gaspillage et d'efficacité sociale limitée. Or leur financement à long terme n'est pas assuré.

La médecine ambulatoire :

Il n'existe pas à proprement parler de régulation de la démographie médicale. Pour autant, la densité médicale est moins élevée qu'en France (2,7 vs 3 pour 1000), et la densité hospitalière y est plus modérée.

La répartition des médecins sur le territoire est aussi déséquilibrée que dans notre pays, prédominant dans les zones urbaines et les Etats riches.

Le degré de spécialisation est très important, nettement plus élevé qu'en France. Pratiquement 9 sur 10 sont des spécialistes : 52 % en ville, 35 % à l'hôpital.

Les 13 % restants sont généralistes en ambulatoire mais interviennent souvent aussi à l'hôpital. Le faible nombre de généralistes est relativement compensé par le nombre de médecins de premier recours - presque un médecin sur trois - et par une répartition des tâches laissant plus de responsabilités à certaines infirmières formées à cet effet.

Malgré une réduction de l'hospitalisation, l'activité médicale ambulatoire y est plus réduite que dans notre pays : le nombre moyen de consultations annuelles par habitant y est inférieur (5 aux USA, 8 en France), les visites à domicile ont pratiquement disparu (0,2 par habitant, sept fois moins qu'en France). La pratique peut être privée, en cabinet libéral, seuls ou de façon prépondérante en groupe (beaucoup plus qu'en France), souvent également hospitalière ou purement hospitalière, en établissement public, privé ou privé à but non lucratif (comme en France). De même, les médecins disposent d'une grande liberté d'installation, d'une assez grande liberté de prescription et jouissent d'un statut social comparable à celui des Français, avec un niveau moyen de revenus plus élevé. Leurs associations professionnelles, bien que n'ayant pas de représentativité légale, exercent une influence sociétale et politique comparables.

Les modes de rémunération des médecins diffèrent d'avec notre pays : pas de convention – cadre, une multitude de modalités de contrats, un paiement à l'acte pour 30 à 40 % des médecins et actuellement en réaumentation, un système de capitation qui a concerné jusqu'à 55 % des médecins mais qui est actuellement en diminution ; alors que 15 % à 25 % des médecins sont salariés d'un réseau. Il existe différents mécanismes d'intéressement aux pertes et aux bénéfices.

Les équipements des centres et des établissements de santé sont comparables aux nôtres. Les médicaments sont similaires et les méthodes d'investigation et de traitement également très proches.

La mise en cause de la responsabilité médicale y est très fréquente, d'où un coût très élevé de l'assurance professionnelle (anesthésie, chirurgie, obstétrique...) qui contribue à l'inflation des dépenses de santé via un surcroît d'examen de précaution et de consultations ou à une attitude ou à une tentation abstentionniste qui peut nuire à la santé des patients.

Les réseaux de santé :

Les Managed care organizations (MCO) constituent à la fois un système d'organisation des soins, de financement et de gestion visant à rationaliser la dépense et un mode spécifique de partenariat entre financeurs (assureurs), fournisseurs de soins (professionnels de santé) et dans une certaine mesure assurés eux-mêmes.

Deux tiers à trois quart des médecins ont passé contrat avec une MCO, plus de 90 % des généralistes, en moyenne sous contrat avec une douzaine. Les MCO prennent en charge près de 70 % de la population. Les patients sont incités à recourir à des fournisseurs agréés, eux-mêmes sont gérés selon des modes de rémunération et de contractualisation spécifiques. Les réseaux sont extrêmement divers selon le rôle joué par les différents intervenants. Les pratiques médicales y sont encadrées selon des modalités variables.

Les “ Health maintenance organizations ” (HMO) constituent les modèles les plus intégrés. Ils prennent en charge moins de 30 % des assurés (23 % des salariés assurés via leur emploi en 2001). Ce sont à la fois :

1. Des systèmes de maintien en bonne santé : L’assureur prend entièrement à sa charge les dépenses de ses adhérents et a donc tout intérêt à ce qu’ils restent le plus possible en bonne santé et consomment le moins possible de prestations. L’accent est mis sur la prévention, le diagnostic précoce, la formation et l’éducation des assurés.

