



**HAL**  
open science

## Les Health Maintenance Organizations (HMO) : une source d'inspiration pour la France ?

Marie Gonnet

► **To cite this version:**

Marie Gonnet. Les Health Maintenance Organizations (HMO) : une source d'inspiration pour la France ?. Sciences pharmaceutiques. 2015. dumas-01234908

**HAL Id: dumas-01234908**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01234908>**

Submitted on 27 Nov 2015

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# THÈSE

Année 2015

présentée par

**Marie GONNET**

Née le 15 juin 1990 à Bois-Guillaume (76)

en vue de l'obtention du grade de :

**Docteur en Pharmacie**

délivré par

**la Faculté mixte de Médecine et Pharmacie de Rouen**

## Les Health Maintenance Organizations (HMO) : une source d'inspiration pour la France ?

Présentée et soutenue publiquement le 2 octobre 2015

Devant le jury composé de :

---

Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB

Mme Elisabeth SEGUIN

Mme Agnès CAILLAUD

Maître de conférence

Professeur

Docteur en Pharmacie

## Remerciements

A ma présidente et directrice de thèse,

Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB,

pour m'avoir fait l'honneur de diriger et présider le jury de cette thèse. Pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail, pour votre disponibilité, vos conseils, vos encouragements et votre aide qui ont permis son aboutissement.

A mes juges,

Mme le Professeur Elisabeth SEGUIN,

vous avez accepté de juger ce travail, je vous adresse mes remerciements les plus sincères,

Mme Agnès CAILLAUD, pharmacien d'officine,

pour avoir aimablement accepté de participer à ce jury de thèse et pour m'avoir accueillie dans votre officine depuis ma cinquième année. Soyez assurée de l'honneur que vous me faites.

A mes parents et mon frère Pierre,

merci pour votre présence, votre soutien et votre amour durant ces sept années. Merci aussi d'avoir révisé avec moi, de m'avoir accompagnée dans mes promenades à la recherche de plantes et de champignons et de m'avoir supportée durant les périodes d'examens.

A Nicolas,

qui sera bientôt aussi Docteur en Pharmacie.  
Merci pour tout ce que tu m'apportes, avec tout mon amour.

A mes grands-parents,  
Nicole et Roger GONNET,  
Jeannine et Henri COLIN,

pour avoir suivi avec intérêt l'avancement de mes études et de ma thèse, que vous puissiez être fiers de votre petite-fille en ce jour.

A mes cousines chéries Elodie, Céline, Estelle et Eva,  
avec qui j'ai passé les meilleurs moments de mon enfance et de ma vie d'adulte.

A mes amis de la faculté et d'ailleurs,  
notamment à Caroline, Pauline, Olivier, Antoine, Allison, Valentin et Marion pour nos soirées du mercredi soir,  
à mes camarades de promo, Angélique, Théophile, Benjamin, Julien, mon binôme, Alice, Marie, Gaétan et tous les autres, pour tous nos bons moments.

Aux équipes des pharmacies de Gaillon et d'Aubevoye.

Enfin à mon chien Ginkgo,  
qui à défaut d'être doué en botanique, a été mon plus fidèle compagnon de travail lors de la rédaction de cette thèse.

La rédaction de cette thèse a été terminée le 1<sup>er</sup> juillet 2015, les informations contenues dans celle-ci reflètent donc la situation du système de santé en France et aux États-Unis à cette date.

**L'Université de Rouen et l'UFR de Médecine et de Pharmacie de Rouen n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans cette thèse. Ces opinions sont propres à leurs auteurs.**

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2013 - 2014**  
**U.F.R. DE MEDECINE ET DE-PHARMACIE DE ROUEN**

-----

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**  
**Professeur Benoit VEBER**  
**Professeur Pascal JOLY**

DOYENS HONORAIRES : **Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET - C. THUILLEZ**

PROFESSEURS HONORAIRES : **M-P. AUGUSTIN – J. ANDRIEU-GUITRANCOURT – M. BENOZIO – J. BORDE – P. BRASSEUR – R. COLIN – E. COMOY – J. DALION – DESHAYES – C. FESSARD – J-P. FILLASTRE - P FRIGOT – J. GARNIER – J. HEMET – B. HILLEMAND – G. HUMBERT – J-M. JOUANY – R. LAUMONIER – P. LAURET – M. LE FUR – J-P. LEMERCIER – J-P. LEMOINE – H. MAGARD – B. MAITROT – M. MAISONNET – F. MATRAY – P. MITROFANOFF – A-M. ORECCHIONI – P. PASQUIS – H. PIGUET – M. SAMSON – D. SAMSON-DOLLFUS – J-C. SCHRUB – R. SOYER – B. TARDIF-J. TESTART – J-M. THOMINE – C. THUILLEZ – P. TRON – C. WINCKLER – L-M. WOLF**

<b>I - MEDECINE</b>
---------------------

**PROFESSEURS**

Mr Frédéric <b>ANSELME</b>	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle <b>AUQUIT AUCKBUR</b>	HCN	Chirurgie plastique
Mr Bruno <b>BACHY</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Chirurgie pédiatrique
Mr Fabrice <b>BAUER</b>	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya <b>BEKRI</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Jacques <b>BENICHOU</b>	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
Mr Jean-Paul <b>BESSOU</b>	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise <b>BEURET-BLANQUART</b> ( <i>surnombre</i> )	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Guy <b>BONMARCHAND</b>	HCN	Réanimation médicale
Mr Olivier <b>BOYER</b>	UFR	Immunologie
Mr Jean-François <b>CAILLARD</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Médecine et santé au travail
Mr François <b>CARON</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe <b>CHASSAGNE</b>	HB	Médecine interne (gériatrie)

Mr Vincent <b>COMPERE</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Antoine <b>CUVELIER</b>	HB	Pneumologie
Mr Pierre <b>CZERNICHOW</b>	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas <b>DACHER</b>	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan <b>DARMONI</b>	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre <b>DECHELOTTE</b>	HCN	Nutrition
Mme Danièle <b>DEHESDIN</b> ( <i>surnombre</i> )	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Jean <b>DOUCET</b>	HB	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard <b>DUBRAY</b>	CB	Radiothérapie
Mr Philippe <b>DUCROTTE</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Frank <b>DUJARDIN</b>	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice <b>DUPARC</b>	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Bertrand <b>DUREUIL</b>	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène <b>ELTCHANINOFF</b>	HCN	Cardiologie
Mr Thierry <b>FREBOURG</b>	UFR	Génétique
Mr Pierre <b>FREGER</b>	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François <b>GEHANNO</b>	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel <b>GERARDIN</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille <b>GERARDIN</b>	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Michel <b>GODIN</b>	HB	Néphrologie
M. Guillaume <b>GOURCEROL</b>	HCN	Physiologie
Mr Philippe <b>GRISE</b>	HCN	Urologie
Mr Didier <b>HANNEQUIN</b>	HCN	Neurologie
Mr Fabrice <b>JARDIN</b>	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie <b>JOLY</b>	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal <b>JOLY</b>	HCN	Dermato - Vénérologie
Mr Jean-Marc <b>KUHN</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie <b>LAQUERRIERE</b>	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent <b>LAUDENBACH</b>	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël <b>LECHEVALLIER</b>	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé <b>LEFEBVRE</b>	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry <b>LEQUERRE</b>	HB	Rhumatologie
Mr Eric <b>LEREBOURS</b>	HCN	Nutrition
Mme Anne-Marie <b>LEROI</b>	HCN	Physiologie
Mr Hervé <b>LEVESQUE</b>	HB	Médecine interne
Mme Agnès <b>LIARD-ZMUDA</b>	HCN	Chirurgie Infantile



Mr Pierre Yves <b>LITZLER</b>	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand <b>MACE</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. David <b>MALTETE</b>	HCN	Neurologie
Mr Christophe <b>MARGUET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle <b>MARIE</b>	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul <b>MARIE</b>	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc <b>MARPEAU</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane <b>MARRET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique <b>MERLE</b>	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre <b>MICHEL</b>	HCN	Hépto-gastro-entérologie
Mr Francis <b>MICHOT</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Bruno <b>MIHOUT</b> ( <i>surnombré</i> )	HCN	Neurologie
Mr Jean-François <b>MUIR</b>	HB	Pneumologie
Mr Marc <b>MURAINÉ</b>	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe <b>MUSETTE</b>	HCN	Dermatologie - Vénérologie
Mr Christophe <b>PEILLON</b>	HCN	Chirurgie générale
Mr Jean-Marc <b>PERON</b>	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
Mr Christian <b>PFISTER</b>	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe <b>PLANTIER</b>	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier <b>PLISSONNIER</b>	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Bernard <b>PROUST</b>	HCN	Médecine légale
Mr François <b>PROUST</b>	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie <b>RIVES</b>	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Jean-Christophe <b>RICHARD</b> ( <i>mise en dispo</i> )	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Horace <b>ROMAN</b>	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Jean-Christophe <b>SABOURIN</b>	HCN	Anatomie - Pathologie
Mr Guillaume <b>SAVOYE</b>	HCN	Hépto-gastrologie
Mme Céline <b>SAVOYE-COLLET</b>	HCN	Imagerie médicale
Mme. Pascale <b>SCHNEIDER</b>	HCN	Pédiatrie
Mr Michel <b>SCOTTE</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne <b>TAMION</b>	HCN	Thérapeutique
Mme Florence <b>THIBAUT</b>	HCN	Psychiatrie d'adultes
Mr Luc <b>THIBERVILLE</b>	HCN	Pneumologie
Mr Christian <b>THUILLEZ</b>	HB	Pharmacologie
Mr Hervé <b>TILLY</b>	CB	Hématologie et transfusion
Mr François <b>TRON</b> ( <i>surnombré</i> )	UFR	Immunologie

Mr Jean-Jacques <b>TUECH</b>	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre <b>VANNIER</b>	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoît <b>VEBER</b>	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre <b>VERA</b>	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric <b>VERIN</b>	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
Mr Eric <b>VERSPYCK</b>	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier <b>VITTECOQ</b>	HB	Rhumatologie
Mr Jacques <b>WEBER</b>	HCN	Physiologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES**

Mme Noëlle <b>BARBIER-FREBOURG</b>	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Jeremy <b>BELLIEN</b>	HCN	Pharmacologie
Mme Carole <b>BRASSE LAGNEL</b>	HCN	Biochimie
Mr Gérard <b>BUCHONNET</b>	HCN	Hématologie
Mme Mireille <b>CASTANET</b>	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie <b>CHASTAN</b>	HCN	Physiologie
Mme Sophie <b>CLAEYSSENS</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse <b>COEFFIER</b>	HCN	Nutrition
Mr Stéphanie <b>DERREY</b>	HCN	Neurochirurgie
Mr Eric <b>DURAND</b>	HCN	Cardiologie
Mr Manuel <b>ETIENNE</b>	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Serge <b>JACQUOT</b>	UFR	Immunologie
Mr Joël <b>LADNER</b>	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste <b>LATOCHE</b>	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas <b>MOUREZ</b>	HCN	Bactériologie
Mr Jean-François <b>MENARD</b>	HCN	Biophysique
Mme Muriel <b>QUILLARD</b>	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Vincent <b>RICHARD</b>	UFR	Pharmacologie
Mr Francis <b>ROUSSEL</b>	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale <b>SAUGIER-VEBER</b>	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire <b>TOBENAS-DUJARDIN</b>	HCN	Anatomie
M. Pierre-Hugues <b>VIVIER</b>	HCN	Imagerie Médicale

#### **PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE**

Mme Dominique <b>LANIEZ</b>	UFR	Anglais
Mme Cristina <b>BADULESCU</b>	UFR	Communication

## II - PHARMACIE

### PROFESSEURS

Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie Thérapeutique
Mr Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacologie
Mr Roland <b>CAPRON</b> (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean <b>COSTENTIN</b> (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b> (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre <b>GOULLE</b>	Toxicologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mr Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX</b>	Physiologie
Mr Paul <b>MULDER</b>	Sciences du médicament
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b> (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
Mr Rémi <b>VARIN</b> (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie <b>VAUGEOIS</b>	Pharmacologie
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique <b>BOUCHER</b>	Pharmacologie
Mr Frédéric <b>BOUNOURE</b>	Pharmacie Galénique
Mr Abdeslam <b>CHAGRAOUI</b>	Physiologie
Mr Jean <b>CHASTANG</b>	Biomathématiques
Mme Marie Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mme Cécile <b>CORBIERE</b>	Biochimie
Mr Eric <b>DITTMAR</b>	Biophysique
Mme Nathalie <b>DOURMAP</b>	Pharmacologie
Mme Isabelle <b>DUBUC</b>	Pharmacologie
Mr Abdelhakim <b>ELOMRI</b>	Pharmacognosie
Mr François <b>ESTOUR</b>	Chimie Organique

Mr Gilles <b>GARGALA</b> (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla <b>GHARBI</b>	Chimie analytique
Mme Marie-Laure <b>GROULT</b>	Botanique
Mr Hervé <b>HUE</b>	Biophysique et mathématiques
Mme Laetitia <b>LE GOFF</b>	Parasitologie - Immunologie
Mme Hong <b>LU</b>	Biologie
Mme Sabine <b>MENAGER</b>	Chimie organique
Mme Christelle <b>MONTEIL</b>	Toxicologie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Malika <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mme Christine <b>THARASSE</b>	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric <b>ZIEGLER</b>	Biochimie

#### PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile <b>GUERARD-DETUNCQ</b>	Pharmacie officinale
Mr Jean-François <b>HOUIVET</b>	Pharmacie officinale

#### PROFESSEURS CONTRACTUELS

Mme Elizabeth <b>DE PAOLIS</b>	Anglais
Mr Thierry <b>WABLE</b>	Communication

#### ASSISTANT HOSPITALO-UNIVERSITAIRE

Mr Jérémie <b>MARTINET</b>	Immunologie
----------------------------	-------------

#### ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Imane <b>EL MEOUCHE</b>	Microbiologie
Mme Juliette <b>GAUTIER</b>	Pharmacie galénique
Mr Romy <b>RAZAKANDRAINIBE</b>	Parasitologie

<b>LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES</b>
---------------------------------------------------------------

Mme Cécile <b>BARBOT</b>	Chimie Générale et minérale
Mr Thierry <b>BESSON</b>	Chimie thérapeutique
Mr Roland <b>CAPRON</b>	Biophysique
Mr Jean <b>CHASTANG</b>	Mathématiques
Mme Marie-Catherine <b>CONCE-CHEMTOB</b>	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth <b>CHOSSON</b>	Botanique
Mr Jean-Jacques <b>BONNET</b>	Pharmacodynamie
Mme Isabelle <b>DUBUS</b>	Biochimie
Mr Loïc <b>FAVENNEC</b>	Parasitologie
Mr Michel <b>GUERBET</b>	Toxicologie
Mr Olivier <b>LAFONT</b>	Chimie organique
Mme Isabelle <b>LEROUX-NICOLLET</b>	Physiologie
Mme Martine <b>PESTEL-CARON</b>	Microbiologie
Mme Elisabeth <b>SEGUIN</b>	Pharmacognosie
Mr Mohamed <b>SKIBA</b>	Pharmacie galénique
Mr Rémi <b>VARIN</b>	Pharmacie clinique
Mr Philippe <b>VERITE</b>	Chimie analytique

### III – MEDECINE GENERALE

#### PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

#### PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

Mr Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

Mr Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

#### MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

Mr Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

### ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

#### PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** Physiologie (ADEN)

Mme Su **RUAN** Génie Informatique

#### MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)

Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)

Mme Carine **CLEREN** Neurosciences (Néovasc)

Mme Pascaline **GAILDRAT** Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)

Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** Physiologie (Unité Inserm 1076)

Mme Isabelle **TOURNIER** Biochimie (UMR 1079)

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS** : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

*HCN - Hôpital Charles Nicolle*

*HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME*

*CB - Centre Henri Becquerel*

*CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray*

*CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation*

## SERMENT DE GALIEN

Je jure d'honorer ceux qui m'ont instruit dans les préceptes de mon art et de leur témoigner ma reconnaissance en restant fidèle à leur enseignement.

D'exercer dans l'intérêt de la Santé publique ma profession avec conscience et de respecter non seulement la législation en vigueur mais aussi les règles de l'Honneur, de la Probité et du Désintéressement.

De ne jamais oublier ma responsabilité et mes devoirs envers le malade et sa dignité humaine.

De ne dévoiler à personne les secrets qui m'auraient été confiés ou dont j'aurais eu connaissance dans l'exercice de ma Profession.

En aucun cas, je ne consentirai à utiliser mes connaissances et mon état pour corrompre les mœurs et favoriser les actes criminels.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois méprisé de mes Confrères si je manque à mes engagements.



## Table des matières

Remerciements .....	2
Table des matières.....	15
Introduction.....	17
I. Présentation du système de santé aux Etats-Unis.....	21
1. Historique .....	21
1.1 Le système de santé de 1900 à 2009.....	21
1.2 La réforme du système de santé <i>Obamacare</i> .....	22
2. Les professionnels de santé et les structures de soins.....	25
2.1 L'exercice de la médecine.....	25
2.2 L'hôpital.....	26
2.3 Les médicaments et la pharmacie.....	27
3. L'assurance santé aux Etats-Unis.....	28
3.1 Généralités .....	28
3.2 L'assurance publique.....	30
3.2.1 Medicare .....	30
3.2.2 Medicaid .....	31
3.2.3 Autres.....	32
3.3 L'assurance privée « classique ».....	33
3.4 L'assurance privée de type Managed Care Organizations (MCO).....	34
3.4.1 Définition du Managed Care et des MCO .....	34
3.4.2 Les Health Maintenance Organizations (HMO).....	36
1. Historique.....	36
2. Les principes de base .....	37
3. Les différents acteurs.....	38
Les médecins.....	38
Les hôpitaux.....	40
Les pharmaciens et les médicaments.....	40
4. Les différents types de HMO .....	43
Le modèle Staff.....	46
Le modèle Group .....	47
Le modèle Réseau .....	48
Le modèle IPA (Individual Practice Association).....	49
Le modèle contrat direct.....	49
5. L'efficacité des HMO .....	51
Efficacité financière .....	51
Efficacité des soins .....	52
Notion de qualité.....	53
Prévention.....	53
Informatisation.....	54
3.4.3 Les Preferred Provider Organizations (PPO) et les Point of Service Plans (POS) .....	55
II. Le système de santé en France.....	58
1. Historique .....	58
2. Schéma global de la prise en charge des malades .....	63
3. Les fonctions du système de soins français.....	64
3.1 Les soins hospitaliers .....	64
3.1.1 Généralités.....	64



3.1.2	Les établissements publics .....	64
3.1.3	Les établissements privés.....	65
3.1.4	Les alternatives à l'hospitalisation et les établissements spécialisés.....	66
3.2	Les soins ambulatoires .....	67
3.3	Les médicaments.....	68
3.4	La prévention.....	69
4.	Les acteurs de l'assurance santé .....	69
4.1	La sécurité sociale.....	70
4.2	Les assurances complémentaires.....	71
4.3	Les patients.....	72
5.	Le rôle de l'état.....	73
6.	Caractéristiques du système de soins.....	76
6.1	L'accès .....	76
6.2	Les prix .....	77
6.3	Les actes .....	81
III.	L'expérience des HMO en France.....	83
1.	Les Réseaux de santé.....	83
1.1	Historique et principes .....	83
1.2	La création d'un réseau de santé.....	87
1.3	La classification des réseaux de santé.....	88
1.4	L'évaluation des réseaux.....	89
1.5	L'exemple de Marédia .....	90
1.6	Bilan .....	92
2.	L'expérience AXA .....	93
3.	Etat des lieux des spécificités des systèmes de santé américain et français.....	94
4.	Avantages et inconvénients de la création de HMO en France .....	95
4.1	Avantages.....	95
4.2	Inconvénients .....	98
	Conclusion .....	101
	Bibliographie.....	103

## Introduction

Au cours des derniers siècles, la médecine a fait de grands progrès et a connu un essor considérable. Ainsi l'espérance de vie s'est accrue de façon spectaculaire depuis le milieu du XVIII<sup>ème</sup> siècle en France où celle-ci est alors de 27 ans pour les hommes et 28 ans pour les femmes, jusqu'à nos jours où, selon l'Insee, elle est de 78,5 ans pour les hommes et de 84,8 ans pour les femmes<sup>1</sup>. Dans le même temps la médecine a aussi changé de visage, le médecin qui était celui auquel on avait recours pour les mourants ou les personnes souffrant de pathologies aiguës (les infections, les naissances difficiles) est devenu maintenant celui qui surveille les malades chroniques atteints de diabète, de pathologies cardio-vasculaires etc. Et les dépenses consacrées à la santé ont augmenté du fait de ces progrès. Bien qu'il faille s'en réjouir et que ces progrès soient aussi une source de richesse, il a fallu rapidement se préoccuper de l'organisation des systèmes de soins ainsi que du financement des dépenses de santé.

