

Disparités médicales et expérience américaine du Managed Care

par Daniel Simonet*

Aux États-Unis, les prestations de santé ont un coût beaucoup plus élevé qu'en Europe. Ceci est également vrai pour les médicaments, deux à trois fois plus chers que sur le Vieux Continent, alors que l'assurance-santé n'est pas organisée par l'État. Seules les plus grandes entreprises offrent une couverture santé à leurs salariés. Les autres, généralement ceux des entreprises de moins de vingt-cinq salariés, sont obligés de s'assurer à titre individuel, ce qu'ils ne font pas toujours lorsqu'ils sont jeunes et en bonne santé, en raison des coûts prohibitifs des assurances. Ceux dont les revenus dépassent les minima requis par les programmes *Medicaid* et *Medicare* n'ont pas non plus accès à la santé. Le programme *Medicare* concerne les retraités et certaines catégories d'handicapés (38 M. de personnes au total). Ce programme couvre les frais d'hospitalisation, les honoraires médicaux, les soins à domicile ou dans des centres spécialisés. Les bénéficiaires du programme *Medicaid* (28 M. d'individus) sont essentiellement les personnes défavorisées qui bénéficient déjà d'une aide sociale. Au total, le système de santé américain exclut donc 16 % de la population (44 millions d'individus).

Dès les années 1970, des sociétés de gestion des dépenses de santé (« *Health Maintenance Organizations* » ou HMO (1)) ont reçu le soutien du gouvernement fédéral, puis des employeurs américains, qui ont également vu dans ces organismes le moyen d'enrayer la hausse des coûts de la santé aux États-Unis. Cette nécessité de contrôler les coûts est apparue dans les années 1960 avec le développement d'une assurance pour les salariés et l'extension de la couverture santé aux personnes enrôlées dans les programmes *Medicare* et *Medicaid*, qui représentent encore aujourd'hui respectivement 20 % et 15 % des dépenses de santé. Cet objectif de maîtrise des coûts fut atteint au début des années 1990 après une décennie de croissance très soutenue, mais par des restrictions qui ne sont pas sans contrepartie. Par exemple, les HMO limitent le recours aux interventions chirurgicales onéreuses au profit d'autres opérations dont le coût est plus faible que celles décidées en première instance (2). Ces questions éthiques, largement évoquées dans l'actualité de la santé ces dernières années, ne doivent pas faire oublier que l'offre de soins présente toujours des disparités très importantes sur un plan géographique.

Ce caractère hétérogène de l'offre de soins sera probablement aggravé dans les prochaines années en raison de la fermeture des hôpitaux installés dans les zones défavorisées, c'est-à-dire le plus souvent les centres des grandes agglomérations et

* Chercheur Visitant
à l'Université de Venise ;
Département
de Management.

(1) Organismes qui emploient des praticiens de la santé pour offrir des soins sous le régime de la « capitation » (contrat de soins au forfait couvrant l'ensemble des soins aux patients, quelles que soient leur durée et leur intensité). En échange, et c'est en partie ce qui a motivé l'intégration des professionnels de santé dans les organismes de Managed Care, ceux-ci peuvent bénéficier d'un volume garanti de patients.

(2) Voir à ce sujet
K. M. Langa, E. J. Sussman,
"The effect of cost-containment policies on rates of coronary revascularization in California", *N. Engl. Journal of Med.*, 329, 1993 ; ou R. S. Stafford, "Cesarean section use and source of payment : an analysis of California hospital discharge abstracts", *American Journal of Public Health*, 80, 1990.

les zones rurales. Les personnes à faible revenu, y compris celles qui occupent un emploi, les femmes, les enfants, les familles immigrées ont difficilement accès aux soins. Cela est non seulement dû à des raisons financières, mais aussi au fait que leur environnement proche n'accueille pas ou très peu d'institutions de santé.