2. Des systèmes de production de soins intégrés : L’accès aux soins est hiérarchisé et coordonné. Le réseau assure également la continuité des soins.

Le groupe médical est pluridisciplinaire et comprend les médecins de première ligne qui jouent un rôle de filtre, et des spécialistes dans des centres médicaux où sont réalisés les examens complémentaires biologiques et radiologiques les plus courants, de même que les soins infirmiers et la kinésithérapie. La délivrance des médicaments est faite sur place ou à domicile par la poste.

Les soins hospitaliers se font dans des hôpitaux qui appartiennent au réseau ou ont passé contrat avec lui.

3. *Des dispositifs de couverture du risque maladie : L’affiliation au réseau est volontaire et de durée déterminée, assurée par prime mensuelle. En contrepartie l’ensemble des soins est pris en charge par le réseau, généralement en tiers payant. L’assureur est responsable du financement des soins et en supporte le risque financier. Le budget et la prime forfaitaire sont fixés ex ante et ne sont pas ajustables a posteriori. La gestion est généralement très décentralisée.*

La participation des patients est très faible (ticket modérateur forfaitaire minime pour les consultations et les médicaments) et même souvent nulle pour l’hospitalisation. Le dispositif relève d’un caractère purement contractuel et peut être révisé.

Le “ staff model ” est le modèle le plus ancien et le plus intégré de HMO, avec une équipe médicale salariée. Dans le “ group model ”, des médecins sous contrat organisés en entité économique et rémunérés à la capitation. Les assurés sont astreints à se soigner dans le réseau. D’autres types d’organisation existent qui maintiennent une indépendance plus grande des professionnels de santé. Dans l’assurance traditionnelle, les adhérents ont le libre choix du médecin. Le médecin est libre de fixer ses honoraires. Le patient paie directement et se fait rembourser de manière rétrospective et partielle sans contrôle sur les prestataires de soins. Ce modèle est en train de disparaître (7 % des salariés assurés via leur emploi en 2001). Mais les “ Fee-for-service organizations ” (environ 25 %) en sont assez proches : médecins payés à l’acte. Leur pratique n’est pas exclusivement dédiée aux patients du réseau. L’assuré doit choisir son médecin traitant au sein du réseau. Les “ Preferred provider organizations ” (PPO) sont celles qui se développent le plus actuellement (48 %). Seule véritable contrainte pour les médecins sélectionnés des tarifs négociés. Les “ points of service ” (POS) sont à mi-chemin entre HMO et PPO. L’assuré choisit un référent, mais peut consulter en dehors en acquittant des franchises ou un ticket modérateur élevés (22 % des salariés assurés via leur emploi).

2. Actions avec les médecins concernant la qualité des soins et la régulation des dépenses :

Hormis les règles déontologiques, des obligations de qualification, une nomenclature unique et les éléments de la facturation des actes médicaux, rien ne s’impose à l’ensemble des médecins américains. Aucun dispositif uniforme de contrôle n’existe en ambulatoire. Toutefois, sont mis en œuvre de nombreux outils et de nombreuses procédures de nature très variée qui concourent à améliorer la qualité de leurs pratiques et à réguler les dépenses qu’ils génèrent, principalement à l’hôpital. Mais, en ambulatoire l’ampleur de leur mise en application peut varier grandement. Schématiquement, elle est d’autant plus importante que le dispositif de prise en charge est intégré.

Les principaux outils de la qualité :

Schématiquement, on peut classer les différents outils selon qu’ils visent les médecins, les organisations ou les patients.

Concernant les médecins, il existe des obligations déontologiques, des obligations de qualification et de recertification, des habilitations spécifiques pour la réalisation de certains actes dans certains états, des actions destinées à améliorer leurs connaissances et leur compétences (recherches, nouveaux outils de FMC), des actions

venant en appui de leur décision (recommandations de bonnes pratiques, logiciels d'aide à la décision, consultations et échanges informatisés entre professionnels), des actions ponctuelles de mesure de leur performance et de valorisation de leur action, enfin, une sélection des médecins dans les réseaux.