Au cours de l'histoire il n'y a pas eu d'emblée une implication de l'état dans l'organisation d'un système de prise en charge des malades, les progrès se sont fait petit à petit, pour permettre ensuite au plus grand nombre, même aux plus pauvres, d'avoir accès à des soins en France. Les dépenses de santé ont été financées en premier lieu par la famille, portant assistance aux individus du noyau familial et puisant dans son épargne. La famille s'adressait en fonction de sa richesse au sorcier, au rebouteux, à l'apothicaire ou au médecin. Recourir à un médecin était donc un luxe. En faisant quelques calculs rapides à partir du coût des soins de nos jours, il est évident qu'il est possible de financer des épisodes aiguës comme une rhinopharyngite, mais quand il s'agit d'hospitalisations, parfois longues c'est impossible pour beaucoup de familles.

Quand la famille ne peut suffire à ces dépenses la deuxième source de financement est l'assistance, qu'elle soit privée ou publique. L'Etat a acheté un calme social. Par exemple il a été construit de nombreux hôpitaux sous Saint Louis, sous Louis XIV (les Invalides).

---

<sup>1</sup> Espérance de vie à la naissance selon l'INSEE, [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

A la Révolution Française une des revendications a ensuite été le droit à l'assistance et l'accès gratuit aux soins<sup>2</sup>.

La troisième source de financement qui est apparue au cours de l'histoire est l'assurance. Avec le système d'assurance les individus épargnent, en conséquence cela leur donne une sécurité vis à vis du financement de leurs dépenses de soins en cas de besoin. Au départ les individus d'une même profession se sont regroupés en mutualité, ce sont les corporations, les compagnonnages, les confréries, les sociétés de secours mutuel. Ces associations spontanées montrent le besoin de répartir les risques au sein d'un groupe, aussi bien pour pouvoir faire face à des dépenses de soins imprévues que par solidarité envers les autres membres du groupe. Autrefois clandestines, ces associations sont reconnues par décret en 1898 qui en fixe également les statuts. Il existe donc des mutuelles d'une part, qui sont des assurances sans bénéfice. De fait l'inconvénient des mutuelles est qu'elles peuvent être vulnérables, dans la mesure où elles rassemblent un groupe de même risque, si les bénéficiaires sont eux-mêmes les cotisants. D'autre part il y a les assurances privées, où l'assuré paye une prime à l'avance selon le risque calculé pour lui même ainsi que des frais de gestion, l'assureur fait des bénéfices et il n'y a pas de solidarité.

Enfin avec les progrès sociaux du début de XX<sup>ème</sup> siècle est apparu un nouveau moyen de financer les dépenses de santé, c'est la sécurité sociale. Cette sécurité sociale diffère donc de ce que l'on a développé précédemment car elle est publique. C'est le cas en Allemagne où elle est apparue sous Bismark ou aux Etats Unis en 1935 avec le *Social Security Act* et s'est bientôt propagée dans de nombreux pays dont la France. La sécurité sociale est financée par l'état (plus ou moins directement) et revêt un caractère obligatoire.

En France le régime général de la Sécurité Sociale des travailleurs salariés se découpe en cinq branches, la branche maladie, la branche accident du travail et maladies professionnelles, la branche famille, la branche retraite et la branche cotisations et recouvrement<sup>3</sup>. La branche maladie recouvre les risques maladie (Assurance Maladie), maternité, invalidité et décès. L'ensemble de la population est couvert pour ce risque. Contrairement aux mutuelles le risque est hétérogène puisque ce groupe est constitué

---

<sup>2</sup> ORIOL Jean-Paul, Des HMO (health maintenance organization) dans le système de santé français ?  
Th. D : Médecine, Paris VII, 1990

<sup>3</sup> [www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differentes-branches-du-regime-general.php](http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/missions-et-organisation/la-securite-sociale/les-differentes-branches-du-regime-general.php)

des salariés du régime général. Il est également obligatoire de cotiser. Enfin ce système se veut égalitaire en fixant le montant de la cotisation de façon variable selon les revenus.

En ce qui concerne les systèmes de santé la France peut se targuer d'avoir l'un des meilleurs dans le monde. En 2000 elle était classée première en terme de qualité selon l'OMS<sup>4</sup>. Il y a de quoi se réjouir de ces classements certes, mais ce serait oublier le coût de ce système. On entend très souvent parler dans les médias de déficit, de « trou de la sécu » mais les années passent et ce problème qui est inhérent au mode de fonctionnement du système n'est pas réglé, le déficit continue fatalement d'augmenter. La commission des comptes de la Sécurité Sociale annonce un déficit de 9,6 milliards d'euros cette année et l'on prévoit un accroissement des dépenses de santé de 3% par an d'ici à 2024<sup>5</sup>. Ces dépenses de santé représentent 11% du PIB<sup>6</sup>. Et ces dettes qui s'accumulent ne sont peut être pas encore préoccupantes pour nous aujourd'hui mais il faut garder en tête que nous les lègueront aux générations futures.

Si ce problème persiste au fil des ans, on peut espérer que des solutions soient trouvées car les français se sentent concernés par ce problème. En effet une étude Deloitte-Ifop<sup>7</sup> est sortie sur le sujet en mars 2014. Cette étude réalisée sur un panel de 2000 individus nous apprend que 85% des personnes interrogées ont une « forte conscience de l'augmentation des dépenses de santé » et 90% d'entre elles jugent « essentielle » la maîtrise des budgets. Voilà les chiffres et voilà les constats de bonne volonté. Arrive maintenant le temps de trouver des solutions. L'objet de cette présente thèse n'est pas de se substituer aux hommes et femmes politiques de notre pays, encore moins de donner une solution universelle aux problèmes de notre système de santé. Nous cherchons juste ici à réfléchir sur le sujet et ouvrir quelques pistes. C'est pourquoi nous nous intéresserons au système de santé aux Etats-Unis, et plus particulièrement aux *Health Maintenance Organizations* (HMO) qui sont à la fois réseau, assurance santé et

---

<sup>4</sup> AFP, OMS, GENEVE, 21 juin 2000, [www.who.int/fr](http://www.who.int/fr)

<sup>5</sup> Selon la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale [www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2013-previsions-2014-et-2015-septembre-2014](http://www.securite-sociale.fr/Les-comptes-de-la-Securite-sociale-Resultats-2013-previsions-2014-et-2015-septembre-2014)

<sup>6</sup> Selon l'INSEE en 2013, [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

<sup>7</sup> Etude Deloitte-Ifop, [www.ifop.com](http://www.ifop.com)

système de soins (I). Nous tacherons d'y trouver une inspiration et d'étudier l'application de certaines idées en France (II).

Toujours selon l'étude Deloitte-Ifop, les français ont des idées et des attentes en matière de service de santé, ils mettent en avant leur désir de pouvoir avoir accès à un réseau de professionnels, ainsi 89% d'entre eux seraient « intéressés par un accès à un réseau de professionnels de santé à des tarifs avantageux ou négociés par des mutuelles », 48% seraient « prêts à payer pour ce service ». Allant dans le sens de la loi Hôpital Patient Santé Territoire (HPST)<sup>8</sup>, 93% des sondés jugent que la coordination entre les professionnels de santé est « essentielle ». La deuxième attente qui ressort de cette étude est le fait d'accroître la prévention dans l'avenir, elle est « importante » selon 87% des sondés. La prévention est sûrement une solution pour l'avenir car elle permet non seulement d'éviter de diagnostiquer des pathologies à un stade tardif ou avec des complications, de soigner la population avec une meilleure chance de guérison et de les garder en meilleure santé plus longtemps mais aussi de faire des économies pour le système. On sait qu'il coûte moins cher d'investir dans des moyens de prévention que de payer des traitements pour les maladies qui, même si elles s'étaient déclarées après les moyens de prévention mis en place, seraient toujours plus compliquées et plus coûteuses en l'absence de prévention. On pense à la prévention de l'obésité dans les écoles par une éducation à la nutrition et à l'activité physique, du cancer par des campagnes de dépistage précoce de tumeurs, à la prévention des conduites addictives etc.

Justement nous verrons par la suite que nous pouvons trouver des réponses à ces deux questions soulevées dans l'étude, la coordination entre professionnels et la prévention en matière de santé, en étudiant le système des HMO (III).

---

<sup>8</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

## I. Présentation du système de santé aux Etats-Unis

Le système de santé aux Etats Unis diffère du modèle français, comme nous allons le voir il est issu d'une histoire et d'une culture différentes de la notre.

### 1. Historique

#### 1.1 Le système de santé de 1900 à 2009

Plusieurs évènements importants ont marqué l'évolution de la couverture sociale aux Etats Unis.<sup>9</sup>

Au début du XXème siècle plusieurs états européens ont instauré des systèmes d'assistance publique, fondés sur un système d'assurances sociales obligatoires. Mais le mouvement est lent à s'installer aux Etats Unis, car la rapidité de l'industrialisation et la grande disponibilité des terres arables semblent confirmer la conviction que toute personne disposée à travailler peut trouver un emploi.

Le premier évènement qui a fait voler en éclat cette conviction est la Grande Dépression, qui a commencé en 1929. Pour la première fois de l'histoire un nombre considérable d'américain se trouve au chômage à cause de la faillite généralisée des entreprises et des banques. S'en suit une période de grande pauvreté pour de nombreux américains.

Peu après Franklin D. Roosevelt est élu président, il propose au Congrès une législation de réforme et de redressement, c'est le New Deal. De ces projets lancés pendant la crise restera une mesure, la Sécurité Sociale prévue par le *Social Security Act* de 1935. Dans cette même période il y a un développement de l'assurance maladie via l'emploi qui est en grande partie due à l'exonération fiscale des primes d'assurance maladie en 1943.

Sous la présidence de Roosevelt l'idée d'un plan d'assurance santé national progresse aux Etats Unis pour faire face au coût élevé des soins médicaux. Mais ce n'est vraiment que le 19 novembre 1945 que le président Truman, dans un message spécial au Congrès, propose un plan d'assurance médical prépayé, tous risques, pour tous les individus à travers le système de Sécurité Sociale.

---

<sup>9</sup> ORIOL Jean-Paul, Des HMO (health maintenance organization) dans le système de santé français ? op. cit. référence 2

Plus de vingt ans plus tard, le 30 juin 1965, le président Johnson signe les lois qui vont créer les programmes *Medicare* et *Medicaid*, en présence de l'ancien président, H.S. Truman.

L'idée de couverture universelle a été abandonnée pour se concentrer sur la couverture des personnes âgées, handicapées et en stade terminal de maladie rénale (*Medicare*), et sur la couverture des plus pauvres (*Medicaid*). Le 31 mars 1966 marque la date butoir pour s'inscrire dans les programmes qui prennent effet le 1<sup>er</sup> juillet 1966.

Sous la présidence de B. Clinton il y a eu un changement dans ces deux programmes, c'est le *Balanced Budget Act of 1997*. Un programme *Medicare* offrant plus de choix aux bénéficiaires est créé c'est le *Medicare plus choice*. Il permet aux bénéficiaires de choisir des plans de santé additionnels pour compléter le programme *Medicare*.

## 1.2 La réforme du système de santé *Obamacare*<sup>10</sup>

La réforme du système de santé appelée aussi *Obamacare* a été votée par le Sénat en novembre 2009 et par la Chambre des représentants le 21 mars 2010<sup>11</sup>. Le projet de la réforme de santé a été l'un des thèmes principaux de la campagne présidentielle de 2008 de Barack Obama. Son objectif est que chaque américain puisse disposer d'une couverture médicale.

Cette réforme a connu de nombreux opposants. Pour une grande partie des américains, la liberté économique et la liberté individuelle sont liées. Ils ne veulent pas que leur comportement et leur choix soient dictés par le gouvernement. Il y a même certains démocrates conservateurs qui ne sont pas favorables à cette réforme car pour eux la redistribution est contraire à l'idéal américain « l'argent que l'on gagne ne doit pas être dépensé pour d'autres ».

L'objectif de cette réforme est donc d'assurer 46 millions d'américains dépourvus d'assurance. Pourquoi autant d'américains sont-ils sans couverture sociale ? Tout simplement, les prix des assureurs privés sont en constante augmentation et il devient difficile pour la population vivant juste au dessus du seuil de pauvreté de s'en procurer

---

<sup>10</sup>LUCAS Jean-Marc, Etats-Unis : la réforme du système de santé, [www.globalix.fr/content/etats-unis-la-reforme-du-systeme-de-sante](http://www.globalix.fr/content/etats-unis-la-reforme-du-systeme-de-sante)

<sup>11</sup> STOLBERG Sheryl Gay, PEAR Robert, Obama signs health care overhaul bill, with a flourish, The New York Times. p. A19, 23 mars 2010.

une. Le texte issu du gouvernement Obama devrait garantir une couverture à 95% des américains de moins de 65 ans.

Le coût des dépenses de santé représente 16% du PIB<sup>12</sup>, un pourcentage élevé pour une efficacité très médiocre. La préoccupation principale du président est de maîtriser la croissance importante des dépenses de santé et de parvenir à aider la population à s'offrir une assurance. Pour éviter toute hausse de la population non couverte, le président Obama s'engage à ce que tous les citoyens américains gardent leur assurance même s'ils perdent leur emploi. Cette mesure est importante car elle réduit le risque de banqueroute.

Ainsi une baisse générale des coûts de santé devrait elle permettre une nette amélioration du déficit américain. Par l'intermédiaire de ce texte, les dépenses concernant les personnes âgées du programme *Medicare* devraient diminuer. C'est un sujet important qui doit être pris et traité en priorité par les élus s'ils ne veulent pas que le déficit se creuse davantage.

Une des mesures principales issues de cette réforme est d'apporter une meilleure gestion de l'assurance c'est-à-dire d'éviter que les compagnies d'assurances n'abusent de leur pouvoir en n'acceptant pas les clients à grands risques. Il leur sera également interdit d'augmenter le tarif de leur prestation si une personne tombe malade et développe des problèmes médicaux sérieux.

La volonté de Barack Obama est aussi de créer une « Autorité des primes d'assurance » pour contrôler les variations des prix des assurances, pour favoriser la concurrence et la baisse des prix par l'intermédiaire d'une bourse d'assurance dans un premier temps. Dans un second temps, l'amélioration du système doit permettre d'assurer les individus à un prix abordable. C'est pourquoi la création d'une « bourse aux polices d'assurance » (*Health Insurance Exchange*) a permis à de nombreux citoyens américains d'accéder à une assurance du fait de la concurrence entre les assureurs. Cette bourse repose sur le principe suivant : les compagnies d'assurance doivent proposer aux particuliers et aux entreprises des contrats afin qu'une transparence puisse être effectuée sur les prestations. Depuis octobre 2013 les particuliers peuvent souscrire à ces assurances via un site internet dédié<sup>13</sup>.

---

<sup>12</sup> Dépenses en santé, total (% du PIB), La Banque Mondiale, [donnees.banquemondiale.org/indicateur](http://donnees.banquemondiale.org/indicateur)

<sup>13</sup> [www.healthcare.gov](http://www.healthcare.gov)



Dans un troisième temps, tout américain sera obligé de souscrire à une assurance avant 2016 sinon une taxe pouvant atteindre 2,5% du salaire sera prélevée. Les entreprises ayant plus de 50 salariés et qui ne proposent pas d'assurance santé seront également pénalisées (taxe progressive selon la masse salariale). De ce fait, la taxe prélevée pour les firmes ayant une masse salariale supérieure à 500 000 dollars sera de 2%. Pour celles qui franchissent les 750 000 dollars, elles se verront affecter un taux de 8%. Pour les petites entreprises aucune taxe ne sera demandée et un crédit d'impôt sera mis à leur disposition dans le but d'aider à assurer les salariés.

Des mesures en faveur des familles seront par ailleurs mises en place. Les seuils pour accéder à *Medicaid* doivent être abaissés et pour d'autres familles, des subventions fédérales leurs seront accordées à la seule condition que le revenu soit situé entre 1 et 4 fois le seuil de pauvreté. Les enfants pourront s'appuyer sur la couverture de leur parent jusqu'à 26 ans. Entre les primes d'assurance négociées par le biais de l'état et les aides prévues par celui-ci l'assurance d'une famille de 4 personnes non assurées auparavant devrait revenir à 100 dollars par mois.

Dans le but de supporter la hausse du coût de la santé engendrée par ces mesures, le gouvernement américain a l'intention d'améliorer ou de créer de nouvelles taxes. Le coût total de la réforme est évalué à 940 milliards de dollars sur 10 ans. Ainsi à compter de 2018, les familles et les personnes célibataires subiront une taxe qui aura pour effet de développer une recette complémentaire et dans une moindre mesure encouragera les entreprises à fournir des assurances moins excessives. Les adhérents à *Medicare* payeront des cotisations plus importantes de l'ordre de 1,45% à 2,35%. Les enseignes pharmaceutiques seront mises à contribution, puisqu'une surtaxe de 10 milliards de dollars sur 10 ans sera instaurée pour les industries pharmaceutique tandis qu'un prélèvement de 20 milliards de dollars sera effectué pour les fabricants d'équipements médicaux.

Un comité de médecins sera chargé de contrôler et surveiller tous les abus, les fraudes...

La réforme prévoit une amélioration dans la qualité des soins en garantissant une visite préventive assurée par *Medicare*, un paiement des médecins en fonction de la qualité de leur soins... Cette pratique donnera un aperçu des meilleures pratiques à mettre en place à l'échelle du pays et à éliminer celles qui sont jugées trop coûteuses et inefficaces.

Les premiers effets de cette réforme sont encourageants pour la suite, entre septembre 2013 et avril 2014 plus de 10 millions d'adultes auparavant non assurés pour leurs soins médicaux ont souscrits une assurance maladie, selon l'étude des chercheurs de Harvard parue dans le *New England Journal of Medicine*<sup>14</sup>. La proportion d'adultes non assurés est passée, selon l'étude, de 21% en septembre à 16,6% en avril. Il va falloir encore attendre quelques années pour voir pleinement les effets de cette réforme. Au total 8 millions de personnes ont été nouvellement assurées pour l'année 2014 grâce à la loi et 11,7 millions pour l'année 2015<sup>15</sup>.

## 2. Les professionnels de santé et les structures de soins

Le système qui s'est développé aux Etats-Unis est globalement plus libéral qu'en France, ce qui peut constituer tant ses avantages que ses limites. Comme nous venons de le voir, l'histoire et la culture de ce pays peuvent expliquer des lois ou des usages qui peuvent paraître choquants à nos yeux de français.