la sous-médicalisation : un phénomène urbain et rural

Un grand nombre de faiblesses affectent la pratique médicale dans les zones urbaines les plus pauvres des Etats-Unis. Le principal obstacle dans l'accès aux soins y est avant tout lié aux carences de moyens humains. Le nombre de zones urbaines frappées par la sous-médicalisation a augmenté rapidement puisqu'elles sont passées de 592 à la fin de l'année 1989, à 893 à la fin de l'année 1994. Selon les statistiques (3), 24 millions d'individus vivent aujourd'hui dans de telles zones. En 1997, la présence de 3 000 médecins supplémentaires y aurait été nécessaire. L'offre de moyens médicaux est également plus faible dans les zones rurales que dans les villes. Dès lors, certains médecins spécialistes doivent acquérir des compétences extérieures à leur spécialité d'origine pour offrir des soins adéquats aux populations des zones rurales, traditionnellement sous-médicalisées (4). Les moyens qu'il est possible de déployer pour attirer des médecins dans les zones sous-médicalisées font toujours l'objet d'âpres réflexions, d'autant que le citoyen américain n'est pas prêt à payer davantage d'impôts pour enrayer les problèmes de sous-médicalisation (5).

Les programmes de soins développés spécifiquement dans les régions sous-médicalisées, celles qui reçoivent l'appellation Health Manpower Shortage Areas (HMSAs) (7), n'ont pas connu le succès escompté. Il fut en effet très tôt montré que l'accès aux soins dépendait davantage des revenus et de la possession d'une couverture santé, que de l'appartenance à une région qui avait reçu ce qualificatif. Mais des efforts ont été réalisés. L'accent a été mis sur la prévention et la responsabilisation du médecin généraliste plutôt que sur l'offre de moyens additionnels (8), toujours difficiles à mettre en œuvre dans les régions où le volume de clientèle n'est pas suffisant pour amortir le coût d'un investissement dans un centre de soins ou en matériel médical. Ces zones attirent peu les médecins, même si leur mobilité géographique est importante. Les besoins sont pourtant importants car les habitants des zones urbaines concernées connaissent un nombre élevé de problèmes sociaux : violence, consommation de drogue, résurgence de maladies que l'on croyait disparues comme la tuberculose...

Les populations infantiles sont particulièrement touchées par les problèmes de sous-médicalisation, notamment dans les grandes agglomérations américaines qui accueillent de vastes populations de migrants. Ainsi, près de 40 % des enfants d'origine « latino » de la ville de Los Angeles ne bénéficient d'aucune couverture santé, ou d'une couverture santé discontinuée, et ce, alors que la majorité d'entre eux sont éligibles pour les programmes *Medicaid*. Ce problème n'est pas limité à la Californie. Il concerne la majorité des métropoles américaines. Il est probable que la situation des enfants d'immigrés continuera à se détériorer dans les prochaines années. En effet, la législation sur l'immigration est devenue plus stricte et de nombreux enfants risquent de se retrouver exclus des soins.

(3) Division of Shortage Designations du Bureau of Primary Health Care.

(4) L. M. Baldwin, R. A. Rosenblatt, R. Schneeweiss,

D. M. Lishner, L. G. Hart, "Rural and urban physicians : does the content of their Medicare practices differ ?", *Journal of Rural Health*, Printemps 1999.

(5) T. P. Weil, Attracting qualified physicians to underserved areas, Bedford Health Associates, Inc., Asheville, NC, USA. Physician Exec, Nov-Dec 1998.

(6) Terme utilisé par le Department of Health and Human Services pour désigner les zones – rurales ou urbaines – qui souffrent d'un déficit dans l'offre de soins ou encore celles où l'accès aux soins est difficile pour les patients.

(7) D. Hartley, N. Korsen, D. Bird, M. Agger, Management of patients with depression by rural primary care practitioners, Maine Rural Health Research Center, Edmund S. Muskie School of Public Service, University of Southern Maine.