Pour améliorer la qualité de l'organisation de la prise en charge, l'organisation en réseau favorise la coordination et la continuité des soins pour de nombreux assurés. La recherche est foisonnante pour l'améliorer. De multiples programmes d'assurance ou d'amélioration continue de la qualité sont opérationnels. La plupart sont spécifiques à chaque réseau. Certains sont d'envergure nationale. L'informatique contribue fortement à la sécurité et à la qualité des prestations, ainsi qu'à la continuité et à la coordination de la prise en charge dans les dispositifs les plus évolués. Il existe des programmes d'accréditation et de mesure de la performance des hôpitaux et dans les réseaux de santé volontaires, une nomenclature unique des actes médicaux, mais pas de contrainte généralisée sur le contenu du dossier médical. Les personnes prises en charge dans le cadre de Medicare, sont incitées à adhérer à un réseau de santé.

Les usagers jouent un rôle croissant. Des programmes spécifiques de prise en charge leurs sont consacrés dans les réseaux les plus structurés. Leur point de vue est analysé (enquêtes de préférences, de satisfaction, de qualité de vie, sur leur état fonctionnel...) mais pris en compte de façon encore inégale.

Les autres éléments de la régulation :

En matière de démographie médicale, il n'y a pas de numerus clausus, mais une régulation très décentralisée, sous le contrôle des médecins.

En matière d'équipement, il y a eu une diminution importante du nombre de lits d'hospitalisation, mais il n'y a pas de carte sanitaire.

En matière de couverture et d'accès aux soins, le panier de prestations couvertes est bien délimité dans le cadre de Medicare (et d'ailleurs critiqué du fait de la non prise en charge des médicaments), mais éminemment variable selon les contrats d'assurance privée. Il n'y a pas de pénurie ni de liste d'attente. Dans de nombreux réseaux, notamment les plus intégrés, un filtre est opéré par les " Primary Care physicians ", mais il est de plus en plus contesté. Il existe un mécanisme d'entente préalable (parfois contesté) ou de contrôle a posteriori par les pairs, des listes limitatives de médicaments et d'examen complémentaires qui semblent rarement contestées.

En matière de volume d'activité et de prestations, pour les médecins, il n'y a pas d'encadrement prédéfini des volumes, pas de limitation formalisée de leur activité (hormis certaines " gag rules "). Mais dans de nombreux réseaux des outils visent à les limiter : entente préalable, principalement dans les HMO, profils statistiques relatifs à l'utilisation des ressources, centrés sur des actes ou sur des résultats cliniques. Pour les usagers, les " droits de tirage " sont plafonnés dans certains contrats.

Les honoraires et les tarifs médicaux ne sont ni unifiés, ni encadrés de façon généralisée, mais de nombreux médecins sont salariés ou rémunérés à la capitation, et souvent intéressés aux résultats, les paiements à l'acte sont régulés (et jugés insuffisants par certains médecins) dans le cadre de Medicare et de Medicaid. Des remises d'honoraires sont négociées par les assureurs dans les PPO. La nomenclature des actes est régulièrement réévaluée.

Il n'y a pas d'encadrement des coûts, pas de budget global, pas d'enveloppes sectorielles. Il existe un taux directeur prévisionnel pour Medicare, mais celui-ci ne constitue pas une enveloppe fermée. Les niveaux de primes et les budgets annuels des réseaux sont prédéfinis et fixes. Le marché est très concurrentiel et les possibilités de marchandage pour les contrats et certaines prestations ponctuelles sont habituelles. Il n'y a pas de sanctions collectives. Seules sanctions individuelles : l'éventualité d'une désélection ou le non renouvellement d'un contrat entre médecin et assureur et des pénalités importantes en cas de fraude à Medicare.

La régulation hospitalière tient à une offre réduite, un accès filtré, une évaluation des innovations technologiques, une politique systématique de qualité et d'évaluation de la performance (standards, règles de bonne pratique, évaluation des pratiques et des résultats, enquêtes de satisfaction, contrôle de qualité et une accréditation régulière), une tarification à la pathologie ou par groupes de diagnostics.

3. Comparaison entre la France et les Etats Unis :

Les systèmes sont éloignés mais peuvent être comparés. La médecine dans ses modalités de fonctionnement et dans ses résultats y est globalement comparable, alors que la couverture du risque maladie y diffère dans ses fondements mêmes, au détriment de l'utilisateur : non universalité de la couverture, au contraire une grande variété

et hétérogénéité des garanties prises en charge, sélection des risques, absence de garantie viagère, peu de financement socialisé assurant la solidarité.