### 2.1 L'exercice de la médecine

L'exercice de la médecine est réservé aux titulaires de licence (bac plus 4) d'une université américaine accréditée et à l'issue d'un cursus de « pré médecine » appelé *premed*. Après une sélection à la fin de cette *premed* il reste 4 ans d'étude, 2 années de « préclinique » et 2 années de « clinique ». Viennent ensuite 2 examens de titularisation dans l'état puis l'*internship* et un 3<sup>ème</sup> examen pour terminer ces études<sup>16</sup>. Ces médecins sont ensuite obligés de suivre une formation médicale continue. Les études de médecine aux Etats-Unis coûtent très cher par rapport à la France, en moyenne les jeunes médecins qui débutent se retrouvent avec 150 000 dollars de dettes.

---

<sup>14</sup> Health Reform and Changes in Health Insurance Coverage in 2014, *New England Journal of Medicine* Benjamin D. Sommers, MUSCO Thomas, FINEGOL Kenneth, 28 août 2014

<sup>15</sup> [obamacarefacts.com](http://obamacarefacts.com)

<sup>16</sup> Dossier Les Etats Unis et la santé, *Les Tribunes de la santé* n°19, février 2008

Le nombre de médecins dans ce pays est insuffisant, on recense 2,5 médecins pour 1000 habitants en 2011<sup>17</sup>. Du plus il faudra faire face dans l'avenir aux départs en retraite des baby-boomers dans les dix ans qui viennent.

Les médecins se divisent en *Primary Care Physicians* (PCP), l'équivalent de nos généralistes, et en spécialistes. Il existe en tout 131 spécialités.

Il a également un métier qui n'existe pas en France, c'est le métier de *Physician's assistant*. Ce sont des médecins qui ont fait des études de médecine plus courtes et qui ne peuvent pas gérer seuls leur cabinet. Par contre ils procèdent tout de même à l'interrogatoire, à l'examen clinique et peuvent porter un diagnostic et prescrire.

Le médecin a différentes options au sortir de ses études, il peut créer son cabinet seul ou en association, devenir salarié d'un HMO, rester à l'hôpital dans une voie universitaire, faire des remplacements ou bien travailler pour le gouvernement (anciens combattants, armée etc.). Les médecins sont rémunérés par une assurance, par le patient, ou bien par *Medicare* ou *Medicaid*. Au Etats-Unis il est permis d'avoir recours au marketing pour promouvoir les cliniques, une clinique riche peut aller jusqu'à faire de la publicité sur une télévision locale et des nombreuses cliniques possèdent un site internet.

Les médecins travaillent en moyenne autant que ceux en Europe mais leurs revenus sont nettement plus élevés.

Les consultations ressemblent à celles pratiquées dans notre pays à la différence que les patients remplissent un questionnaire avant la consultation, en moyenne celles-ci durent 17mn<sup>13</sup>.

## 2.2 L'hôpital

Aux Etats-Unis, il existe des hôpitaux publics qui apportent des soins à tous, cependant ce système fonctionne surtout dans les grandes villes. Dans les zones qui ne bénéficient pas de ces hôpitaux il faut recourir aux hôpitaux privés. Ceux ci ne peuvent pas refuser des patients sans assurance mais il sont seulement tenus de les maintenir en vie jusqu'au moment où ils sont envoyés dans les hôpitaux publics. Pour se faire soigner dans un hôpital public cela peut être long, les patients sont triés selon l'urgence, les pathologies et ceux ci peuvent passer la journée sans voir un médecin.

---

<sup>17</sup> [www.statistiques-mondiales.com/medecins.htm](http://www.statistiques-mondiales.com/medecins.htm), 2011

De plus le coût des soins est bien plus cher que dans les hôpitaux français, le coût d'une hospitalisation de 10 jours peut coûter, par exemple, jusqu'à 76 000 dollars.

### 2.3 Les médicaments et la pharmacie

Le pharmacien ne jouit pas d'une situation de monopole. En effet il existe peu de pharmacies indépendantes, il faut aussi compter sur des chaînes de pharmacie, des pharmacies par correspondance, des magasins d'alimentation et des grandes surfaces. Dans un même magasin on peut donc retrouver des médicaments mélangés aux autres produits de consommation. En général l'ordonnance est préparée par des pharmaciens et le sachet est remis par des préparateurs, des étudiants. Il existe moins la notion de délivrance ou de conseil qu'en France.

Le diplôme de master s'obtient en 5 ans, ce qui permet d'être assistant et le doctorat en 6 ans, pour être l'équivalent de titulaire. Ces études sont très focalisées sur le médicament, il y a moins une culture scientifique globale comme cela pourrait être le cas en France.

La profession y est moins réglementée, bien qu'il y ait des examens et une sélection il n'existe pas de *numerus clausus*. De plus les pharmacies peuvent ouvrir à n'importe quel endroit sans condition de population desservie, les prix des médicaments ne sont pas fixés et ils sont globalement chers car il y a peu de concurrence. Enfin la publicité est autorisée, des publicités pour des médicaments sous ordonnances peuvent passer à la télévision.

A l'avenir va se développer de plus en plus le *Disease Management*, les pharmaciens sont rémunérés pour éduquer le patient. Cela peut se faire pour expliquer la bonne utilisation d'un inhalateur à un patient asthmatique. Cela peut se rapprocher des entretiens pharmaceutiques français<sup>18</sup>. Les pharmacies devront faire face de plus en plus aussi à la concurrence des HMO et des *Pharmaceutical Benefit Management* (PBM) de vente de médicament par correspondance (nous le verrons plus loin).

Les dépenses de médicaments se sont élevées à 325,8 milliards de dollars en 2013<sup>19</sup>. Ces chiffres augmentent globalement d'année en année. Il est montré que plus les personnes

---

<sup>18</sup> Loi HPST, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr), op. cit. référence 8

<sup>19</sup> [www.imshealth.com](http://www.imshealth.com)

sont couvertes dans leurs dépenses, plus elles consomment. Les patients remboursés à 100% consomment en moyenne 50% de plus de médicaments que ceux qui ne sont pas couverts. Les membres de plans « classiques » peuvent acheter leurs médicaments dans la pharmacie de leur choix avec parfois quelques petites restrictions. Ils payent souvent la totalité des dépenses et sont ensuite remboursés. Dans certains cas ils peuvent bénéficier de tiers payant. Quant aux médecins ils sont libres de prescrire les médicaments de leur choix.

Une solution alternative consiste à obtenir ses médicaments non pas en se rendant dans une pharmacie mais par envoi postal, solution confortable pour les patients ayant des maladies chroniques, les personnes âgées ou handicapées et permettant d'économiser la marge du pharmacien. Cependant il n'y a pas de contact humain et d'expertise du pharmacien avec tous les problèmes que cela peut engendrer.

### 3. L'assurance santé aux Etats-Unis

#### 3.1 Généralités

Le système de couverture de santé aux Etats-Unis est très différent du modèle français. Il ne repose pas sur une couverture de la totalité de la population, quoiqu'il tende vers ce modèle avec la réforme *Obamacare* qui est entré en vigueur depuis janvier 2014. Il ne repose pas non plus sur un financement public de cette couverture via des cotisations obligatoires.

D'un côté le pays consacre une grande partie de sa richesse à la santé, 18% en 2012 selon les rapports de l'OCDE, contre 11%<sup>20</sup> pour la France et ces chiffres sont très élevés par rapport aux autres pays industrialisés. D'un autre côté le système est peu efficace dans sa globalité et est classé dans les derniers pour les pays industrialisés.

Schématiquement il existe trois grands types de couverture sociale aux Etats Unis :

- un système d'assurance maladie privée le plus souvent lié à l'emploi
- *Medicare*, couverture de santé financée par des fonds publics, qui va couvrir les personnes de plus de 65 ans, les personnes handicapées et les personnes ayant une maladie rénale en stade terminal

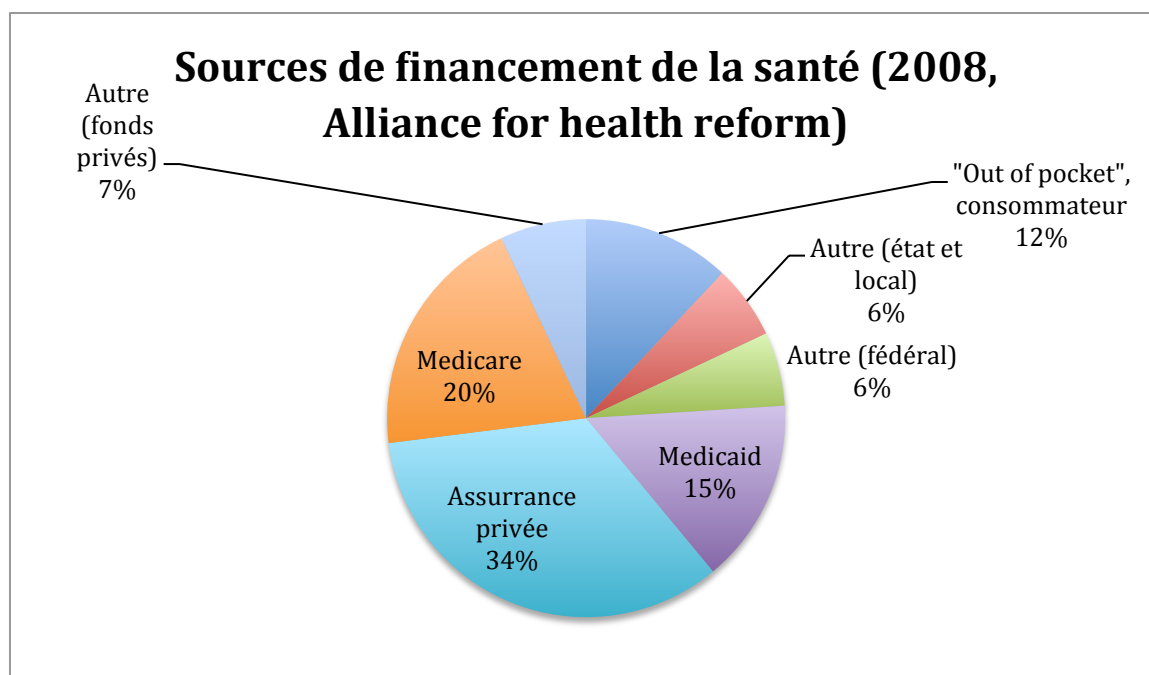
---

<sup>20</sup> Pourcentage des dépenses de santé dans le PIB, [donnees.banquemondiale.org](http://donnees.banquemondiale.org)

- *Medicaid*, deuxième grande couverture de santé publique, qui va couvrir les plus pauvres.

Ces trois grands systèmes d'assurances représentent la plus grande partie de la prise en charge des dépenses de santé aux Etats-Unis. La complexité du système fait que l'assuré peut combiner différentes couvertures, par exemple être assuré par *Medicare* et avoir une assurance complémentaire privée.

Cependant il existe une partie de la population sans couverture sociale, et ceci malgré la réforme du système de santé (cf. paragraphe I.1.2 sur cette réforme). Cela peut s'expliquer en grande partie par le coût encore trop élevé des assurances et le fait que l'état intervienne peu dans ce domaine. Il y a également des millions de personnes qui ont un travail à temps plein et qui n'ont pas d'assurance. En effet la plupart travaillent dans de petites entreprises et plusieurs difficultés se présentent à eux. Tout d'abord les assureurs limitent le marketing envers ces entreprises car ils jugent ce marché peu profitable et il regroupe la majorité des professions « risquées ». Ensuite il y a un manque d'information de la part des assureurs. Et puis il y a moins de demande de la part des employeurs, comme la moyenne d'âge est jeune dans ces entreprises et qu'il y a une forte rotation des employés, les employeurs ont moins besoin d'attirer les salariés. Enfin les couvertures proposées sont 10 à 40% plus chères que les autres entreprises et les salariés gagnent en moyenne moins que les autres salariés.



### 3.2 L'assurance publique

En 1965, deux programmes ont été instaurés par l'intermédiaire du président Lyndon Johnson : *Medicare* et *Medicaid*. Ce sont deux programmes bien distincts avec des critères précis pour y adhérer. Ces deux programmes publics représentent 4% du PIB. Il subsiste une inquiétude de la part des économistes qui prévoient une croissance de ces organismes pouvant atteindre 12% du PIB d'ici 2050<sup>21</sup>.

#### 3.2.1 Medicare

Lyndon Johnson a proposé le projet *Medicare* dans son programme de « guerre contre la pauvreté ». Ce programme, dirigé par l'État américain, prend en charge les personnes âgées de plus de soixante-cinq ans et les personnes handicapées, ce qui représente environ quarante millions de personnes. En 2010, *Medicare* a coûté 560 milliards de dollars<sup>22</sup>.

Ce programme offre différents services. D'une part une assurance d'hospitalisation (partie A), qui rembourse les soins hospitaliers et les soins infirmiers. Cette partie représente 36% des dépenses. Ces frais hospitaliers sont financés par les

<sup>21</sup> BERGUIG Carole, Comparaison des réseaux de santé et des HMO américains, Th. : Droit médical, Paris VIII, 2004

<sup>22</sup> The United States code, titre 26, sous-titre C, chapitre 21

impôts. D'autre part une assurance médicale (partie B), qui regroupe 29% des dépenses relatives aux services des médecins, à l'utilisation des appareils médicaux qui sont pris en charge par l'assurance d'hospitalisation. L'assurance médicale est financée par des recettes fiscales. Ensuite, la partie C, qui contribue à 24% des dépenses, se consacre aux remboursements des patients qui sont soignés dans une organisation qui intègre assurance et soins.

Enfin la partie D, rembourse les médicaments prescrits par les médecins et constitue 11% des dépenses.

Ce programme est financé de plusieurs manières : par le budget fédéral, par une taxation sur les salaires des employeurs et des salariés, ainsi qu'une contribution versée par les assurés qui concerne les parties B et D. Par ailleurs, une grande partie des assurés est obligée de contracter une assurance complémentaire car le programme *Medicare* ne rembourse pas toutes les dépenses.

Il est possible que le nombre de personnes couvertes par ce programme puisse augmenter fortement. D'après une étude, *Medicare* comptera plus de quatre-vingt millions de bénéficiaires en 2030<sup>17</sup>.

### 3.2.2 Medicaid

Créé aux États-Unis par Lyndon Johnson en 1965 à partir du *Social Security Act*<sup>23</sup> pour lutter contre la pauvreté, *Medicaid* offre aux handicapés, aux enfants ainsi qu'aux familles pauvres une assurance maladie. *Medicaid* retient d'autres critères que le revenu comme l'âge, la grossesse et même la condition physique. Cela concerne près de 58 millions de personnes. Le coût de ce programme a été de près de 432 milliards de dollars en 2012<sup>24</sup>, ce programme finance 16% des dépenses de santé aux États-Unis. Chaque État américain possède son programme d'assurance maladie. Il est possible d'être éligible dans un État mais de ne pas l'être dans un autre État car les conditions d'accès changent. Il en est de même pour les services accordés par ce programme qui différeront selon l'État où on se trouve.

---

<sup>23</sup> BARBERA Sara, Le système de santé américain : financement, organisation et place des génériques, Th. D. : Pharmacie, Aix-Marseille, 2004

<sup>24</sup> [www.medicaid.gov](http://www.medicaid.gov)



Son financement est assuré d'une part par les États fédérés qui ont décidé de rejoindre ce programme et d'autre part à 50% par l'État fédéral qui impose ces directives aux États fédérés.

Ceux qui bénéficient de cet organisme sont confrontés à la difficulté de trouver un professionnel qui accepte de les soigner. En effet, le programme autorise les adhérents à ne consulter que les médecins desservis par celui-ci pour une réduction des dépenses. D'autre part, le problème réside dans la faible capacité de remboursement du programme qui n'est pas supportable pour les organismes distributeurs de soins.

Les États américains sont dans l'obligation de fournir un certain type de services afin de recevoir les fonds de l'État. Parmi les services devant être fournis, nous pouvons retrouver les vaccins pour les enfants, les services hospitaliers et de transports, les services ambulatoires (soins dentaires, réadaptation..) les services de laboratoire et de radiographie, les soins à domicile... Les États peuvent administrer des services optionnels comme les services de diagnostic, la prescription de médicament et des prothèses, les services d'ophtalmologistes...

Réservé auparavant aux plus démunis, le programme *Medicaid* concerne les personnes ayant des revenus allant jusqu'à 138% du seuil de pauvreté<sup>25</sup>.

### 3.2.3 Autres

En plus des programmes publics *Medicare* et *Medicaid*, il existe deux programmes supplémentaires<sup>26</sup>.

Tout d'abord, un programme créé en 1997 intitulé *State Children's Health Insurance Program* (SCHIP). Le financement est assuré par l'État fédéral et les États fédérés. Les bénéficiaires sont les enfants dont les parents ne sont pas inscrits au groupe *Medicaid* et qui ne possède pas de ressources suffisantes pour avoir une assurance privée. Ils en bénéficient jusqu'à l'âge de 19 ans.

Ensuite, on a le programme *Veteran's Administration* qui est consacré aux vétérans américains. Pour les vétérans, si les frais de santé sont faibles alors les soins sont gratuits.

---

<sup>25</sup> [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)

<sup>26</sup> BARBERA Sara, Le système de santé américain : financement, organisation et place des génériques, Th. D. : Pharmacie, Aix-Marseille, 2004

### 3.3 L'assurance privée « classique »

Les assurances privées dépendent des lois qui régissent le marché. Les compagnies vont agir sur différents paramètres pour convaincre les américains de les choisir. Ces points peuvent être le montant des primes, les prestations couvertes ainsi que les options proposées dans le contrat.

Dans les dépenses de santé, l'assurance privée joue un rôle important puisqu'elle y contribue à hauteur de 34% en 2008<sup>27</sup>. C'est bien plus que la plupart des pays de l'OCDE, les pays qui suivent les américains en terme de pourcentage sont le Canada et la France avec une participation des compagnies d'assurances privées supérieure à 10% des dépenses totales de santé. Dans ces 34%, l'assurance peut être contractée à titre privé ou bien par le biais de l'employeur, ce qui est le plus courant. On recense environ 160 millions d'américains âgés de moins de soixante-cinq ans, ce qui correspond à près de 60% de la population, ayant une couverture maladie privée prise en charge par l'employeur. Il existe des compagnies privées à but lucratif telles qu'Atena ou des assureurs à but non lucratif comme Blue Cross/Blue Shield définissant des primes d'assurances variant selon la situation familiale. A titre d'exemple pour une personne célibataire, cette prime annuelle équivaut à 4 820 dollars et pour une famille de quatre personnes elle s'élève à 13 370 dollars<sup>28</sup>.

Les salariés ont la possibilité de refuser l'assurance de l'employeur soit parce que le coût de la prime est élevée, soit parce qu'ils sont déjà assurés ailleurs. L'employeur prend à sa charge une partie de l'assurance de ses employés, mais le niveau de prise en charge dépend de la taille de l'entreprise. Plus il y a de salariés dans la firme, plus l'employeur prendra en charge les primes d'assurances. Par exemple dans les grandes entreprises, les primes d'assurances à la charge du patron sont de l'ordre de 80% en moyenne. A l'inverse, dans les plus petites entreprises, il se peut que l'employeur ne fournisse pas d'assurance santé à leurs employés car ce n'est obligatoire que pour les entreprises de plus de 50 salariés.