les réticences des médecins

De nombreux facteurs viennent expliquer les réticences des médecins à travailler dans ces secteurs. Pour certains, la crainte d'être poursuivis en justice par des patients pauvres, qui souhaiteraient ainsi obtenir des dommages et intérêts élevés, les dissuade de s'installer au cœur des grandes agglomérations. Pourtant, il a été montré que les patients qui appartiennent à des catégories sociales défavorisées ont une propension plus faible que les autres à intenter une action en justice contre leur médecin traitant. D'autres médecins sont réticents à l'idée de traiter des problèmes de santé qui ne sont pas exclusivement médicaux mais qui, le plus souvent, sont aussi liés à des problèmes sociaux plus vastes : chômage, drogue, alcoolisme. D'autres enfin hésitent à soigner des patients qui se révèlent moins observants (« *compliant* ») que ceux des classes sociales aisées. Par ailleurs, la plupart des programmes des facultés de médecine américaines n'incluent pas d'enseignement sur les problèmes de santé des populations les plus démunies. La méconnaissance de la médecine du quart-monde ne peut que dissuader les médecins de la pratiquer. Inversement, il existe des facteurs qui incitent les médecins à pratiquer leur métier dans les zones urbaines pauvres, notamment la volonté de retrouver leurs racines pour ceux qui sont issus des minorités ethniques américaines. Ces derniers doivent alors accepter de travailler dans des conditions de plus en plus difficiles, en raison des contraintes de productivité qui ont été introduites par le *Managed Care* (8), alors que les patients pauvres nécessitent généralement des consultations plus longues et des soins plus intensifs. Ils ont tendance, en effet, à retarder leur demande de soins et se présentent chez le praticien alors que leur maladie a déjà atteint un stade avancé.

les solutions institutionnelles

■ Les « *Community Health Centers* » (CHC) (9) ont joué un rôle important dans la gestion des problèmes de santé américains. Nombreux sont en effet les individus qui se sont tournés vers ces centres de santé pour accéder à une médecine de qualité. Indiscutablement, ceux-ci ont contribué à améliorer l'accès aux soins de première instance et ont permis de réduire la consommation de soins au sein des services d'urgence, d'autant que ceux-ci sont très onéreux. L'implantation des CHC a permis de réduire significativement les problèmes de santé des populations qui étaient dans une situation de sous-médicalisation.

■ Le fait qu'un nombre toujours plus important d'individus pauvres soient désormais intégrés dans les programmes de *Managed Care* a également contribué à modifier la donne. Ces dispositions offrent l'avantage de concentrer des personnes vulnérables au sein d'une seule et même organisation dont les contours sont bien définis. Mais il est difficile de croire que cette organisation pourra apporter des résultats indiscutablement bénéfiques aux citoyens des zones défavorisées. À ce jour, les quelques études menées chez les patients à faibles revenus ont donné des résultats négatifs. De plus, la concurrence dans le secteur de la santé accentue les inégalités et peut entraîner une dégradation de la qualité des soins. Un autre problème reste celui de l'instabilité des patients sous régime *Medicaid*. En effet, seul un nombre limité maintiennent leur couverture médicale de manière continue. Dans ces conditions, il est très difficile pour les assureurs d'élaborer des contrats

(8) Ce terme recouvre l'ensemble des organismes et des outils de gestion des soins censés offrir aux assurés le meilleur rapport coût/efficacité. En pratique, l'accent a surtout été mis sur le contrôle des coûts.

(9) Ces institutions font partie intégrante d'un programme d'offre de soins en ambulatoire. Le rôle de celui-ci est de coordonner les ressources fédérales et locales, afin de répondre aux besoins de santé mais aussi à d'autres, notamment sociaux, des populations défavorisées.

de type « capitation » sur le long terme, car toute suspension ou modification de ces contrats peut entraîner des dépenses administratives très lourdes pour la HMO. Ces difficultés risquent de fragiliser un peu plus la situation des patients.

■ Il est difficile de compter sur les cabinets de médecins indépendants pour améliorer la densité de l'offre de soins au sein des zones urbaines sous-médicalisées. Les médecins américains sont avant tout des entrepreneurs individuels, attirés par les gains très élevés que rend possible l'exercice de cette profession aux États-Unis. Le *Managed Care* a rendu le fonctionnement du système de santé américain plus sensible aux mécanismes du marché qu'à la notion d'équité.

■ D'autres mesures ont concerné la formation, qui inclut désormais des programmes consacrés à la santé des habitants des zones urbaines défavorisées. Elles partent de l'idée qu'il est possible d'encourager l'installation des médecins dans ces zones réputées difficiles, si on leur donne très tôt l'opportunité de se familiariser avec leurs besoins de santé. Cette orientation a donné des résultats positifs. D'autres solutions sont également envisageables, comme l'intégration dans les facultés de médecine d'un nombre plus important d'étudiants issus des minorités ethniques.