Une conception différente du rôle de l'Etat : l'Etat fédéral est beaucoup moins présent en matière de gestion et de régulation globale et reste éloigné des recommandations de l'OMS qui préconise : une supervision du secteur par l'Etat, une couverture maximale de la population vis-à-vis du risque maladie, la recherche du meilleur ratio coût-efficacité, un pré-paiement des soins de santé via l'impôt ou via une cotisation à un régime d'assurance ou de sécurité sociale.

En revanche, l'Etat est beaucoup plus actif en matière de recherche et de diffusion des connaissances, d'aide au développement de la qualité et de mesure de l'état de santé, des résultats sanitaires et de la performance du système.

Aucun des deux pays ne semble considérer la santé à la fois comme un bien public et un investissement, ce qui conduirait à faire de la prévention une véritable priorité nationale. Mais, les efforts de prévention sont incontestablement plus importants aux Etats Unis dans les réseaux de santé.

Bien que l'inflation des dépenses relève dans les deux pays de rigidités et de difficultés structurelles, il n'y a pas de politique fédérale de régulation globale des dépenses. Par contre, les éléments de régulation dans le cadre de Medicare sont proches de ceux existants chez nous : panier pris en charge, participation financière des bénéficiaires, encadrement de la tarification, tentative de filtrage de l'accès aux spécialistes et à l'hôpital par un médecin référent.

En matière d'organisation de la prise en charge, même s'ils font l'objet de critiques, les réseaux les plus intégrés présentent des avantages manifestes et apparaissent les plus séduisants. En matière de régulation, le managed care a incontestablement été source d'économies, principalement en matière d'hospitalisation et d'encadrement des honoraires médicaux. Il est difficile de savoir si la rationalisation y a aujourd'hui atteint ses limites, mais quoiqu'il en soit, ils sont aujourd'hui les moins coûteux.

En termes de qualité, l'opérateur gère la santé de chacun et favorise la prévention. Le positionnement en première ligne du "primary care physician" et son appartenance comme membre à part entière d'une organisation plus intégrée et décloisonnée favorisent la coordination et la continuité des soins. Leur activité hospitalière, à temps partiel, confortent leur intégration au dispositif et le décloisonnement entre ville et hôpital. Les outils d'amélioration de la qualité y sont les plus nombreux, même si tous ne paraissent pas d'efficacité égale. Les réseaux sont les plus actifs en matière de mesure de la performance. Les insatisfactions qui se sont fait jour à leur égard, tiennent plus aux abus du "managed cost" et aux réticences de certains médecins qu'à ceux du "managed care".

Des insuffisances existent dans les deux pays en matière de système d'information. En particulier, il n'y a pas de dossier médical unique. En France, l'unicité du système d'information en ambulatoire et le PMSI à l'hôpital qui constituent autant d'atouts, ne se sont pas traduits par une réelle avancée en matière d'évaluation et de qualité des soins. Le codage des actes et des diagnostics en ambulatoire se font attendre. Aux USA, les problèmes de confidentialité des données médicales posent des problèmes à la recherche.

Des enseignements doivent être tirés à propos des médecins, de leur obligation de requalification, de la réalité de leur engagement contractuel, des modalités de leur rémunération.

En matière de qualité des soins, les outils ne sont pas très différents. Mais il se passe nettement plus de chose et, ce qui se passe se fait avec les médecins.

Pour ce qui est des résultats, les comparaisons sont difficiles en termes de méthode et les interprétations doivent donc rester prudentes. En France comme aux Etats-Unis, il n'y a aucune pénurie de soins manifeste, aucune file d'attente notoire. La qualité des pratiques médicales n'est pas ce qu'elle devrait être. Des inégalités notables sont à souligner en termes de résultats sanitaires, géographiques et socio-démographiques.

Au détriment des Américains, on retiendra des dépenses de santé nettement plus élevées et une proportion importante de la population laissée pour compte, à la différence de la couverture maladie universelle dans notre pays.

En revanche des acquis sont à mettre au crédit du système américain. Les Américains se sont donnés les moyens de progresser et de savoir ce qui en découle et déjà des améliorations conséquentes sont mesurées.