---

<sup>27</sup> BEGUE Adrien, *Système de santé aux Etats-Unis et en Orégon : une source d'inspiration pour la réforme du système de Sécurité Sociale français ?* Th. D. : Pharmacie, Poitiers, 2004

<sup>28</sup> BEGUE Adrien, *Système de santé aux Etats-Unis et en Orégon : une source d'inspiration pour la réforme du système de Sécurité Sociale français ?* Th. D. : Pharmacie, Poitiers, 2004

Les compagnies d'assurances ont la possibilité de proposer des contrats d'assurance de groupe aux moyennes et grandes entreprises ou alors pour les petites entreprises des contrats individuels. Aujourd'hui, les grandes et moyennes entreprises couvrent tout leur personnel. Il y a eu une nette évolution car en 1998, seul 54% des firmes qui employaient moins de 200 salariés couvraient leurs employés et ce taux est monté à deux tiers en 2000. Cette couverture devrait atteindre les 100% car désormais les entreprises de plus de 50 salariés qui ne fourniraient pas d'assurance santé à leurs salariés s'exposent à des sanctions financières.

En ce qui concerne les petites entreprises, moins du tiers des salariés est assuré.

### 3.4 L'assurance privée de type Managed Care Organizations (MCO)

Au fil des années est apparu un type d'assurance privée qui se différencie des autres plans classiques et qui appliquait les principes du *Managed Care* : les MCO. Au sein de ces organismes, nous développerons surtout l'exemple des HMO.

#### 3.4.1 Définition du Managed Care et des MCO

Le *Managed Care*<sup>29</sup>, très présent aux Etats-Unis, est une forme d'organisation des soins qui essaye de contrôler le coût financier des soins, aussi bien que la qualité des soins, leur accès et leur disponibilité et qui diffère par cela du système classique.

Plus globalement, le *Managed Care* peut être désigné par toute forme de gestion des soins. Dans le cas des Etats-Unis, cela implique une gestion des soins et de leur coût par ceux qui payent, c'est-à-dire les employeurs, les assurances, les plans de santé et le gouvernement.

Avant ce système de *Managed Care*, le système américain « classique » était seulement du type *fee for service* : le patient payait le professionnel de santé et se faisait rembourser par la suite par son employeur au travers de l'assurance de ce dernier, ou dans certains cas, le professionnel de santé facturait directement à l'organisme payeur. Dans ce cas, l'organisme payeur n'avait qu'un rôle payeur, il n'a pas de contrôle sur les soins effectués.

---

<sup>29</sup> KONGSTVEDT Peter, *Managed Care : what it is and how it works*, édition Jones and Bartlett Learning, 2009

KONGSTVEDT Peter, *The Managed Health Care handbook*, édition Jones and Bartlett Learning, 2001

Le cas du système *fee for service* excluait de surcroît les personnes qui ne pouvaient pas payer pour leurs soins, mais aussi celles qui n'étaient pas couvertes par le plan de couverture de leur employeur.

Pour ce qui est du mode de financement du *Managed Care*, on est passé du modèle de type *fee for service* à un paiement par capitation (par tête): un coût est fixé entre la MCO et l'employeur ou le gouvernement, pour assurer une personne pendant une durée limitée. La MCO doit ensuite fournir tous les soins médicaux nécessaires à l'assuré.

Les MCO vont donc être des plans de santé qui, en contrepartie d'un paiement mensuel, fournissent des soins grâce à l'utilisation d'un réseau défini de médecins et hôpitaux.

Les MCO remplissent donc un double rôle :

- assurance santé privée
- fournisseur de soins

Les MCO offrent plusieurs types de plans :

- des HMO (*Health Maintenance Organization*) avec les modèles *Staff, Group*, Réseau, IPA et contrat direct
- des PPO (*Preferred Provider Organization*)
- des POS (*Point of Service Plan*)
- une combinaison des plans ci-dessus

Ces MCO appartiennent à des hôpitaux, des groupes de médecins, Blue Cross, Blue Shield, des groupes d'investisseurs privés...

Les prix négociés entre les MCO et les fournisseurs de soins sont en dessous des prix normaux, car les fournisseurs de soins liés à la MCO sont assurés de s'occuper de toute la clientèle de la MCO.

Les employés payent à leur employeur une prime dont le coût change chaque année. Cette prime permet de payer une partie de leurs frais de santé. Dans le cas de certains plans la personne couverte doit participer à la couverture sous deux formes de paiement :

- le *deductible* qui est une somme à payer annuellement, avant que le contrat ne prenne effet (par exemple l'assuré paye tous ses médicaments jusqu'à atteindre la somme de 200 dollars puis il est remboursé pour ses médicaments jusqu'à la fin de l'année)

- le co-paiement, qui est un pourcentage à payer par l'assuré (par exemple 20 dollars pour chaque visite à un médecin généraliste)

Les MCO sont des organisations à but lucratif.

### 3.4.2 Les Health Maintenance Organizations (HMO)

Nous allons donc nous intéresser plus particulièrement à un type de MCO : les HMO

#### 1. Historique

Même si quelques formes de *Managed Care* ont existé avant 1970<sup>30</sup>, le système s'est vraiment développé sous l'influence du président des Etats-Unis Richard Nixon et de son ami Edouard Kaiser. Lors d'un discours à la Maison Blanche le 17 février 1971, le président apporte son soutien aux HMO.

Les formes les plus anciennes de HMO sont les *prepaid health plans* (plans de santé prépayés). En 1910, la *Western Clinic* à Tacoma dans l'état de Washington a offert certains services médicaux pour 50 cents par tête et par mois.

Le premier véritable HMO a été créé par *Ross-Loos medical group* à Los Angeles, en 1929 après le Krach boursier. Les employés du département de l'eau et de l'énergie de la ville ainsi que les employés du comté pouvaient y participer pour 1,50 dollars par mois et par personne. Rapidement les pompiers, les policiers et une compagnie de téléphone se joignent à eux. En 1951 ce HMO regroupe 35 000 personnes.

C'est également en 1929 qu'est créée Blue Cross qui couvre les dépenses liées à l'hôpital, 10 ans plus tard c'est au tour de Blue Shield qui couvre les dépenses liées aux médecins.

Une autre HMO très connue et très importante par sa taille a été créée à la fin de la seconde guerre mondiale par E. Kaiser, un industriel pour couvrir les employés de ses chantiers navals.

Le nombre de HMO a augmenté pendant la Grande Dépression car ils permettaient d'avoir une assurance santé moins chère que dans le système classique alors que la population subissait une période difficile. Ensuite le nombre de HMO a diminué pour atteindre seulement 40 en 1970. C'est donc à partir de ce constat et d'une discussion

---

<sup>30</sup> ORIOL Jean-Paul, Des HMO (health maintenance organization) dans le système de santé français ? Th. D : Médecine, Paris VII, 1990

avec le département de santé américain que Paul W. Ellewood crée le *HMO Act* en 1973 et nomme Gordon MacLeod directeur d'un programme visant à promouvoir les HMO.

Ce *HMO Act* a pour but la création de nouveaux HMO et l'extension des autres. Pour cela il est entrepris des mesures incitatives comme des prêts, des subventions et la suppression de certaines restrictions des états à leur encontre. De plus cette loi oblige les entreprises de plus de 25 salariés à proposer un plan de type HMO à leurs salariés. Ils peuvent donc choisir entre un plan classique et un plan HMO, c'est ce qu'on a appelé le *double choice*.

En échange des mesures favorables aux HMO, ces derniers doivent être reconnus par l'état fédéral et respecter certains critères comme le fait de fournir un ensemble complet de prestations, être plus équitables et d'un prix inférieur ou égal aux systèmes classiques.

## 2. Les principes de base

Les HMO veulent dire littéralement « organisations de maintien de santé ». Une HMO est un organisme privé qui s'engage au maintien de la bonne santé de ses membres avec le versement d'une prime forfaitaire préalable. Les HMO sont des groupes responsables à la fois de la délivrance des soins à leurs membres et du financement de ces soins.

Les principes de base sont donc :

- la maîtrise des coûts, le *Managed Care* que cela soit au bénéfice de l'assureur aussi bien que de l'assuré, les plans de *Managed Care* sont moins coûteux pour l'assuré que les plans classiques
- le paiement par capitation, c'est à dire le paiement par tête et à l'avance
- le travail en réseau : la centralisation des données médicales, la continuité des soins, la responsabilité de l'ensemble de la prise en charge du patient
- la médecine préventive plutôt que curative

L'informatique tient également une grande place et permet d'appuyer le travail en réseau.

Il existait 545 HMO en 2012<sup>31</sup>, ce chiffre a tendance à diminuer d'années en années, 10 ans plus tôt on comptait 562 HMO. Par ailleurs le nombre de personnes assurées par les HMO est en constante augmentation, on compte 73 millions d'assurés (c'est une augmentation de près de 10% en 3 ans).

L'industrie est relativement atomisée sur l'ensemble du territoire américain, les 25 plus grands HMO ne représentent que 35% des parts de marché de l'ensemble des HMO. La plus grande chaîne de HMO est la Kaiser Foundation Health Plan avec 9,5 millions de membres et 23 HMO différents, essentiellement pour différentes zones géographiques. Les chaînes proposent des modèles de plan différents selon les états.

La pénétration des HMO sur l'ensemble du territoire est de 23,3% de la population. Celle-ci est cependant très inégale d'un état à l'autre, elle est ainsi de 43,5% en Californie mais très faible dans les états plus traditionnels : 3,6% en Arkansas, 9,6% en Illinois, 7,5% dans le Maine.

La direction des HMO est faite par des assurances commerciales (Blue Cross, Blue Shield) ou bien aussi par des groupements de consommateurs, de syndicats, des universités, des entreprises.

Le financement peut lui aussi être divers, les HMO sont financées en général par des actionnaires, des prêts bancaires, des médecins, des organismes philanthropiques ou des groupements de consommateurs. Ces organisations peuvent être cotées en bourses pour les plus importantes.

La cotisation est fixe et uniforme pour le même HMO.

### 3. Les différents acteurs

Afin de maîtriser les coûts, les assurés et les différents acteurs du système doivent suivre des règles différentes des plans classiques.

#### *Les médecins*

Plus de 75% des médecins américains sont engagés dans des systèmes de *Managed Care*, soit par un emploi direct soit par ce que l'on appelle une IPA (nous les définirons plus loin mais c'est un système de *Managed Care*). Si l'on considère la totalité des médecins recensés aux Etats-Unis, 20% exercent seuls en cabinet libéral, 19% en

---

<sup>31</sup> [kff.org/other/state-indicator/total-hmo-enrollment/](http://kff.org/other/state-indicator/total-hmo-enrollment/)

cabinet de groupe et le reste travaille dans divers secteurs. (Hôpitaux civils et militaires, facultés, administration, industrie, assurance etc.)<sup>32</sup>

Le médecin est la pierre angulaire du système des HMO, en effet le généraliste a un rôle de *gatekeeper*, c'est à dire qu'il régule l'accès aux autres éléments d'une HMO. Le médecin prend toutes les décisions, de l'instauration de traitements à l'hospitalisation ou au renvoi à un spécialiste. Cette fonction du médecin est une source d'économie, les patients faisant partie d'une HMO ont 40% de moins d'hospitalisation par rapport à un plan classique. Les patients peuvent tout de même se rendre d'emblée chez un spécialiste ou à l'hôpital mais dans la plupart des cas, cela entraîne des pénalités dans le remboursement.

Selon les types de HMO les médecins peuvent être payés sous différentes formes : salaire, honoraires ou enveloppes.

Comme c'est un système de *Managed Care* il y a un contrôle de l'utilisation des soins. Ces contrôles vont être différents d'une HMO à une autre. Chaque HMO établit ses propres recommandations cliniques (les *guidelines*) destinées aux médecins après des analyses poussées du bénéfice et du coût de chaque décision. Cela guide le médecin dans son exercice quotidien en établissant des méthodes de diagnostic strictes et de traitement des patients.

Ceci a pour but de simplifier la tâche des médecins en terme de décisions thérapeutiques pour les cas cliniques les plus fréquents, ceci dans l'intérêt du malade qui est aussi celui qui cotise et paye le ticket modérateur. Au contraire de la France où la « maîtrise médicalisée » est synonyme de contrainte, cet outil de *Managed Care* est mieux accepté par les médecins. Les *guidelines* ne se substituent pas au raisonnement du médecin et lui confie au contraire les patients les plus difficiles, c'est-à-dire ceux qui ne rentrent ni dans les guidelines cliniques ni dans les formulaires. Pour remplir cette mission le médecin doit être informé sur les rapports coût/efficacité des différentes options possibles.

Il existe un contrôle continu de l'utilisation des soins ainsi qu'un contrôle rétrospectif. La qualité des soins est aussi contrôlée par rapport au coût, ainsi que la satisfaction du patient vis à vis de sa prise en charge.

La HMO n'acceptera de payer les frais engagés que si toutes les recommandations ont été respectées.

---

<sup>32</sup> SILBER Denise, Les Tribunes de la santé, été 2008



### *Les hôpitaux*

La plupart des grands groupes possèdent leurs propres hôpitaux. C'est le cas de la plus importante des HMO, Kaiser Permanente qui en possède 38<sup>33</sup> à ce jour. Comme pour les médecins ou les autres professionnels de santé cela permet d'avoir un réseau très étendu et complet et de maîtriser les coûts dans ce domaine qui représente une très grande partie des dépenses de santé.

En ce qui le *Managed Care* de nombreux outils sont mis en place à l'hôpital. Tout comme avec les médecins, il existe des *guidelines* dans les hôpitaux ainsi que pour la chirurgie ambulatoire. En plus de cela il s'est développé un paiement à la pathologie, des demandes d'hospitalisation préalable, l'analyse des dépenses *a posteriori* par patient, des formulaires, des dossiers médicaux, des demandes d'entente préalable pour les actes et diagnostics, des formations et informations continues des médecins. En conclusion les outils ne manquent pas.

### *Les pharmaciens et les médicaments*

Selon les cas les pharmaciens sont employés par la HMO ou signent des contrats avec celle-ci. Dans ce cas cela leur rapporte du volume mais de faibles bénéfices. En plus viennent des dépenses pour les droits d'appartenance au réseau des pharmacies de la HMO. Le pharmacien est rémunéré par une somme fixe par ordonnance délivrée pour un patient membre de la HMO. Ce montant varie selon les organismes. En plus de cette base le pharmacien est incité financièrement à substituer les médicaments par des génériques ou des équivalents inscrits à leur formulaire quand cela est possible.

Certaines HMO possèdent leurs propres pharmacies qui ne dispensent des médicaments qu'aux membres du HMO. Dans ce cas, le patient ne débourse pas d'argent, la HMO a un contrôle total sur le type et la quantité de médicaments utilisés et peut

---

<sup>33</sup> [share.kaiserpermanente.org](http://share.kaiserpermanente.org)

obtenir des réductions importantes sur les achats si elle génère des volumes importants. Au contraire la solution est coûteuse pour les petites HMO qui doivent maintenir un stock suffisant, fournir des locaux et employer des pharmaciens. Selon le cas un service de garde n'est pas toujours assuré pour les nuits et les week end ce qui pose parfois des problèmes.

D'autres HMO ne possèdent pas de pharmacie mais travaillent par contrats avec elles. Le patient dispose ainsi d'un choix plus grand de pharmacies, la HMO ne fait pas d'investissement et peut facilement en cas de besoin étendre le nombre de pharmacies qui sont sous contrat avec elle. Cependant il y a moins de contrôles en terme de coût sur la délivrance des médicaments.

Les médicaments n'échappent pas au besoin de maîtrise des coûts. A ce niveau, il existe des *Pharmacy and Therapeutics Committee*<sup>34</sup>. Ce comité passe en revue les différents médicaments présents sur le marché en vue de les inscrire ou non sur les formulaires de la HMO.

Après avoir été étudié, le médicament reçoit une des six étiquettes<sup>35</sup> du formulaire des médicaments de la HMO :

- préféré (*preferred*), le médicament que la HMO aimerait que les médecins utilisent
- approuvé (*approved*), cela convient mais ce n'est pas le médicament de référence de la HMO
- restreint (*restricted*), le médicament peut seulement être utilisé dans certains cas et pour certains patients
- pas de remboursement (*no reimbursement*), cela signifie que le médicament n'a pas d'approbation
- autorisation préalable (*prior authorization*), le pharmacien doit recevoir une approbation pour délivrer le médicament
- non approuvé (*not listed*)

Pour le choix des médicaments prescrits, chaque HMO va donc éditer des listes de médicaments (*drug list*) où elle détaille tous les médicaments pris en charge par la HMO

---

<sup>34</sup> BERGUIG Carole, Comparaison des réseaux de santé et des HMO américains, Th. : Droit médical, Paris VIII, 2004

<sup>35</sup>Exemple du formulaire de la HMO Coventry Adventra Silver, [coventry-medicare.coventryhealthcare.com](http://coventry-medicare.coventryhealthcare.com)

et à quel niveau de co-paiement ils correspondent, le patient devant en payer plus ou moins selon l'étiquette qui est donnée au médicament car le médicament n'est pas forcément remboursé en totalité.

Dans la plupart des cas les médicaments les plus anciens et déjà génériqués sont les mieux pris en charge au détriment des dernières molécules récemment commercialisées pour lesquelles la HMO a peu de recul quant à l'efficacité par rapport au coût.

La HMO donne aussi des recommandations à suivre quant à la posologie à employer et la durée du traitement.

Au niveau des médicaments, en plus des formulaires et des *Pharmacy and Therapeutics Committee*, il existe un contrôle de l'utilisation des médicaments, la *Drug Utilization Review* (DUR).

Cette DUR passe en revue et analyse l'utilisation faite en pratique des médicaments par rapport à ce qu'elle devrait être en théorie.

Pour évaluer les médicaments, la *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* a développé un standard qui est utilisé par le staff médical.

Au delà des formulaires, certaines HMO pratiquent la *step therapy*<sup>36</sup>. Comme son nom l'indique, cette pratique fait référence aux étapes que le médecin est encouragé à suivre pour traiter une certaine pathologie. A titre d'exemple, devant une hypertension artérielle, la première étape consiste à mettre le patient sous régime sans sel et hypocalorique et à l'encourager à faire de l'exercice. En cas d'échec, la deuxième étape consiste à mettre le patient sous un diurétique thiazidique, un inhibiteur calcique, un inhibiteur de l'enzyme de conversion ou un bêtabloquant. En cas d'échec, l'étape 3 permet l'association de deux médicaments parmi les classes citées ci-dessus. L'étape 4 est l'introduction d'un nouveau médicament. Notons que la *step therapy* réduit considérablement la liberté du médecin qui doit se justifier de tout écart et par conséquent peut être mal acceptée. C'est pourquoi cela n'est possible que dans certains types de HMO. Sa mise en place implique une forte participation du réseau de médecins du HMO, des séances de formation avec celui-ci et un système de recueil des réactions pour que ce système fonctionne au mieux.

---

<sup>36</sup> MOTHERAL Brenda R. , HENDERSON Rochelle, COX Emily R., Investigation showing step therapy reduces managed care costs: Plan-Sponsor Savings and Member Experience With Point-of-Service Prescription Step Therapy, *The American Journal of Managed Care* Volume 10, 2004

Enfin il existe aussi des *Pharmaceutical Benefit Management* (PBM) qui jouent un rôle important dans les HMO.

Un PBM est une société qui gère les plans de médicaments pour le compte de groupes d'assurances. Les PBM proposent une gestion plus agressive pour les HMO que pour les plans classiques. Ils interviennent en amont de la prescription en établissant des formulaires de médicaments autorisés de la même manière que nous l'avons vu précédemment. Ainsi dans les HMO où les médecins sont employés, ils peuvent imposer un formulaire de façon stricte. Au contraire dans une HMO avec un large réseau de médecins pour lesquels les patients de HMO ne représentent qu'un faible pourcentage de leur clientèle, l'application du formulaire est moins contrôlable. En terme de délivrance, les PBM proposent des plans de vente de médicaments par correspondance pour les patients qui le souhaitent. Cette méthode présente des avantages à la fois pour le patient et pour le PBM. Le patient reçoit ainsi des médicaments à prix réduits chez lui sans se déplacer. Quant au PBM, il court-circuite grossistes et pharmaciens en achetant directement aux fabricants de médicaments. Il obtient par ce biais des réductions prix/volume importantes et retient pour lui les marges de ces deux intermédiaires. On peut cependant se demander si ces économies ne sont pas faites au détriment de la santé des malades.