■ L'emploi de médecins étrangers constitue peut-être une des solutions aux problèmes de sous-médicalisation géographique. Si près de 18 000 étudiants sortent chaque année des écoles de médecine américaines, soit pas plus des trois-quarts des effectifs d'internes recrutés par les hôpitaux, les médecins formés à l'étranger représentent désormais le quart des médecins américains accrédités. Ils jouent un rôle central dans le système de santé, dans la mesure où ils délivrent des soins aux patients les plus démunis dans les régions où les médecins américains hésitent à s'établir. L'installation sur le territoire américain des médecins d'origine étrangère est d'autant plus facile qu'ils obtiennent des visas spécifiques pour travailler dans les zones sous-médicalisées. Si les différences culturelles rendent leur intégration difficile, ils doivent cependant réussir les mêmes tests que leurs homologues américains, auxquels viennent s'ajouter des tests de langues. Ainsi, 41% des médecins de New-York (internes inclus) sont titulaires de diplômes de médecine étrangers.

les ambiguïtés des HMO

Les sociétés de gestion des dépenses de santé ont mis l'accent sur un certain nombre d'éléments censés améliorer la situation des patients vulnérables des zones urbaines défavorisées : meilleure coordination des soins, plus grande continuité de l'offre et amélioration de la prévention. Or *Managed Care* n'a pas réussi à améliorer la qualité des soins délivrés aux patients les plus démunis ou âgés (10). Il s'est même accompagné, dans certains cas, d'une détérioration de leur état de santé. Il est donc difficile d'affirmer que les sociétés de gestion des dépenses de santé seront capables d'apporter une réponse thérapeutique satisfaisant les besoins des patients pauvres des centres-villes ou des zones rurales. Par ailleurs, les sociétés de gestion ont attiré les médecins généralistes avec des salaires élevés, les dissuadant ainsi de s'établir dans les régions défavorisées des États-Unis. En ce sens, elles ont aussi contribué à vider les centres-villes du personnel soignant.

(10) J. E. Ware, M. S. Bayliss and al. "Differences in 4-year health outcomes for elderly and poor, chronically ill patients treated in HMO and fee-for-service systems. Results from the Medical Outcomes Study". *JAMA* 276 (13) oct. 1996.

Si le *Managed Care* a contribué à fragiliser la situation des individus les plus vulnérables, notamment les patients *Medicare*, il existe des différences notables d'un État à l'autre des États-Unis. Le rythme de croissance des coûts de la santé est plus faible là où les HMO occupent une place importante sur les marchés (11).

Le mérite du *Managed Care* est d'avoir encouragé une culture de l'évaluation de la qualité des soins. Ces efforts en matière d'évaluation permettent de comprendre les inégalités médicales observées entre les États américains. Une étude, intitulée « *Healthiest States* » et menée par Morgan Quitno, établit un classement des États les plus « sains » des États-Unis. Selon ce classement, l'Iowa se classe en première position, avec un des taux les plus faibles de patients non-assurés, suivi de l'État du Vermont, d'Hawaï, de l'Utah, et du Minnesota. Les États qui ont connu la plus importante chute au sein de ce classement sont l'Alabama, l'État du Maine, le Michigan, et le Nevada. Le Texas connaissait la situation la plus difficile avec 24,2 % de ses habitants sans assurance santé (12).

Ces différences sont aggravées par les disparités entre les sociétés de gestion des dépenses de santé. Leur offre de santé connaît en effet des variations importantes d'une société à l'autre, tant sur le plan des soins cliniques que du service client ou encore de la satisfaction des assurés. Ainsi, la *National Committee for Quality Assurance* (NCQA) (13) révèle, dans une étude de 1997 portant sur un échantillon de 292 plans de santé (40 millions d'individus), que 56 % seulement des individus couverts par un plan de santé se sont montrés « complètement », ou « très satisfaits » (14). A ce jour, les HMO ont peu étudié les moyens qu'il était possible de déployer pour homogénéiser l'offre de soins au sein des différents États où elles sont implantées.