LISTE DES ANNEXES

Annexe n° 1 : Sources documentaires

Annexe n° 2 : Institutions et personnes visitées

Annexe 1

Sources documentaires :

- AHRQ's Evidence-based Practice Centers. AHRQ Fact Sheet. Septembre et octobre 2000
- Armour B.S. Pitts M.M. Maclean R. *et al.* The effect of explicit financial incentives on physician behavior. *Arch-Intern-Med* 161(10), 1261-6
- Assessing quality beyond the basics. AHCPR Workshop. June 1999
- Blue Cross and Blue Shield Service benefit plan. A fee-for-service plan with a preferred provider organization and a point-of-service product. Federal employee program. 2001
- Bourgueil Y. Dürr U. Rocamora-Houyard S. *et al.* La régulation des professions de santé. Etudes monographiques. L'Allemagne, le Royaume-Uni, le Québec, la Belgique, les Etats-Unis. Groupe IMAGE-ENSP. Avril 2000
- Chambaretaud S. Lequet-Slama D. Rodwin V.G. Couverture maladie et organisation des soins aux Etats-Unis. Etudes et Résultats. Drees. Ministère de l'emploi et de la solidarité. N° 119. Juin 2001
- CNAMTS. Mission recherche internationale. Note d'information sur la sélection des médecins aux Etats-Unis. Juillet 1999
- Centre national d'études supérieures de sécurité sociale. Distribution et qualité des soins. Quels enseignements tirer de l'expérience américaine ? 37^{ème} promotion. Année 1998/1999
- Coye M.J. No Toyotas in health care : why medical care has not evolved to meet patient's needs. *Health Affairs* 2001, 20 (6), 44-57
- Cooper B.S. Vladeck B.C. Bringing competitive prices to Medicare. *Health Affairs* 2000, 19 (5), 49- 54
- de Pourville G. Develay A. Naiditch M. Information médicale et régulation de la médecine générale : une approche comparative. Groupe IMAGE-ENSP. Janvier 1997
- Erdmann Y. Wilson R. Managed care : a view from Europe. Annual review 2000. www.AnualReviews.org
- Faulkner et Gray. Medical outcomes and guidelines source book. 1992
- Faulkner et Gray. Medical outcomes and guidelines source book. 1998
- Faulkner et Gray. Medical outcomes and guidelines source book. 1999
- Foundation for Accountability. 2000a. Measuring Quality [on-line] www.facct.org/measures.html
- Foundation for Accountability. 2000b. About FACCT [on-line] www.facct.org/about.html
- Fourcade JP. Bimbenet J. Delga F. *et al.* Le système de santé aux Etats-Unis. Les rapports du Sénat n° 141. 1994-1995
- Galanter M. Keller D.S. Dermatis H. *et al.* The impact of managed care on substance abuse treatment : a report of the American Society of Addiction Medicine. *J-Addict-Dis* 2000, 19(3), 13 –34
- Grol R. Improving the quality of medical care. Building bridges among professional pride, payer profit, and patient satisfaction. *JAMA* 2001, 286 : 2578-2585
- Halpin Schaffler H. Mordavsky JK. Consumer reports in health care : do they make a difference ? 2001. www.AnualReviews.org