#### 4. Les différents types de HMO

Les différences de fonctionnement entre les HMO s'articulent principalement autour de cinq critères<sup>37</sup> :

- Le mode de paiement des médecins généralistes.

Les médecins généralistes sont payés sous 3 formes possibles : salaires, honoraires ou enveloppes. Leurs motivations diffèrent fortement en fonction du mode de rémunération. S'ils reçoivent un montant sous forme d'enveloppe fixe pour chaque patient (selon l'âge, le sexe etc.) dont ils doivent fournir les soins de médecine générale, ils auront intérêt à réduire les dépenses tout en augmentant le nombre de patients dans leur clientèle. L'enveloppe versée aux médecins généralistes peut également inclure les

---

<sup>37</sup> FOURGEON Valérie, Introduction à l'économie de la santé, édition PUG, 2014

examens complémentaires et les consultations de spécialistes etc. Dans ce cas les médecins généralistes sont totalement « à risque » pour ces services. En moyenne 14% de l'enveloppe sert au budget administratif et le reste pour le traitement des patients, si le budget n'a pas été entièrement consommé cet argent revient en partie ou en totalité au médecin. Il est important de bien comprendre que si les médecins généralistes sont payés par la HMO sous forme d'enveloppe, toute dépense supplémentaire se traduit à l'inverse par une baisse de leurs revenus.

Au contraire, les médecins salariés d'une HMO n'ont pas de motivation particulière à minimiser le nombre d'examens complémentaires et des autorisations de visite des médecins spécialistes.

Les médecins payés aux honoraires auront tendance à multiplier les visites.

- Le fait que le médecin ne voie que ses patients assurés par la HMO ou également d'autres patients.

Un système non-exclusif permet au médecin de rentrer dans le réseau d'une HMO sans risquer de perdre sa clientèle et au patient de devenir membre d'une HMO sans nécessairement « perdre son médecin généraliste ». Pour cette raison les HMO non-exclusives recrutent plus facilement de nouveaux médecins et de nouveaux clients. Cependant un médecin qui ne travaille que pour des patients membres de son HMO est plus sensible aux mécanismes financiers agissant sur son revenu. Au contraire, un médecin pour qui la HMO ne représente que 10% de ses revenus ne soigne pas forcément les patients-HMO différemment des patients à assurance classique.

- La nature de l'entité qui passe contrat avec la HMO.

La HMO peut signer des contrats directement avec des médecins généralistes individuels ou avec des groupements de médecins exerçant à l'hôpital ou en ville. Selon le cas de figure, une HMO peut employer directement des médecins généralistes ou payer une enveloppe globale à un groupement de médecins. Ce dernier peut à son tour payer les médecins sous forme d'enveloppe, d'honoraires ou de salaire. Il existe donc de nombreux modèles de HMO avec des niveaux d'intégration (entre la délivrance des soins et leur paiement) et des répartitions du risque différents.

- La part de risque prise en charge par les médecins.

46% des HMO pénalisent financièrement d'une manière ou d'une autre les généralistes hospitalisant trop souvent leurs patients. 44% les pénalisent s'ils envoient de façon excessive chez les spécialistes et 31% les pénalisent pour non respect des règles de prescriptions imposées, essentiellement prescription de médicaments non inscrits au formulaire ou de princeps quand des médicaments génériques sont disponibles ou encore une prescription pour d'autres indications que celles recommandées.

Les HMO retiennent en moyenne 20% de la somme versée au généraliste. Ce montant lui est retourné si les dépenses des spécialistes et les dépenses hospitalières qu'il a engendrées sont en dessous de l'objectif préétabli. S'il est au dessus de cette cible, la somme retenue est utilisée pour combler la différence et donc ne lui est pas versée. Le médecin généraliste travaillant pour une HMO est donc dit « à risque » sur ce montant.

Le risque est un facteur important de développement de ces marchés privés. Le médecin généraliste peut porter différents niveaux de risque (financier), c'est-à-dire que le budget qu'il gère peut plus ou moins l'impliquer financièrement. De la maîtrise du budget dépend son salaire.

Il peut être à risques sur :

- ses propres consultations uniquement ;
- sur ses propres consultations, et sur les examens complémentaires et/ou les visites de spécialiste qu'il induit ;
- sur ses propres consultations, sur les examens complémentaires et/ou les visites de spécialiste qu'il induit et sur les frais hospitaliers externes et parfois même les frais d'hospitalisation ;
- La taille et la nature des groupes de médecins partageant le risque.

Plus le groupe de médecins est petit, plus les écarts de dépenses par rapport aux objectifs ont une influence sur les propres revenus des médecins. Les objectifs des dépenses à ne pas dépasser peuvent ainsi être définies pour des groupes allant d'un seul médecin à l'ensemble des médecins du HMO.

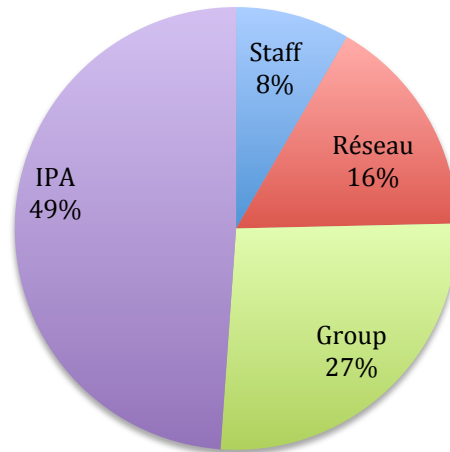
On compte 5 grands types de HMO : le modèle *staff*, le modèle *group*, le modèle *network* ou réseau, le modèle dit IPA et le modèle contrat direct<sup>38</sup>.

---

<sup>38</sup> KONGSTVEDT Peter, *Managed Care : what it is and how it works*, édition Jones and Bartlett Learning, 2009

KONGSTVEDT Peter, *The Managed Health Care handbook*, édition Jones and Bartlett Learning, 2001

## Les différents modèles de HMO



### *Le modèle Staff*

Exemples : Group Health Association in Washington et Group Health Cooperative of Puget Sound in Seattle<sup>39</sup>.

Dans un modèle *staff*, les médecins sont employés par la HMO. Ils reçoivent un salaire et parfois des bonus et des récompenses basées sur leur performance. Pour couvrir les besoins en soins des assurés, la HMO emploie à la fois des généralistes et des spécialistes. En cas de besoin, il passe des contrats avec des spécialistes extérieurs, c'est souvent le cas pour les spécialités peu fréquentes.

---

<sup>39</sup> BEGUE Adrien, Système de santé aux Etats-Unis et en Orégon : une source d'inspiration pour la réforme du système de Sécurité Sociale français? Th. D.: Pharmacie, Poitiers, 2004 ; KONGSTVEDT Peter, Managed Care : what it is and how it works, édition Jones and Bartlett Learning, 2009 ; KONGSTVEDT Peter, The Managed Health Care handbook, édition Jones and Bartlett Learning, 2001

Le modèle *Staff* est également appelé modèle fermé pour exprimer le fait que les médecins travaillent exclusivement pour la HMO et que les assurés ne peuvent consulter qu'auprès de médecins employés par la HMO. Ceux-ci sont le plus souvent regroupés dans un seul immeuble médical contenant cabinets de consultations, hôpital de jour, salles d'examens fonctionnels, laboratoires d'analyses médicales, radiologie, échographie... Les HMO modèle *Staff* passent des contrats avec des hôpitaux pour les soins hospitaliers.

Ce type de modèle possède l'avantage de permettre un contrôle important de l'équipe médicale (puisque employée) et donc de l'utilisation des ressources. Le regroupement des équipements dans un seul endroit est un avantage pour le patient qui peut ainsi concentrer ses visites et examens. Les inconvénients sont au moins de deux ordres: premièrement l'emploi de médecins et les investissements de départ sont coûteux et demandent un volume d'activité important, deuxièmement le patient est limité dans le choix des médecins auxquels il peut rendre visite. Les nouveaux membres doivent renoncer à leurs médecins habituels.

#### *Le modèle Group*

Dans ce modèle, la HMO passe un contrat avec un groupe de médecins multi-spécialistes pour fournir les soins aux assurés. Les médecins sont employés par le groupe de médecins et non plus par la HMO comme dans le modèle *Staff*. Selon le cas les médecins du groupe ne voient que des patients du HMO ou également d'autres patients. Ils partagent équipements, locaux, fichiers de patients et personnel administratif. Le groupe passe un contrat avec la HMO sous forme d'enveloppe globale. On distingue deux sous-divisions dans le modèle *Group* :

- le modèle *Captive Group* : le groupe de médecins n'a de raison d'exister que pour servir les membres de la HMO. Souvent la HMO est elle même à l'origine de la création du groupe de médecins, il les recrute et apporte un soutien pour les tâches administratives. Exemple : Kaiser Foundation Health Plan (la HMO) où le Permanente Medical Group, à travers un contrat exclusif, fournit les médecins auxquels les assurés rendent visite.

- le modèle *Independent Group* : la HMO passe un contrat avec le groupe de médecin indépendant et existant par lui-même. Le groupe de médecins est souvent le propriétaire de la HMO.



Exemple : Geisinger Health Plan of Danville, Pennsylvania<sup>40</sup>

Ces deux sous-divisions du modèle *Group* sont dites modèle fermé car le médecin doit être membre du groupe pour soigner les patients de la HMO. Ces modèles sont donc fermés aux médecins qui n'appartiennent pas au groupe.

### *Le modèle Réseau*

La HMO passe un contrat avec plusieurs groupes de médecins à la fois. Ces groupes se composent de médecins spécialistes installés sur un territoire géographique plus ou moins étendu. Ce modèle ressemble fortement au modèle *Group* présenté ci-dessus. Un exemple est le Health Insurance Plan of Greater New York<sup>41</sup> qui a des contrats avec plusieurs groupes de médecins spécialistes aux alentours de New York.

La HMO peut également n'avoir de contrat qu'avec des groupes de médecins généralistes et de médecins spécialistes en pédiatrie, gynécologie et médecine interne. Dans ce cas le réseau est dit de première intention. L'exemple le plus classique est le West Michigan Healthcare Network<sup>42</sup>. Dans les réseaux de première intention les groupes sont payés par la HMO sur la base d'une enveloppe prenant en compte toutes les dépenses engendrées par le malade. Le groupe paie les honoraires des éventuels médecins spécialistes auxquels il envoie des patients.

Par opposition aux modèles *Staff* et *Group* décrits ci-dessus qui sont des modèles fermés, le modèle Réseau peut être ouvert ou fermé. Il est dit fermé s'il a des contrats seulement avec un nombre limité de médecins. Il est dit ouvert s'il accepte tous les groupes de médecins à partir du moment où ils répondent à un certain nombre de critères.

L'avantage du modèle Réseau est d'offrir un choix plus large de médecins et une meilleure répartition géographique.

---

<sup>40</sup> [www.healthplan.com](http://www.healthplan.com)

<sup>41</sup> [www.emblemhealth.com](http://www.emblemhealth.com)

<sup>42</sup> [www.wmhn.org](http://www.wmhn.org)

### *Le modèle IPA (Individual Practice Association)*

Ici la HMO passe un contrat avec une association de médecins (l'IPA) pour fournir des soins médicaux aux assurés. Les médecins sont membres de l'IPA mais ils restent des praticiens indépendants possédant leur propre clientèle, locaux, équipements, personnel administratif, dossiers médicaux etc. Dans tous les cas ils continuent à voir des patients qui n'appartiennent pas à la HMO. Le système est ouvert car tous les médecins qui respectent les critères de l'association de médecins et de la HMO peuvent participer. A l'origine, soit la HMO rentre en contact avec l'association de médecins déjà établie dans une région, soit elle participe à la création de cette association. Les associations de médecins bien établies s'engagent le plus souvent dans des contrats non exclusifs avec plusieurs HMO. Dans le cas où la HMO est à l'origine de l'association des médecins, le contrat est exclusif.

### *Le modèle contrat direct*

Comme son nom l'indique, la HMO passe un contrat individuel avec chaque médecin indépendant. Hormis cette particularité, ce modèle est identique au modèle IPA.

(Exemple de HMO à contrat direct : US Healthcare<sup>43</sup>.)

L'avantage du modèle à contrat direct par rapport au modèle IPA est de réduire le pouvoir de négociation des médecins avec la HMO ainsi que les menaces et risques de rupture massive de contrat, chaque médecin étant isolé. On distingue trois types d'inconvénients avec ce modèle. Premièrement la HMO porte plus de risque que dans le système IPA pour les raisons expliquées ci-dessus. Deuxièmement la HMO doit prendre en charge le recrutement des médecins. Ce travail est fait par l'association des médecins dans le modèle IPA. Troisièmement les médecins restent très indépendants dans leur esprit ce qui est un frein à la mise en place de schémas thérapeutiques, de pratiques cliniques, de pratiques de prescription...

---

<sup>43</sup> [www.ushealthandlife.com](http://www.ushealthandlife.com)

Il est parfois difficile de classer les HMO dans une de ces catégories. A titre d'exemples :

-Le groupe d'assurances Maxicare<sup>44</sup> du Texas a un contrat avec un centre médical local qu'il paie sous forme d'enveloppe globale pour couvrir les honoraires des médecins. Les médecins du centre médical sont payés sous forme d'un salaire fixe par mois bien qu'ils soignent des patients ayant des plans traditionnels (qui paie le centre aux honoraires) et des patients de la HMO.

- Dans le Greater Marshfield Community Health Plan (Security Health Plan Of Wisconsin<sup>45</sup>), les médecins reçoivent un salaire mais les patients paient aux honoraires.

- La HMO of PA paie ses médecins généralistes sous forme d'une enveloppe globale ajustée en fonction du sexe et de l'âge de sa clientèle. Chaque médecin dispose d'une somme globale pour couvrir les frais des médecins spécialistes chez lesquels il envoie ses patients et d'une enveloppe hospitalière distincte.

- Maxicare de Californie du Sud passe des contrats avec des groupes qui paient généralement leurs médecins aux honoraires. Il paie lui-même sous la forme d'une seule enveloppe globale incluant tous les services (généralistes et spécialistes) pour l'ensemble de ses membres. Les groupes sont ainsi totalement à risque sur le nombre de visites. Maxicare est à risque sur les dépenses hospitalières mais chaque groupe reçoit la moitié d'un éventuel surplus sur les enveloppes hospitalières budgétées.

- Lifeguard<sup>46</sup> paie ses médecins aux honoraires en retenant 15% qui servent si nécessaire à couvrir les dépenses d'honoraires en excès du budget prévisionnel. Tous les médecins de la HMO sont dans le même groupe de risque. Le HMO est à risques sur les dépenses hospitalières.

---

<sup>44</sup> [www.maxicare.com](http://www.maxicare.com)

<sup>45</sup> [securityhealth.org](http://securityhealth.org)

<sup>46</sup> [www.blueshieldca.com](http://www.blueshieldca.com)

## 5. L'efficacité des HMO

### *Efficacité financière*

La principale raison pour laquelle les HMO se sont développées au cours des années est leur efficacité financière qui, en temps de crise, a permis à de nombreux américains d'avoir accès à une assurance santé. En effet les prix des primes d'assurance pratiquées par les HMO sont inférieurs à ceux des assurances traditionnelles. Ceci est possible grâce à la politique de *Managed Care* que nous avons décrite plus tôt.

Les adhérents s'engagent pour un an et payent par avance pour l'année qui va s'écouler. S'ils respectent les règles du système ils savent à l'avance le montant qu'ils doivent consacrer à leur assurance santé. De plus les contrats avec la HMO sont reconduits même en cas de l'aggravation de l'état de santé de l'assuré.

Les assurés bénéficient aussi du système libéral qui pousse les HMO à la concurrence et qui fait baisser les prix.

L'efficacité financière est aussi valable pour l'ensemble des acteurs des HMO, comme nous l'avons vu, médecins et HMO partagent les risques financiers. Comme cela ne repose pas sur une seule entité, il y a moins de risque de faillite. Une étude a mis en évidence que les patients des HMO avaient des dépenses inférieures de 23 à 28% par rapport aux autres patients. Ce risque porté au niveau des individus ou de petites entités (les médecins) est autrement plus efficace pour maîtriser les dépenses que les enveloppes globales collectives mises en place par les systèmes publics.

Par ailleurs, la gestion et le type de fonctionnement même des HMO permet de donner des comptes à l'équilibre pour les gestionnaires.

Enfin cela permet aux médecins d'avoir un budget fixe, de partager certains frais (cabinet, matériel) et d'acheter en gros. Au final le principal avantage pour eux est qu'ils sont bien rémunérés.

## *Efficacité des soins*

Le modèle des HMO permet une baisse de la consommation des soins avec un maintien de la qualité de ceux-ci.

Un étude comparant les dépenses d'un plan de type HMO modèle *Staff* et d'un plan classique a révélé que le coût par membre était inférieur de 28% dans le premier cas, ceci à état de santé initial équivalant dans les deux groupes. Les membres de la HMO avaient 40% d'admissions hospitalières en moins alors que le nombre de visites de médecine de ville était le même dans les deux groupes. Les personnes assurées par la HMO avaient également un nombre de visites préventives plus élevé. En dépit de la baisse de l'utilisation hospitalière des personnes de la HMO, aucune différence en terme de bénéfices thérapeutiques n'a pu être mise en évidence. De plus les participants inscrits volontairement dans une HMO avaient un niveau de satisfaction égal à celui des personnes du plan classique.

D'autres études se sont penchées sur la comparaison de patients ayant la même pathologie et assurés par des plans de type *Managed Care* ou des plans classiques<sup>47</sup>. Deux de ces études ont montré que la confirmation d'un diagnostic cancéreux après une première suspicion prenait le même laps de temps dans les deux systèmes.

Une étude incluant des personnes souffrant d'arthrite n'a pas montré de différence significative en termes de symptomatologie, d'aptitude à poursuivre une activité professionnelle et d'état de santé général. Pour cette pathologie spécifique, il n'a pas été relevé de différence d'utilisation des services hospitaliers entre les deux groupes de patients. On note cependant un certain mécontentement des personnes de la HMO par rapport au délai nécessaire pour obtenir un rendez-vous.

Un autre étude encore a mis en évidence que les médecins généralistes des HMO prononçaient moins souvent que les plans classiques un diagnostic de dépression chez leurs patients<sup>48</sup>. Par contre on ne relevait aucune différence en matière de détection et de traitement de cette pathologie quand le patient était vu par un psychiatre. Il a été démontré que les femmes des HMO recevaient plus de soins et plus de contrôles pendant leur grossesse que les femmes avec un plan classique. Enfin, fait non

---

<sup>47</sup> JONES Jemarion, Does types of health insurance affect cancer care diagnosis ?, Journal of the National Cancer Institute, 2001

<sup>48</sup> WELLS Kenneth, Quality of Care for Primary Care Patients With Depression in Managed Care, 1999

surprenant, celles-ci restaient moins longtemps hospitalisées après un accouchement, ceci étant, en grande partie dû à une fréquence moindre des césariennes.

### *Notion de qualité*

La notion de qualité est importante dans les HMO car toute absence de qualité, en plus du préjudice direct pour le patient, entraîne un surcoût. Les différents services proposés sont donc soumis à une accréditation.