une cohérence introuvable

Des approches très différentes ont été développées en matière d'offre de soins dans les différents États des États-Unis. Ces derniers constituent donc autant de « laboratoires » d'assurance pour les sociétés de gestion de la santé. Ainsi le marché de New York, le deuxième État des USA, est le plus réglementé du point de vue de l'offre de soins. L'État de l'Oregon a mis au point un système de santé particulièrement restrictif. En revanche, les prestations de santé de l'État d'Hawaï sont accessibles à un large public. La générosité des prestations de santé au sein de chacun des États dépend étroitement de sa situation économique. Les réformes menées dans ces différents États, notamment celles qui concernent les programmes *Medicaid*, auraient été beaucoup plus uniformes si le plan Clinton (15) avait été mis en oeuvre. Le marché californien, qui connut très tôt une réduction des coûts de la santé chez les patients pauvres, est devenu de plus en plus concurrentiel, ce qui interdit aux assureurs toute augmentation des primes, comme le font habituellement les HMO qui tentent de renouer avec les profits. La solution proposée par les HMO qui recherchent des économies consiste en effet souvent en l'abandon des programmes de santé développés pour les citoyens sous régime *Medicaid* et *Medicare*.

Les programmes de santé publique sont eux-mêmes inégaux. Certains plans de santé *Managed Care* sont tout juste couverts par le gouvernement fédéral tandis

(11) J. C. Robinson, « HMO market penetration and hospital cost inflation in California », *JAMA*, 1991.

(12) F. Schmitt, « Survey pegs Iowa healthiest state ». *National Underwriter* (Life/Health/Financial Services) 100, 17 Juin 1996.

(13) Cette organisation fut fondée en 1979. Elle est responsable de l'accréditation des programmes de santé *Managed Care*. Elle développe et coordonne un certain nombre de programmes destinés à en évaluer la qualité.

(14) Managed Care Quality Varies Widely, NCQA Report Reveals. *National Underwriter Property & Casualty*, 102 (42) October 19, 1998.

(15) Le Plan de santé du Président Clinton – Health Security Act of 1993 – devait garantir à tous les citoyens un ensemble de soins de base sans pour autant peser sur les coûts globaux du système de santé. Le plan, qui n'a jamais été mis en œuvre formellement, fut très critiqué par les assurances (contrôle des prix...) et les consommateurs (personnes âgées notamment...), en raison des restrictions apportées au choix du praticien par le patient.

que d'autres sont surfacturés. Par exemple, en Californie, le taux de remboursement des soins est beaucoup plus faible que ce qu'il est à Philadelphie. De même, les primes d'assurances pour faute médicale varient considérablement d'un État à l'autre. Celles des médecins obstétriciens de Floride du Sud sont ainsi deux fois plus élevées que la moyenne nationale. Dans ces conditions, il est difficile d'élaborer une stratégie cohérente à l'échelle du pays.

Ni l'État, ni les sociétés de HMO n'ont donc apporté une réponse aux problèmes de sous-médicalisation qui affectent les zones rurales et les centres villes des États-Unis. Les efforts de contrôle des coûts des HMO ont abouti à une politique de rationnement de soins qui touche plus particulièrement les patients vulnérables. Les citoyens ont acquis, avec le renfort des organisations de consommateurs, des avantages ou des droits supplémentaires avec, par exemple, le vote de la « *Loi Drive through Deliveries* » qui assure 48 heures d'hospitalisation lors d'un accouchement, et les médecins ont accédé, par le biais de leurs organisations syndicales, à une plus grande indépendance dans la pratique médicale. Mais ces décisions ont été le résultat d'un lobbying intense. Ces efforts n'ont pas concerné les patients des zones sous-médicalisées qui se retrouvent isolés. Quant à la décision de renforcer l'offre de soins dans ces zones, elle n'a fait l'objet d'aucune résolution de la part du gouvernement fédéral.

Au total, la plupart des études menées à ce jour n'ont fait que constater l'ampleur du problème des inégalités dans l'offre de santé américaine, inégalités connues de tous, des médecins comme du gouvernement fédéral américain. Les tentatives de résolution de ces problèmes sont déjà anciennes. Cependant, elles n'ont pas permis d'apporter à ce jour une réponse satisfaisante. Les inégalités géographiques, en particulier, constituent un problème de santé récurrent et une particularité de l'offre de soins américaine. Elles contrastent avec la diversité et le dynamisme des expériences qui ont été menées aux États-Unis, aussi bien dans le secteur de l'assurance que dans le secteur hospitalier.

Daniel Simonet