- Health care expenses in the United States 1996. The Medical expenditure Panel Survey (MEPS). Agency for Health Care Research and Quality (AHRQ). Décembre 2000
- Health Care Financing Administration. Health care Quality Improvement Program [on-line] www.hcfa.gov/quality
- Health Care Quality Improvement Program. Medicare priorities. Health Care Financing Administration. Mars 2000
- Health insurance coverage : 2000. US Census Bureau. Septembre 2001. hhes-info@census.gov
- Hurtado M.P. Swift E.K. Corrigan J.M. Envisioning the national health care quality report. Committee on the national quality report on health care delivery. Institute of Medicine. Washington, D.C. : National Academy Press. Août 2001
- Jenks S.F. Cuerdon T. Burwen D.R. *et al.* Quality of medical care delivered to Medicare beneficiaries. A profile of State and National levels. JAMA 2000, 284 :1670-1676
- Josseran L. King G. Chaperon J. Les primary care physicians américains. Journal d'économie médicale 2000. T.18. N°6, 375-387
- Lambert D. Les systèmes de santé : analyse et évaluation comparée dans les grands pays industriels. Editions du Seuil. Avril 2000
- Lavolloy M. L'assurance maladie aux Etats-Unis. Regards N° 15. Novembre 1998, 3-43
- Mark T.L. Coffey R.M. Studying the effects of health plan competition : are available data resources up to the task ? Health-Serv-Res 2001, 36 (1 Pt 2), 253-75
- Marshall M.N. Shekelle P.G. Leatherman S *et al.* The public release of performance data : what do we expect to gain ? a review of the evidence. JAMA 2000, 283 : 1866-1874
- Medicare & you 2002. Centers for Medicare & Medicaid Services
- Morrissey M.A. Competition in hospital and health insurance markets : a review and research agenda. Health-Serv-Res 2001, 36 (1 Pt 2), 191-221
- Mukamel D.B. Mushlin A.I. The impact of quality report cards on choice of physicians, hospitals, and HMOs : a midcourse evaluation. Jt-Comm-J-Qual-Improv 2001, 27 (1), 20-7
- National committee for Quality assurance 2000.HEDIS 2001, Vol.1. Washington, D.C. NCQA
- Patel B. Perz H.E. A means to an end : an overview of a hyperlipidemia outcomes management program. Am-J-Med 2001, 110 Suppl 6A, 12S-16S
- Quality profiles. National Committee for quality assurance. 2001
- Sullivan K. On the " efficiency " of managed care plans. Int-J-Health-Serv 2001, 31 (1), 55-65
- Surveyor guidelines for the accreditation of MCOs. National Committee for quality assurance. 2001
- The state of managed care quality. National Committee for Quality Assurance. 2001
- www.hcfa.gov/stats
- www.medicare.gov

Annexe 2**Institutions et personnes visitées :**

Academy for health services research and health policy :

1801 K Street, NW Suite 701-L
 Washington, DC 20006
 Tel. 001 202 292 67 00
www.ahsrhp.org

Anne K. Gauthier, Vice President
 Wendy Valentine, Vice President
 Patricia Pittman, Senior Manager

Agency for healthcare research and quality (AHRQ) :

2101 East Jefferson Street, Suite 600
 Rockville, MD 20852
 Tel. 001 301 594 66 62
www.ahrq.gov

John Eisenberg, Director
 Lisa Simpson, Deputy director
 Deborah Queenan Coordinator, International health
 Greg Meyer, Director, Center for quality improvement and patient safety
 Nancy Foster, Coordinator for quality initiative, Center for quality improvement and patient safety

American enterprise institute for public policy research (AEI) :

1150 Seventeenth Street, NW
 Washington, DC 20036
 Tel. 001 202 862 58 77
www.aei.org

Robert B. Helms, Resident Scholar, Director of Health policy studies
 Joseph R. Antos, Resident Scholar

American medical association (AMA) :

1101 Vermont Avenue, NW
 Washington, DC 20005
 Tel. 001 202 789 74 37
www.ama-assn.org

Peter McMenamin, Director, Health care financing policy
Carol Vargo, Assistant Director, Division of federal affairs

Blue Cross & Blue Shield (Local office) :

1310 G Street
Washington, DC
Tel. 011 202 626 47 83
www.fepblue.org

Dr Thomas, Medical Director

Center for Medicare and Medicaid services (CMC) :

7500 Security Boulevard
Baltimore, MD 21244
Tel. 001 410 786 57 36
www.hcfa.gov

Eugene Freund, Senior Clinical Advisor, Office of clinical standards & quality
Jay Merchant, International Relations Advisor

National committee for quality assurance (NCQA) :

2000 L Street, NW Suite 500
Washington, DC 20036
Tel. 001 202 955 51 00
www.ncqa.org

Margaret E. O’Kane, President
Phyllis Torda, Vice President

Kaiser Permanente (Regional office) :

2101 East Jefferson Street
Rockville, MD 20849
Tel. 001 301 816 58 61
www.kp.org

Mike J. Moriarty, Vice President, Associate Medical Director, Quality and health management

The Urban Institute :

2100 M Street, NW
Washington, DC 20037
Tel. 001 202 261 56 9
www.ui.urban.org

Marilyn Moon, Senior Fellow
Linda J. Blumberg, Senior Research Associate