En ce qui concerne le contrôle de la qualité des soins différentes mesures sont mises en place. Il y a la mesure des bénéfices thérapeutiques, l'*Outcome measure*. En effet les études d'évaluation des traitements et de leur efficacité sont largement utilisées. Elles servent à élaborer les *guidelines* encadrant l'exercice des médecins.

Il existe également des études de satisfaction, les *Satisfaction reviews*. L'étude détaillée de la satisfaction du patient joue également un rôle important dans l'évaluation de la qualité des soins et les diverses accréditations accordées aux structures de soins.

Enfin il y a les *Peer reviews*, c'est l'étude des cas cliniques. L'évaluation des pratiques médicales par des pairs est utilisée pour identifier les médecins qui ne se conforment pas aux recommandations cliniques de la HMO.

### *Prévention*

Les américains privilégient la prévention plutôt que le traitement curatif et cela leur vient de leur culture anglo-saxonne. Ceci est d'autant plus vrai pour les HMO. En effet des études montrent que les assurés des HMO ont plus souvent recours à des visites de prévention que ceux des plans classiques. Cela peut être une prise de sang pour le contrôle du cholestérol, la prise de tension, la mesure des marqueurs de cancer ou les mammographies.

Cela permet aux patients de garder une bonne hygiène de vie et de profiter d'une meilleure qualité de vie en anticipant la survenue de maladie ou la découverte de celles-

ci à un stade avancé. Dans un programme de *Managed Care* il ne faut pas perdre de vue que cela permet aussi de réaliser des économies.

### *Informatisation*

L'informatisation est très développée au sein des HMO et cela permet de mettre en œuvre des initiatives intéressantes.

La HMO Kaiser Permanente<sup>49</sup> possède un système informatique appelé MARS. Ce système s'appuie sur le travail en réseau au sein des HMO. Comme cela peut exister en France, le dossier médical du patient est mis au commun avec les différents professionnels de santé, cela aide beaucoup de pouvoir communiquer entre différentes disciplines dans l'intérêt du patient. La communication est extrêmement importante lorsque l'on travaille en réseau et cette bonne communication est une source de la qualité des soins. De plus les professionnels bénéficient de logiciels qui sont basés sur les informations récoltées sur le patient : il existe des logiciels par exemple d'interaction entre médicaments ou médicaments/allergies.

L'avantage du système est qu'il facilite les échanges entre professionnels mais aussi avec le patient. Celui-ci peut avoir accès à son dossier médical, prendre des rendez-vous mais également adresser des messages personnels aux médecins, pharmaciens, infirmiers s'ils possèdent l'abonnement qui le leur permet. Ce mode de fonctionnement se développera sûrement dans l'avenir.

Ces données informatiques servent également de base pour de nombreuses études car cela compile de très nombreuses données sur la santé des assurés et une grande population. Les lois sont plus laxistes qu'en France en ce domaine<sup>50</sup>, même si il existe une loi dite HIPAA<sup>51</sup> sur la protection des données informatiques.

Des chercheurs sont même allés plus loin en réussissant à modéliser des essais cliniques pour étudier leur faisabilité, exclure les personnes à risque, ce qui augmente la sécurité de l'essai. Cela permet de réduire les coûts et la durée des essais.

Ces données sont donc une véritable mine d'or pour les statistiques et les essais, elles permettent de grands progrès dans le domaine médical.

---

<sup>49</sup> [share.kaiserpermanente.org](http://share.kaiserpermanente.org)

<sup>50</sup> Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, version consolidée au 27 janvier 2015, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>51</sup> Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996, [www.legalarchiver.org](http://www.legalarchiver.org)

### 3.4.3 Les Preferred Provider Organizations (PPO) et les Point of Service Plans (POS)

Il existe encore des organismes de *Managed Care* différents des HMO, ce sont les PPO et les POS.

90 millions de personnes étaient couvertes par un plan de type PPO en 2010<sup>52</sup> soit légèrement plus que par un plan HMO. Un PPO est une société qui négocie avec des hôpitaux, des médecins de ville, des dentistes ou tout autre offreur de service de santé, des tarifs réduits pour ensuite les vendre à des acheteurs de services tels que les employeurs. Les rabais obtenus vont de 5 à 30% sur les honoraires médicaux et de 7 à 15% pour les frais hospitaliers. Les employés et plus généralement les assurés ont des avantages financiers s'ils utilisent ces services négociés mais ne sont pas contraints de le faire. Contrairement aux HMO, ils peuvent s'adresser à d'autres médecins, d'autres hôpitaux ou d'autres cabinets de diagnostic mais auront alors des tickets modérateurs plus élevés. Les PPO ont connu une expansion spectaculaire ces dernières dizaines d'année. Les hôpitaux sont payés soit sur la base de service rendu avec une réduction par rapport aux prix facturés à un assureur classique, soit par jour d'hospitalisation (indépendamment des actes) soit sur la base des actes fournis. De nombreux PPO font appel, comme les HMO, à des évaluations des besoins d'engager des frais. Enfin l'avantage important des PPO sur les HMO est de préserver la liberté du patient qui peut toujours s'adresser à l'hôpital et au médecin de son choix.

Les caractéristiques des PPO :

- les médecins sont le plus souvent payés avec des honoraires réduits, plus rarement ils le sont par enveloppe globale
- les médecins voient à la fois des patients PPO et les patients des plans traditionnels à honoraires
- le PPO peut passer directement un contrat avec des médecins ou avec un intermédiaire qui passe lui même un contrat avec des médecins ou un hôpital par exemple

---

<sup>52</sup> State Insurance and Managed Care Mandated Coverage, [www.ncsl.org](http://www.ncsl.org)



- les médecins passent des contrats avec un PPO, contrairement aux médecins de HMO, ils ne supportent pas de risque financier et n'ont pas intérêt à réduire les dépenses médicales des patients. Les hôpitaux ont des motivations à consommer plus ou moins en fonction de la manière dont ils sont rémunérés

On distingue 4 grands types de PPO en fonction de l'entité qui les parraine :

- les PPO parrainés par un hôpital, un groupe de médecin ou les deux à la fois. Ce sont les plus nombreux ;
- Les PPO parrainés par une société ou un groupe de sociétés ;
- les PPO parrainés par un groupe d'assurances ;
- les PPO indépendants.

Les plans POS quant à eux sont des formes hybrides entre HMO et PPO. On distingue deux types de plans POS :

- Plans POS à médecins généralistes payés à base d'enveloppe. Dans ce type de plans, le médecin généraliste est motivé pour réduire les dépenses, il est le *gatekeeper*, le garde fou des dépenses des spécialistes et des hospitalisations. Comme dans un PPO classique le patient est remboursé à 100% ou à 60% selon qu'il consulte chez un médecin autorisé ou non.
- Plans POS-HMO : l'assuré peut rendre visite à la fois aux médecins du HMO et à d'autres médecins. Tout est cependant fait pour que l'assuré ait un avantage financier important quand il consulte des médecins du réseau. Ainsi, dans ce type de plans, on estime que de 65 à 85% des visites se font auprès des médecins du réseau.

Comme nous l'avons vu le système de santé américain, dans toute sa complexité, peut apparaître comme un système inégalitaire. Cependant c'est aussi un système qui évolue vers plus de justice en faveur des plus défavorisés d'une part, notamment avec la réforme du président Obama. D'autre part le système prouve son efficacité en terme de maîtrise des coûts.

Nous allons maintenant nous intéresser au système français, qui est issu d'une culture et d'un passé différent de celui des Etats-Unis.



## II. Le système de santé en France

Voici maintenant une description du système de santé tel qu'il est aujourd'hui en France pour comprendre les différences fondamentales de conception qui existent par rapport aux États-Unis.

### 1. Historique<sup>53</sup>

Historiquement le système hospitalier se caractérise par son inorganisation. Les institutions hospitalières se sont créées en totale anarchie, sans idée directrice globale. Les premiers hôpitaux apparaissent en occident au VIème siècle. L'Église représente la seule puissance capable d'organiser à une vaste échelle l'assistance à ceux qui souffrent. Il n'y a pas de pouvoir central en France à cette époque.

Le royaume n'est constitué que d'innombrables fiefs dans lequel chaque seigneur exerce sa puissance. Au contraire, l'église a bâti sa puissance sur tout le territoire. En l'an 1000, elle possède déjà son droit propre, ses juridictions et un patrimoine considérable. L'église est donc chargée par Clovis de l'assistance aux malheureux. Pour ce faire, elle est autorisée à recevoir des dons et legs.

L'hôpital de l'ancien régime est donc un établissement privé, religieux et local. Fondée sur de telles bases, l'organisation hospitalière connaît des défauts. Le plus grave d'entre tous est la répartition totalement anarchique des institutions sur le territoire.

Durant le moyen âge, l'hôpital est davantage un lieu où l'on soigne qu'un lieu de guérison.

Si, au moyen âge, les pauvres sont bien intégrés dans la société (car ils permettent aux plus riches de croire en leur salut à travers la charité), ce principe va évoluer à partir du XVIème siècle avec l'augmentation de la mendicité dans les villes. Le pauvre devient alors socialement dangereux, indésirable.

Sont créés alors les hospices et hôtels Dieu regroupés sous le nom « d'hôpital général ». L'hôpital général devient le symbole du pouvoir d'un monarque absolu. Les architectes du roi traduisent cette volonté d'unité et de centralité. Le souverain souhaite que

---

<sup>53</sup> BOURIAUD Antoine, Cours de Santé publique et économie de la santé, IFSI Nantes, 2011, [www.chu-nantes.fr](http://www.chu-nantes.fr)

hommes et femmes soient accueillis dans des salles séparées. Dans la plupart des villes vont apparaître ces établissements dont les plans sont copiés sur ceux des prisons et où s'entassent mendiants, vagabonds, fous et indigents. Les « médecins » y sont peu présents et les conditions d'hygiène déplorables.

Les années qui précèdent la révolution sont propices au brassage des idées. La notion d'assistance tend à se modifier et doit reposer sur la solidarité Nationale.

En 1788, le médecin Français Jacques Tenon publie un travail colossal de recensement et d'analyse des modèles hospitaliers français et étrangers, accablant sur les hôpitaux de son temps. Il y dénonce la promiscuité, le manque d'espace, la vétusté des locaux, l'absence d'hygiène, la cohabitation des tous les malades. Pendant près d'un siècle, son travail servira de référence aux bâtisseurs d'hôpitaux.

Après 1789, les établissements hospitaliers perdent leur autonomie. La loi du 19 germinal 1793 nationalise les biens des hôpitaux et met à la charge de l'État toute l'assistance hospitalière. Leur patrimoine devient propriété de l'État. Les congrégations religieuses sont éteintes par la loi Le Chapelier et les hôpitaux perdent ainsi bon nombre de sœurs hospitalières dont certaines continuent à travailler en civil.

Sous le Directoire, la loi du 16 vendémiaire 1796 va rendre aux hôpitaux les biens qui leur avaient été retirés et permet le retour massif des sœurs hospitalières.

Plus tard les travaux de Pasteur modifient considérablement le rôle des hôpitaux. Ceux ci perdent progressivement leur mission sociale au profit d'une fonction sanitaire. Le développement de l'esprit scientifique et de la spécialisation des techniques transforme l'hôpital en un lieu de soins privilégié.

La loi hospitalière du 7 août 1851 organise le secours hospitalier. L'autorité civile prend le pas sur l'initiative religieuse. L'hôpital est présidé par le maire, le financement public se substitue progressivement aux revenus de leurs domaines et à la charité.

Naît, sous l'influence de Pasteur à Paris, Lister à Glasgow et Kock à Berlin, la nécessité de protéger les malades contre la contamination par les germes en évitant l'infection lors des opérations (asepsie) et en désinfectant les plaies (antisepsie).

Sous la IIIème République (1870-1940), une période frénétique de construction hospitalière va voir le jour. Vont émerger des hôpitaux spécialisés, conçus pour l'administration des soins, notamment sous forme d'une organisation pavillonnaire des lieux.

Dans ces établissements, la présence médicale augmente et s'organise progressivement. Si les médecins conservent leur clientèle privée en ville, ils prennent goût au monde hospitalier. Le processus de laïcisation du personnel paramédical progresse. Des écoles d'infirmières voient le jour vers 1890.

La loi du 15 juillet 1893 permet à tout malade inscrit sur la liste des indigents de se faire soigner gratuitement par un médecin, celui-ci se faisant ensuite rembourser par l'administration...les pauvres ont enfin accès à la médecine. Les classes moyennes commencent à revendiquer le « droit à l'hôpital » jusqu'ici réservé aux couches populaires. En dépit des réticences des médecins et de l'administration, la règle du « minimum de ressources » prise en compte pour l'admission est définitivement supprimée par décret le 19 octobre 1951. Signe d'une médicalisation hospitalière, l'état de santé est désormais le seul critère d'admission.

Entre 1880 et 1890, les progrès considérables de la pharmacie et de l'analyse chimique donnent naissance à une médecine de laboratoire. La loi du 22 décembre 1941 crée un plan général d'organisation hospitalière avec toujours une priorité aux indigents, réaffirme le caractère d'établissement public de l'hôpital et met en place les directeurs d'hôpitaux.

La loi de 1941 n'entrera en application qu'à la fin de la seconde guerre mondiale. Ses apports principaux sont :

- tout malade a droit à un accès égalitaire aux soins, quelle que soit sa situation sociale ;
- l'hôpital acquiert une vocation véritablement sanitaire ;
- il devient établissement public autonome rattaché à une collectivité territoriale ;
- la commission administrative est présidée par le maire et comprend des médecins ;
- une commission consultative médicale est créée ;
- un renforcement du statut des personnels est mis en place: le personnel non médical commence à avoir quelques règles de statut. Il est recruté sur concours et nommé par le préfet ;
- un plan d'organisation générale hospitalière est mis en place par le ministre chargé de la santé.

Le secteur public crée de nombreux établissements pour satisfaire les besoins des disciplines classiques et des disciplines plus spécifiques : maladies mentales, tuberculose, cancer, ou le développement de la rééducation fonctionnelle. Le secteur privé prend aussi son essor avec les établissements privés à but non lucratif soucieux de

solidarité et d'intérêt public (ex clinique croix rouge) et les établissements à but lucratifs axés sur le profit qui ont pu connaître un fort développement grâce à la naissance de la sécurité sociale en 1945.

En quinze ans, le capital humain s'est considérablement développé quantitativement et qualitativement grâce à un effort important de formation initiale et continue. Le statut juridique du personnel hospitalier est mis en place en 1955. Les usagers, à la fois financeurs et consommateurs, sont de plus en plus attentifs à la qualité des prestations.

Afin d'éviter les dérives des promoteurs mais surtout une concurrence médicale trop importante, forcément néfaste, est mis en place en 1958 une procédure de coordination autorisant le ministre de la santé à s'opposer à toute création de lits publics ou privés dès lors que les besoins de la circonscription sanitaire sont satisfaits.

Les ordonnances de 1958, inspirées par le Pr Debré créent le temps plein hospitalier et les CHRU. L'hôpital ajoute ainsi à ses missions naturelles une mission d'enseignement et de recherche, ce qui aboutit à la création des médecins hospitalo-universitaires.

La loi du 31 décembre 1970 (loi Boulin) :

- institue la participation du personnel à la gestion de l'établissement ;

- institue une carte sanitaire (supprimée en 2005) ayant pour objet de définir pour chaque région sanitaire et pour chaque secteur sanitaire, la nature, l'importance et l'implantation des installations, comportant ou non hospitalisation, nécessaires pour répondre aux besoins sanitaires de la population. Cette carte sert de base à la planification des équipements et oriente la politique hospitalière dans le double souci d'utiliser aux mieux les équipements existants et de corriger les inégalités d'une région à l'autre ;

- crée le service public hospitalier. Il est assuré par les hôpitaux publics et les structures privés qui souhaitent y participer. Ce service public a en charge les activités de soins, d'enseignement, de recherche et de prévention.

Les années 1970 connaissent une évolution des conceptions d'hospitalisation vers des structures plus légères. Ce sont les alternatives à l'hospitalisation classique : hôpitaux de jour, de nuit, HAD, l'ambulatoire, etc... De plus, la chute de la croissance (chocs pétroliers) provoque elle une prise de conscience de la liaison entre la santé et l'économie et pose le problème de la maîtrise des dépenses de santé. L'hôpital public,

dont les recettes augmentent au rythme des dépenses, devient le principal responsable, en raison de son gigantisme, du déséquilibre financier de la sécurité sociale.

De 1990 à nos jours de nombreuses réformes ont vu le jour. La loi n° 2004-810 du 13 août 2004<sup>54</sup> relative à l'assurance maladie a eu pour but d'améliorer le fonctionnement du système de soins et du système de protection sociale, ajuster les conditions de prise en charge et agir sur les recettes. Elle a notamment permis la mise en place du parcours de soins coordonnés et donc la nécessité de déclarer un médecin traitant ainsi que la création du dossier médical personnel. Ces deux points étant dans le but d'améliorer la coordination des soins. Cette loi a également permis la création de la Haute Autorité de Santé (HAS), la HAS se voit confier l'évaluation scientifique des pratiques médicales et des processus diagnostiques et thérapeutiques. Cette loi, ayant aussi pour objectif de maîtriser le coût des dépenses de santé, instaure une contribution forfaitaire sur les actes médicaux et les actes de biologie qui est fixée à 1 euro dans la limite d'un plafond annuel de 50 euros.

Dans la continuité de cette loi de réforme de la sécurité sociale, la loi hôpital, patient, santé, territoire (HPST) a été votée en 2009<sup>55</sup>. Les points essentiels de cette réforme sont de:

- mieux coordonner les actions des établissements de santé pour répondre aux besoins de la population ;
- répartir de façon plus égalitaire l'offre de soins sur le territoire ;
- développer une politique de prévention et de santé publique ;
- définir les missions et moyens des agences régionales de santé (ARS).

Les ARS constituent l'innovation principale de ce texte; la clé de voûte du système. Ces nouvelles instances déclinent à l'échelle régionale les objectifs de la politique nationale de santé.

---

<sup>54</sup> Loi n°2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n°190 du 17 août 2004, version consolidée au 26 février 2010, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr); [www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004](http://www.securite-sociale.fr/Presentation-de-la-reforme-de-l-Assurance-maladie-de-2004)

<sup>55</sup> Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n°0167 du 22 juillet 2009, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr); DUPUY Marion, Les nouvelles missions du pharmacien d'officine apportées par la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire, illustrées par l'entretien pharmaceutique des patients insuffisants respiratoires, Rouen, 2014

## 2. Schéma global de la prise en charge des malades

Toutes les études internationales classent le système français parmi les tous premiers du monde en termes de résultats. La synergie forte entre le système de santé et la protection sociale permet aujourd'hui à la quasi totalité des français de bénéficier d'un accès à des soins de proximité et de qualité. Le système français est également l'un des plus généreux en termes de prise en charge, ce qui en fait un modèle souvent envié mais se paye au prix d'un poids important dans le produit intérieur brut (11%).

Le système de santé français est de type Bismarckien. Ce modèle est fondé sur la relation salariale :

- un système d'assurances sociales obligatoires pour une partie ou l'ensemble des travailleurs ;
- l'affiliation conditionnée à l'exercice d'une profession ;
- le financement par le biais de cotisations sociales payées par les employeurs et les salariés ;
- l'ouverture de droits aux prestations qui dépend de la qualité de cotisant de la personne ou de la qualité d'ayant-droits ;
- la gestion des caisses d'assurances maladie est assurée par les partenaires sociaux et est centralisée.

Ce modèle se caractérise par une offre de soins mixtes (public et privé), il y a de multiples payeurs, le choix du médecin par le patient est libre<sup>56</sup> et le médecin a un statut libéral.

Le système français, qui concilie couverture sociale et approche libérale, a su s'adapter aux évolutions de ces dernières décennies et acquérir au fil des ans de nombreux savoir-faire. Cependant il est aujourd'hui remis en question face au déficit de la sécurité sociale.

---

<sup>56</sup> Même si un parcours de soin avec désignation d'un médecin traitant a été mis en place avec la loi n°2004-1370 du 20 décembre 2004 et loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009



### 3. Les fonctions du système de soins français

#### 3.1 Les soins hospitaliers

##### 3.1.1 Généralités

Le système de santé français s'appuie sur une organisation pluraliste de l'offre de soins. Celle-ci repose dans le secteur hospitalier sur la coexistence d'acteurs publics et privés, il y a trois types d'établissements : les hôpitaux publics, les hôpitaux privés à but non lucratif et les établissements privés à but lucratif plus communément appelés cliniques.

L'ensemble des établissements de soins, publics comme privés, a des missions d'intérêt général communes. Elles sont de quatre ordres : prodigation des soins, information du patient, mission de santé publique, évaluation et analyse de l'activité.

L'hôpital, en France, remplit différentes fonctions. La première est l'accès aux soins. L'hôpital a l'obligation de prendre en charge tous les malades sans aucune discrimination. L'accueil de ces malades est assuré 24 heures sur 24 et tous les jours de l'année. Toute personne qui se présente en situation d'urgence, même sans attestation, sera prise en charge si son état de santé l'exige.

Une des autres missions est la prévention. En accueillant plusieurs millions de personnes par an, l'hôpital est un lieu majeur pour le dépistage de maladies. Il a aussi un rôle de prévention et d'information auprès des patients.

L'hôpital est un lieu de soins : diagnostic, traitement et urgences. Grâce au service des urgences et aux équipes médicales en astreinte il y a toujours une continuité des soins.

Les hôpitaux se doivent d'assurer également une qualité dans les soins, cela passe par des processus d'accréditation de la Haute Autorité de Santé.

L'hôpital joue enfin un rôle dans la formation universitaire des médecins, pharmaciens et dentistes et dans la recherche au travers des 29<sup>57</sup> Centres Hospitalo-universitaires.

##### 3.1.2 Les établissements publics

Les 931<sup>58</sup> établissements publics de santé regroupent la majorité de l'activité avec 62,5% des lits et près de 60% de la prise en charge ambulatoire. Ces établissements

---

<sup>57</sup> [www.reseau-chu.org/mieux-connaître-les-chu/chu-ou-chru/](http://www.reseau-chu.org/mieux-connaître-les-chu/chu-ou-chru/)

dépendent d'une collectivité territoriale ou ont une autonomie de gestion et sont sous contrôle de l'Etat. Parmi ces établissements publics on distingue les Centres Hospitaliers Régionaux (CHR) et les Centres Hospitaliers Généraux (CHG).

On compte 33 CHR qui dispensent des soins spécialisés pour la population locale. Ils représentent 35% de l'activité du secteur public. Ils sont implantés dans des agglomérations ou des grandes villes. La plupart ont aussi le statut de Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU).

Les CHG quant à eux sont au nombre de 789 et assurent la majorité de la prise en charge de jour du secteur public. Ils ont le rôle d'établir des diagnostics et de dispenser des soins liés aux affections aiguës en médecine, obstétrique et chirurgie. Ils assurent aussi des soins de suite et réadaptation et de longue durée, certains sont spécialisés en psychiatrie.

### **3.1.3 Les établissements privés**

Dans les établissements privés on distingue ceux à but lucratif et ceux à but non lucratif.

Les établissements à but lucratif possèdent plus de 98 545 lits. On compte 1030<sup>59</sup> cliniques qui sont des sociétés commerciales avec des capitaux propres et soumises à un régime juridique de droit privé. Les praticiens y exercent une activité libérale. Dans la mesure où elles doivent répondre aux objectifs sanitaires d'un territoire, les cliniques sont également soumises au système d'autorisation préalable des pouvoirs publics pour toute création, extension etc. Dans les cliniques privées conventionnées, le patient est remboursé aux taux normaux. Dans les établissements non conventionnés en revanche, il peut être remboursé à un taux inférieur. Les cliniques préfèrent souvent assurer des soins qui sont rémunérateurs, la chirurgie est souvent programmée et elles laissent les soins d'urgence au secteur public. Le délai d'accès aux examens et aux consultations est en général moins long dans le secteur privé lucratif.

Les établissements privés à but non lucratifs représentent 699<sup>43</sup> structures pour 58 137 lits. Ils assurent une prise en charge globale des malades au niveau sanitaire, social et

---

<sup>58</sup> [www.insee.fr/fr/themes/tableau](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau)

<sup>59</sup> [www.insee.fr/fr/themes/tableau](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau)

médico-social. Généralement administrés par des associations, sociétés mutualistes ou fondation, ces établissements bénéficient d'une autonomie de gestion. Ils suivent néanmoins un mode de financement semblable aux hôpitaux publics et obéissent aux mêmes obligations de prise en charge des patients. En plus des structures de soins infirmiers à domicile ou d'hébergement des personnes âgées dépendantes, le secteur privé non lucratif assure une grande partie de l'offre d'hospitalisation à domicile. Il existe une catégorie particulière dans ces établissements ce sont les 19 centres de lutte contre le cancer. Ce sont des établissements de santé hospitalo-universitaire, ils ont la triple mission de soins, de recherche et d'enseignement, axée sur le cancer.

#### ***3.1.4 Les alternatives à l'hospitalisation et les établissements spécialisés***

Les malades atteints de troubles mentaux ou de souffrances psychiques ont besoin de structures particulières pour leur prise en charge. Le dispositif psychiatrique public est organisé en secteurs psychiatriques afin d'assurer une prise en charge en établissement ou à domicile, adapté aux besoins des différents profils de patients : adultes, personnes en centre de rétention, enfants et adolescents. Le système de prise en charge est double entre l'hôpital et les soins ambulatoires. En France on compte 90<sup>60</sup> centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie et 140 établissements privés de lutte contre les maladies mentales. Les soins ambulatoire et à domicile, ainsi que les actions de prévention sont en grande partie effectués par les centres médico-psychologiques.

En ce qui concerne les personnes âgées dépendantes il existe des alternatives à l'hospitalisation. Ce sont des structures du domaine sanitaire et médico-social pour la prise en charge de ces patients à temps complet ou partiel, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Ils sont rattachés ou non à un établissement de soins, appartiennent au secteur privé ou public. Les personnes âgées y sont admises au regard de leur état de santé et de leur degré d'autonomie. Il existe des accueils plus ponctuels de jour ou de nuit pour soulager les aidants qui s'occupent d'une personne âgée dépendante ou atteinte de la maladie d'Alzheimer.

---

<sup>60</sup> [www.insee.fr/fr/themes/tableau](http://www.insee.fr/fr/themes/tableau)

Ces dernières années des alternatives à l'hospitalisation traditionnelle se sont développées. Les patients peuvent notamment bénéficier de services de soins infirmiers à domicile pour une surveillance médicale et des soins d'hygiène et paramédicaux. L'ensemble de ses prestations est pris en charge, tout ou en partie, par la sécurité sociale. Cela permet aux personnes âgées dépendantes de rester à leur domicile plus longtemps.

### 3.2 Les soins ambulatoires

Ces soins ambulatoires reposent sur les professionnels de santé médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, sages-femmes.

La médecine de ville est aussi appelée médecine ambulatoire, elle se compose des généralistes et des spécialistes. En 2013, les médecins français en activité sont près de 220 000<sup>61</sup>. La médecine ambulatoire regroupe 60% des praticiens en activité.

Les médecins peuvent exercer sous condition d'obtenir un diplôme. Le nombre de médecins en formation est fixé par un quota annuel connu sous le nom de *numerus clausus*. Il est fixé chaque année par arrêté ministériel et évolue en fonction des besoins de santé de la population. Sur l'ensemble des universités françaises, environ 7 500 étudiants sont autorisés à poursuivre leurs études à l'issue des épreuves de fin de première année. Les études de médecine se déclinent en trois cycles et durent en général 10 ans. A l'issue du concours d'internat en fin de deuxième cycle, les étudiants choisissent leurs disciplines en fonction de leur classement et de leurs préférences : les généralistes suivent un dernier cycle de trois ans, les spécialistes un cycle de cinq ans en moyenne.

Ils peuvent exercer seuls ou en association, avec une liberté de choix du lieu d'installation et sont une profession libérale, salariée ou mixte.

Les patients peuvent choisir librement leurs médecins, le généraliste est souvent le premier interlocuteur et il oriente vers les spécialistes. Depuis 2005 et la loi de réforme

---

<sup>61</sup> Le système de santé en France, GIP Santé Protection Sociale Internationale, 2013

de l'assurance maladie<sup>62</sup>, tout assuré de 16 ans et plus est incité à choisir un médecin traitant pour la consultation de premier recours, généraliste ou spécialiste<sup>63</sup>.

### 3.3 Les médicaments

Le pharmacien est le professionnel du médicament. De nationalité française ou européenne<sup>64</sup> et titulaire d'un diplôme d'État de docteur en pharmacie, il est inscrit au tableau de l'instance ordinaire de la profession, l'Ordre des pharmaciens<sup>65</sup>. Cette organisation définit un code de déontologie<sup>66</sup> afin de garantir l'indépendance, ainsi que le respect des devoirs de la profession. Le pharmacien est notamment tenu au secret professionnel.

Du fait des risques inhérents à sa consommation, le médicament évolue sur un marché strictement encadré et l'ensemble des acteurs du secteur est soumis à des réglementations rigoureuses. Doté d'un statut juridique spécifique inscrit dans le Code de la santé publique, il fait l'objet d'une vigilance particulière visant à garantir sa qualité, son efficacité et son innocuité. Certains médicaments dédiés à des pathologies bénignes sont délivrés sans ordonnance et rentrent dans le champ de l'automédication. Mais la grande majorité des spécialités pharmaceutiques exige la prescription d'un professionnel de santé : médecins, chirurgiens-dentistes, vétérinaires ou sages-femmes. Afin de garantir une sécurité optimale d'emploi des médicaments, la délivrance est soumise à des restrictions relatives à la date et à la durée de prescription, ainsi qu'à la quantité délivrée. Certains médicaments relevant du régime des substances vénéneuses sont ainsi classés en listes (I, II et stupéfiants).

---

<sup>62</sup> [vosdroits.service-public.fr/particuliers/F163.xhtml](http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/F163.xhtml) et cf. II.6.1

<sup>63</sup> Le projet de loi de santé de Marisol Touraine, adopté à l'Assemblée Nationale le 14 avril 2015, prévoit la possibilité de désigner un médecin traitant pour les enfants de moins de 16 ans, [www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante](http://www.gouvernement.fr/action/la-loi-de-sante)

<sup>64</sup> Il existe des dérogations aux conditions de nationalité. L'exercice est subordonné à autorisation ministérielle dans certains cas (art L4221-14-1, art L4221-9 et 10, art L4221-12 et 13)

<sup>65</sup> [www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)

<sup>66</sup> Articles R.4235-1 à R.4235-77 du code de la santé publique

### 3.4 La prévention

L'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES)<sup>67</sup>, placé sous la tutelle du ministère chargé de la santé, est chargé de mettre en œuvre les politiques de prévention et d'éducation pour la santé fixées par le gouvernement. L'Institut conçoit et met en œuvre de nombreuses campagnes de prévention sur de grandes priorités de santé publique (plan Cancer, prévention de la grippe saisonnière etc. ).

Au cours des dernières années, la mise en place d'une politique nutritionnelle est apparue comme une priorité en France. C'est pourquoi le Programme National Nutrition Santé (PNNS)<sup>68</sup> a été initié en 2001 et prolongé en 2006 (nous en sommes au PNNS 3 pour 2011-2015). Il a pour objectif d'améliorer l'état de santé de la population en agissant sur l'un des déterminants majeurs : la nutrition. Ce plan comprend une dizaine d'objectifs, regroupés selon 4 axes :

- réduire l'obésité et le surpoids dans la population ;
- augmenter l'activité physique et diminuer la sédentarité à tous les âges ;
- améliorer les pratiques alimentaires et les apports nutritionnels ;
- réduire la prévalence des pathologies nutritionnelles.

Malgré ces exemples d'efforts dans la prévention en France, cela n'est pas ancré dans la culture latine de notre pays et il reste des efforts à faire. Le développement de la prévention permettrait d'améliorer la santé des français et d'investir dans la prévention pour faire des économies dans l'avenir.

## 4. Les acteurs de l'assurance santé

En 2014<sup>69</sup>, les prestations maladie ont pour objectif de représenter 169,8 milliards d'euros de dépenses, se répartissant en 81,1 milliards pour les soins de ville, 75,5 milliards pour les établissements de soins et le reste pour les indemnités journalières.

---

<sup>67</sup> L'Institut national de prévention, de veille et d'intervention en santé publique, créée par la loi de santé publique et effectif au premier semestre 2016, est issu de la fusion de l'Institut de veille sanitaire (INVS), de l'INPES et de l'Etablissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRVS)

<sup>68</sup> [www.mangerbouger.fr/pnns](http://www.mangerbouger.fr/pnns) et [www.sante.gouv.fr/nutrition-programme-national-nutrition](http://www.sante.gouv.fr/nutrition-programme-national-nutrition)

<sup>69</sup> Loi de financement de la sécurité sociale 2014, [www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la\\_lfss\\_2014\\_en\\_chiffres.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/la_lfss_2014_en_chiffres.pdf)

## 4.1 La sécurité sociale

En charge de la gestion de la branche maladie de la sécurité sociale, l'Assurance Maladie repose sur trois principes fondateurs : l'égalité d'accès aux soins, la solidarité et la qualité des soins. Elle s'est progressivement étendue à toutes les catégories socio-professionnelles et aux populations les plus démunies avec la création de la couverture maladie universelle (CMU)<sup>70</sup>. Par ailleurs, la couverture de l'assuré social s'étend à ses ayants-droits<sup>71</sup>. Une grande partie de la population bénéficie ainsi d'une couverture maladie.

Placés sous la tutelle de l'Etat, les différents régimes d'assurés sociaux participent à la mise en œuvre de l'assurance maladie obligatoire. Le régime général de la sécurité sociale couvre près de 90% de la population, il est géré par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. Le Régime Social des Indépendants couvre 6% de la population, la Mutualité Sociale Agricole 5%. Les différents régimes spéciaux couvrent le risque maladie et professionnel de catégories professionnelles spécifiques. Par simplification nous parlerons essentiellement par la suite du régime général en citant l'Assurance Maladie dans nos exemples.

Le remboursement des dépenses de soins s'effectue dans une relation triangulaire : le patient avance les frais médicaux, le professionnel de santé perçoit ses honoraires à l'issue de la consultation et la caisse d'assurance maladie d'affiliation rembourse l'assuré à un taux variable. De plus en plus, le mécanisme du tiers payant s'étend aux soins

---

<sup>70</sup> Loi n°99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

<sup>71</sup> [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

La qualité d'ayant droit peut être reconnue

- aux conjoints (Il s'agit de l'épouse ou de l'époux légitime de l'assuré(e) social, même séparé de corps mais non divorcé, s'il n'exerce pas d'activité ou s'il ne bénéficie pas lui-même d'un régime obligatoire de sécurité sociale à un autre titre (pension d'invalidité, etc.))

- aux concubins (Il s'agit de la personne vivant maritalement avec l'assuré social, et qui est à sa charge totale, effective et permanente)

-aux partenaires liés par un PACS (Il s'agit de la personne liée à un assuré social par un Pacte civil de solidarité (PACS))

- aux enfants (Les enfants, qu'ils soient légitimes, naturels, reconnus ou non, adoptés ou recueillis et qui sont à la charge de l'assuré social (ou de son conjoint, concubin ou partenaire PACS) sont considérés comme ayants droit jusqu'à 16 ans ou jusqu'à 20 ans s'ils poursuivent des études, ou s'ils sont dans l'impossibilité de travailler par suite d'infirmité ou de maladie chronique ou jusqu'à la fin de l'année scolaire au cours de laquelle ils ont 21 ans s'ils ont interrompu leurs études pour cause de maladie), aux ascendants, descendants, alliés et collatéraux (Il s'agit des ascendants, descendants, collatéraux et alliés jusqu'au 3ème degré, à condition qu'ils vivent sous le toit de l'assuré social et qu'ils se consacrent aux travaux du ménage et à l'éducation d'au moins deux enfants de moins de 14 ans à la charge de l'assuré social.),aux cohabitants à charge (C'est-à-dire toute personne vivant chez l'assuré social depuis au moins 12 mois, et qui est à sa charge totale, effective et permanente.

Une seule personne peut être ayant droit d'un assuré social à ce titre.

ambulatoires et évite au patient d'avancer les frais. Les prestations couvertes concernent les frais de médecine, les dépenses de produits pharmaceutiques, les examens et analyses médicales, l'hospitalisation et le transport sanitaire.

Depuis 1997, le parlement vote la loi de financement de la sécurité sociale qui fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Le mode de financement de l'Assurance Maladie repose essentiellement sur les cotisations sociales prélevées sur les revenus d'activité professionnelle. Les cotisations représentent 47% des ressources de la branche maladie. Les employeurs cotisent à 12,80% et les salariés à 0,75%. Depuis 1991 a été créée la CSG, qui étend les prélèvements aux revenus du patrimoine et du capital avec des taux différents pour chaque catégorie. Enfin certains impôts et taxes financent aussi ces dépenses, comme les taxes appliquées à l'alcool, au tabac, aux automobiles ou aux médicaments.

#### 4.2 Les assurances complémentaires

Le ticket modérateur qui reste à charge pour le patient après remboursement par l'assurance maladie peut être encore élevé et obliger les patients à renoncer à des soins. Les assurances complémentaires sont donc souvent nécessaires pour ne pas laisser à la charge du malade des dépenses qu'il ne pourrait supporter.

En France il existe une couverture appelée Couverture Maladie Universelle Complémentaires (CMU-C)<sup>72</sup> qui est gratuite sous conditions de ressources. Celle-ci prend en charge le ticket modérateur et le forfait hospitalier ainsi que dans certaines limites des dépassements fixés pour des soins dentaires, l'optique et certains dispositifs médicaux. Il existe également une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les personnes dont les revenus sont légèrement au dessus de ceux de la CMU-C. C'est une aide pour le paiement d'un contrat de santé souscrit à titre individuel.

Par ailleurs dans la majorité des cas, les patients payent le contrat de santé eux-mêmes, les organismes complémentaires les plus fréquents sont les mutuelles avec 56%<sup>73</sup> du marché. On compte 500 mutuelles environ en France et la quasi totalité est

---

<sup>72</sup> [www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-complementaire/une-complementaire-sante-gratuite.php](http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/cmu-et-complementaires-sante/cmu-complementaire/une-complementaire-sante-gratuite.php)

<sup>73</sup> Le système de santé en France, GIP Santé Protection Sociale Internationale, 2013



regroupée dans la Mutualité française. Ce sont des organismes non lucratifs, elles ne pratiquent pas de discrimination en fonction de l'état de santé de la personne. Les mutuelles financent une couverture sociale complémentaire, des actions de prévoyance au moyen de cotisations dont le montant est indépendant des caractéristiques individuelles des adhérents.

Les organismes de prévoyance sont également des organismes privés à but non lucratif. Ils représentent 17%<sup>57</sup> du marché. Ils gèrent des contrats d'assurance de personne à caractère collectif, dans le cadre de l'entreprise ou de la branche professionnelle. Le conseil d'administration est constitué à parts égales de représentants des salariés et des employeurs et doit définir et mettre en œuvre les garanties dans l'intérêt exclusif des salariés. Ils interviennent aussi dans d'autres champs assurantiels.

Enfin les sociétés d'assurance représentent 15%<sup>74</sup> des organismes. Elles sont par contre à but lucratif contrairement aux autres organismes. Les garanties de remboursement varient selon les contrats : prise en charge du ticket modérateur seul, remboursement total ou partiel des frais laissés à la charge de l'assuré (au-delà des tarifs conventionnels).

### 4.3 Les patients

Les patients financent eux-mêmes le système par les primes qu'ils versent aux complémentaires et les taxes et cotisations qui financent l'assurance maladie.

Il y a très peu de personnes qui ne sont pas affiliées à une caisse d'assurance maladie et 98%<sup>75</sup> de personnes ont une assurance complémentaire. 78% des dépenses courantes de soins et de biens médicaux sont financées par l'assurance maladie et 13,5% par les complémentaires, le reste par le patient. Le reste à charge pour les patients est surtout du fait des soins de ville et des médicaments, et peu pour l'hôpital.

Cependant malgré ces bons chiffres 25,7% de la population a déclaré avoir renoncé à des soins en 2012 et ceci pour des raisons financières<sup>76</sup>.

---

<sup>74</sup> Le système de santé en France, GIP Santé Protection Sociale Internationale, 2013

<sup>75</sup> [www.insee.fr](http://www.insee.fr)

<sup>76</sup> Le renoncement aux soins pour raisons financières, étude de l'IRDES, [www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf](http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf)

## 5. Le rôle de l'état

En France et à la différence des Etats-Unis, le système est largement piloté par les pouvoirs publics. Même si différents organismes et administrations participent à sa gestion, en particulier l'Assurance Maladie, l'Etat reste garant de la cohérence des mécanismes de prise en charge et de redistribution. Les compétences de l'Etat en matière de santé publique et de régulation de l'offre de soins sont répartie en deux échelons institutionnels et territoriaux : le niveau central et le niveau local.

Garant de l'amélioration de l'état de santé de la population, l'Etat joue un rôle primordial dans la planification et l'organisation de l'offre des biens et des prestations sanitaires. Il intervient directement dans le financement et la production de soins. Afin de répondre aux attentes et besoins de la population, il favorise une couverture homogène du territoire et une interaction efficace des différents acteurs du secteur. De manière directe ou par l'intermédiaire de structures spécialisées, l'Etat assume un large éventail de responsabilités, parmi lesquelles :

- la définition des politiques générales de santé publique sur la prévention, la veille sanitaire ainsi que la lutte contre les maladies et les dépendances (tabac, drogues, alcool) ;
- l'organisation et la supervision de l'ensemble du système de santé et des organismes de soins ;
- la formation des professionnels de santé et l'accréditation des établissements de santé ;
- le soutien financier aux investissements des établissements de santé et la fixation de leurs dotations de fonctionnement ;
- l'encadrement et la tutelle des organismes d'assurance maladie (obligatoires et complémentaires).

Pour veiller au bon fonctionnement du système et à la qualité optimale des soins, l'Etat exerce également des contrôles à plusieurs niveaux : financement et allocation des ressources, industrie du médicament, respect des normes de qualité, relations

médecins-patients, etc. L'action régalienne s'effectue à deux niveaux distincts, celui du parlement et du gouvernement.

Le parlement détermine le budget prévisionnel et les conditions de fonctionnement de la sécurité sociale par vote de la loi de financement de la sécurité sociale. Celle-ci définit l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)<sup>77</sup>, comme nous l'avons vu. L'ONDAM donne les grandes orientations sanitaires et les modalités de mise en œuvre des nouvelles dispositions de fonctionnement et de régulation. Le déficit du régime général et du fonds de solidarité vieillesse en 2013 est de 16,2 milliards d'euros.

Le deuxième niveau d'action est le gouvernement. Au niveau national, les ministères en charge des affaires sociales et de la santé<sup>78</sup> participent à la gestion de l'offre de soins. Ils interviennent par le biais de quatre directions administratives :

- la Direction Générale de la Santé, en charge des politiques de santé publique, de la veille et de la sécurité sanitaire ;
- la Direction Générales de l'Offre de Soins, responsable de la gestion des ressources et des moyens du système ;
- la Direction de la Sécurité Sociale, chargée de l'élaboration et de la mise en œuvre de la politique relative à la Sécurité Sociale. Elle assure la tutelle des organismes de sécurité sociale ;
- la Direction Générale de la Cohésion Sociale, qui traite des questions sanitaires et sociales spécifiques telles que la politique familiale, le handicap, l'égalité homme-femme, l'exclusion sociale et les personnes en situation de précarité.

Le ministère de la santé est compétent en matière de financement et de régulation. Il répartit les dépenses prévisionnelles et fixe les tarifs des prestations de santé. En plus d'élaborer des programmes nationaux dans des domaines sanitaires prioritaires, il définit une série de normes de fonctionnement comme le nombre annuel d'étudiants en médecine (*numerus clausus*) ou le taux d'équipement des hôpitaux en lits et en matériels onéreux.

Le ministère du budget est associé à toutes les décisions et aux mécanismes de contrôles relatifs à la maîtrise des coûts du système de santé.

---

<sup>77</sup> Loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr) ; ONDAM 2015, [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr)

<sup>78</sup> [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

Le gouvernement s'appuie aussi sur la Haute Autorité de santé (HAS) - autorité publique indépendante à caractère scientifique - dont les missions sont liées à la qualité des services rendus. En plus de veiller au renforcement de la qualité des services de soins et à la maîtrise des dépenses de santé, la HAS favorise également la concertation entre les acteurs du système de santé et participe ainsi à la promotion des bonnes pratiques pour les professionnels et les usagers.

Depuis plusieurs années, l'organisation et la gestion du système de santé tendent à se déconcentrer. Davantage de responsabilités sont aujourd'hui dévolues au niveau territorial et plus particulièrement à l'échelon de la région. Avant l'entrée en vigueur en 2010 de la loi HPST, les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), les directions départementales des affaires sanitaires et sociales (Ddass) et les directions régionales des affaires sanitaires et sociales (Drass) constituaient l'architecture institutionnelle assurant la mise en œuvre des politiques sociales, sanitaires et médico-sociales ainsi que la gestion efficiente de l'offre de soins au niveau local. Depuis 2010 ces structures ont disparues et les agences régionales de santé (ARS) constituent désormais le pivot de l'organisation et de la gestion du système de santé au niveau régional.

Plus indirectement l'Etat intervient à travers des organismes qui se sont multipliés au cours des vingt-cinq dernières années. L'Etat assigne une mission à chacune des structures suivantes : l'agence de la biomédecine<sup>79</sup>, l'Agence Nationale de Sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES)<sup>80</sup>, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM)<sup>81</sup>, l'Etablissement Français du Sang (EFS)<sup>82</sup>, la Haute Autorité de Santé (HAS)<sup>83</sup>, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES)<sup>84</sup>, l'Institut de Veille Sanitaire (InVS)<sup>85</sup> et l'Institut de Radioprotection et de Sûreté Nucléaire (IRSN)<sup>87</sup>.

---

<sup>79</sup> [www.agence-biomedecine.fr](http://www.agence-biomedecine.fr)

<sup>80</sup> [www.anses.fr](http://www.anses.fr)

<sup>81</sup> [ansm.sante.fr](http://ansm.sante.fr)

<sup>82</sup> [www.dondusang.net/rewrite/site/37/etablissement-francais-du-sang.htm?idRubrique=756](http://www.dondusang.net/rewrite/site/37/etablissement-francais-du-sang.htm?idRubrique=756)

<sup>83</sup> [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

<sup>84</sup> [www.inpes.sante.fr](http://www.inpes.sante.fr)

<sup>85</sup> [ww.invs.sante.fr](http://ww.invs.sante.fr)

<sup>86</sup> Op. cit. note 55 p. 65

<sup>87</sup> [www.irsn.fr](http://www.irsn.fr)

## 6. Caractéristiques du système de soins

### 6.1 L'accès

Les patients sont assez libres en France au niveau de l'accès au système. En effet ils peuvent choisir n'importe quel médecin sans restriction contrairement à certains HMO ou à d'autres systèmes comme en Grande-Bretagne où le médecin est imposé. Cette liberté permet au patient d'établir un lien de confiance avec un médecin qu'il aura choisi (cela est un peu moins vrai dans les zones de faible densité médicale).

Depuis 2005<sup>88</sup>, tout assuré de plus de 16 ans est incité à choisir un médecin traitant pour la consultation de premier recours, généraliste ou spécialiste. Dans les faits, le choix s'oriente vers le généraliste qui dispense les soins de première intention. En plus d'établir une relation durable et un rapport de confiance avec le patient, ce dispositif permet la mise en place d'un parcours de soins coordonné : après la première consultation, le médecin traitant oriente - si nécessaire - le malade vers un spécialiste. Des sanctions financières sont appliquées aux assurés en cas de consultation d'un médecin en dehors du parcours de soins et lorsqu'ils n'ont pas choisi de médecin traitant<sup>89</sup>.

Grâce à une meilleure diffusion de l'information et une coordination renforcée entre les différents praticiens, le patient évite la multiplication inutile d'examens de santé comme les prises de sang et les radiographies. Ce système permet également de lutter contre l'accumulation d'ordonnances et d'éviter le risque d'interactions médicamenteuses néfastes pour la santé du malade. Le dispositif du parcours de soins permet de responsabiliser le patient dans sa consommation de soins, de coordonner les acteurs de santé dans leurs prescriptions et contribue ainsi à la maîtrise des dépenses de santé. En dehors du parcours de soins coordonné, l'assuré n'est pas remboursé intégralement par l'assurance-maladie. En revanche, pour certaines spécialités comme la gynécologie, l'obstétrique, l'ophtalmologie ou la psychiatrie, la consultation directe du praticien n'est pas pénalisée financièrement. Il en va de même pour les situations d'urgence et d'éloignement géographique.

---

<sup>88</sup> Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

<sup>89</sup> [www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes.php](http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes.php)

## 6.2 Les prix

Globalement le prix des soins et des médicaments est assez bas par rapport aux autres pays européens, cela est principalement dû au contrôle de l'Etat sur le système.

### L'hôpital

Les prix à l'hôpital suivent le schéma de la prise en charge en partie par l'Assurance Maladie et le reste peut être pris en charge par une complémentaire.

Par ailleurs il existe un forfait hospitalier<sup>90</sup> qui représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement et d'entretien entraînés par son hospitalisation. Le montant de ce forfait est fixé par arrêté ministériel. Depuis 2010 il est de 18 euros par jour en hôpital ou en clinique et de 13,50 euros dans les services psychiatriques des établissements de santé. Ce forfait peut éventuellement être pris en charge par les complémentaires. Les femmes enceintes, les bénéficiaires de la CMU et certaines autres personnes sont exonérées de ce forfait.

Le montant des dépenses hospitalières du secteur public est réparti en dotations régionales, elles-mêmes réparties par l'ARS. Par ailleurs l'Etat apporte son soutien à l'investissement hospitalier par des plans de financements pluriannuels de plusieurs milliards d'euros. Jugé déséquilibré et non représentatif de l'activité des établissements, l'ancien système d'allocation a été remplacé par la tarification à l'activité (T2A) qui tient d'avantage compte de l'activité et du dynamisme de l'établissement. L'une des mesures phares de la loi de financement de la sécurité sociale de 2014<sup>91</sup> a été d'engager la réforme du financement des hôpitaux, suite à certaines critiques vis-à-vis de la T2A (actes inutiles pour encaisser des ressources, sélection des malades selon que leur maladie « rapporte » peu ou beaucoup etc.). Une des pistes est de privilégier les parcours de soins et de mieux coordonner les intervenants autour des malades chroniques ou âgés et d'expérimenter une « tarification au parcours ». La question du financement est malgré tout un obstacle car il existe une enveloppe pour la ville et une

---

<sup>90</sup> [www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-forfait-18-euros/les-actes-concernes.php](http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-forfait-18-euros/les-actes-concernes.php)

<sup>91</sup> Loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

pour l'hôpital. Il peut donc y avoir des difficultés à financer ce « parcours » qui est transversal entre la ville et l'hôpital.

Dans le même sens la loi de financement de la sécurité sociale<sup>92</sup> de 2015 va privilégier l'efficacité dans la dépense hospitalière et instaure des groupements hospitaliers de territoire (GHT) qui remplacent les Communautés hospitalières de territoire et qui ont pour objectif de rationaliser les modes de gestion des établissements en mettant en commun des fonctions et des activités.

### Les soins ambulatoires

Le financement des soins de ville (honoraires, prescription de médicaments et autres services médicaux, indemnisation d'arrêts de travail) représente 46,5% des dépenses de l'Assurance Maladie. Dans le respect des principes libéraux, l'État a progressivement mis en place des dispositifs pour encadrer ces dépenses, dans une logique d'usage maîtrisé des ressources nationales de santé et une exigence de qualité des soins. Les rapports entre les caisses d'assurance maladie et chaque profession participant au service public de santé obéissent à un système conventionnel. Conclues pour une durée de cinq ans entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladies (Uncam) et les organisations syndicales des professions médicales, les conventions médicales déterminent notamment les honoraires des actes médicaux et les compensations financières des médecins, les modalités de financement des actions de formation obligatoire et les particularités du parcours de soins.

Pour les médecins il existe plusieurs secteurs tarifaires. Dans le secteur 1 les médecins s'engagent à respecter le tarif réglementaire de 23 euros pour un généraliste et 28 euros pour un spécialiste sans dépassement d'honoraire. Le secteur 1 concerne les trois quarts des médecins. Le secteur 2 concerne le quart restant de médecins, des spécialistes principalement. Ils sont autorisés à effectuer des dépassements « avec tact et mesure ». Le patient est remboursé sur la base du tarif conventionnel sans tenir compte des dépassements.

Une consultation chez un généraliste de secteur 1 par exemple coûte 23 euros. Cela se décompose en 70% de remboursement par l'assurance maladie soit 16,10 euros moins 1 euro au titre de la participation forfaitaire et le reste correspond au ticket modérateur<sup>93</sup>.

---

<sup>92</sup> [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr)

<sup>93</sup> [ww.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-ticket-moderateur.php](http://ww.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/le-ticket-moderateur.php)

Les patients âgés de plus de 18 ans doivent acquitter une participation de 1 euro<sup>94</sup> pour toute consultation ou acte effectué par un médecin, ainsi que sur les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Là aussi, il existe des exceptions (CMU-C, enfant de moins de 18 ans, grossesse à partir du 6<sup>ème</sup> mois jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour après la date de l'accouchement).

### Les médicaments

Toute délivrance et prescription d'un médicament, même dans le cadre de l'automédication, est subordonnée à une décision administrative : l'autorisation de mise sur le marché (AMM)<sup>95</sup>, délivrée par la Commission européenne après avis de l'Agence européenne des médicaments (EMA)<sup>96</sup> ou par l'ANSM<sup>97</sup> dans le cadre d'une procédure nationale. L'AMM est délivré après une évaluation du rapport initial entre les bénéfices et les risques des médicaments.

Vient ensuite l'évaluation de l'Amélioration du Service Rendu (ASMR) et du Service Médical Rendu. Cette évaluation est réalisée par la Commission de Transparence. Cette commission fait partie de la Haute Autorité de Santé (HAS). Sur la base du dossier d'AMM au format CTD fourni par les laboratoires, elle évalue les spécialités pour lesquelles une inscription sur la liste des spécialités remboursables ou un agrément aux collectivités publiques est demandée. Elle fournit un avis sur l'intérêt d'un médicament en le comparant aux médicaments existants en évaluant l'ASMR et le SMR.

L'ASMR comprend 5 niveaux :

- ASMR I : progrès thérapeutique majeur ;
- ASMR II : amélioration importante en termes d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables ;
- ASMR III : amélioration modeste en termes d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables ;
- ASMR IV : amélioration mineure en termes d'efficacité thérapeutique et/ou de réduction des effets indésirables ;

---

<sup>94</sup> [www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/la-participation-forfaitaire-de-1-euro.php](http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/ce-qui-est-a-votre-charge/la-participation-forfaitaire-de-1-euro.php)

<sup>95</sup> [www.leem.org/article/les-prix-des-medicaments](http://www.leem.org/article/les-prix-des-medicaments)

<sup>96</sup> [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)

<sup>97</sup> [ansm.sante.fr](http://ansm.sante.fr)



- ASMR V : absence d'amélioration avec avis favorable à l'inscription.

Le SMR quant à lui est apprécié en tenant compte de l'efficacité et les effets indésirables (EI) du médicament, la place du médicament dans la stratégie thérapeutique, la gravité de l'affection à laquelle il est destiné, le caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux, son intérêt pour la santé publique.

Les niveaux de SMR sont : majeur ou important, modéré, faible, insuffisant pour justifier une prise en charge. Les médicaments sont inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux au vu de l'appréciation du SMR qu'ils apportent indication par indication. Les médicaments dont le SMR est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ne sont pas inscrits sur la liste. La décision relative à l'inscription est prise par le Ministre chargé de la Sécurité Sociale et de la Santé. L'inscription est accordée pour une période de 5 ans.

Le taux de remboursement est fixé par l'UNCAM (Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie) sur la base du niveau du SMR (important : 65%; modéré : 30% ; faible : 15% ; insuffisant : non remboursé) évalué par la Commission de Transparence.

La fixation du prix tient principalement compte de l'ASMR, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de ventes prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

Sur la base des éléments fournis par le laboratoire, le CEPS (Comité Economique des Produits de Santé)<sup>98</sup> a pour mission de fixer le prix des médicaments remboursables au niveau le plus avantageux possible pour la collectivité des assurés sociaux. Le prix fixé est accordé pour une période de 5 ans.

Ce circuit est valable pour les médicaments remboursables en ville. Pour les médicaments vendus à l'hôpital ceux-ci doivent être inscrit sur la liste des spécialités pharmaceutiques agréées à l'usage des collectivités et divers services publics<sup>99</sup>.

Le remboursement d'un médicament nécessite qu'il soit délivré sur prescription médicale. Une franchise médicale est déduite du remboursement par l'Assurance Maladie pour les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires.

Le montant de la franchise<sup>100</sup> est de :

---

<sup>98</sup> [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

<sup>99</sup> [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/medicaments-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/medicaments-2.pdf)

- 0,50 euro par boîte de médicaments (ou toute autre unité de conditionnement : flacon par exemple)

- 0,50 euro par acte paramédical

- 2 euros par transport sanitaire

Il y a un plafond annuel de 50 euros et journalier de 2 euros pour les actes paramédicaux et 4 euros pour les transports. Là encore il existe des cas d'exonération.

### 6.3 Les actes

La France a un système qui se caractérise par un paiement à l'acte, ce type de financement a tendance à faire augmenter les dépenses en matière de santé.

De plus les médecins sont libres de prescrire ce qu'ils veulent afin de soigner leurs patients. Depuis quelques années cependant les médecins sont incités à prescrire de manière à favoriser les génériques, qui constituent une économie, notamment en ayant l'obligation de prescrire en Dénomination Commune Internationale quand le générique existe.

Les assurés n'ont eux-mêmes pas de limitation dans leur consommation de soins. Cependant les mesures que nous avons citées auparavant incitent financièrement les assurés à modérer leurs dépenses et visent à les responsabiliser.

Le système de santé en France est donc caractérisé à la fois par un rôle prépondérant de l'Etat et par un système de couverture privée. L'égalité en matière de santé est également une valeur importante. Cependant cette égalité risque d'être menacée dans le futur face aux déficits que connaît la sécurité sociale, c'est donc pour cela que le système est amené à évoluer. La loi de santé publique, adoptée le 14 avril 2015 à l'Assemblée Nationale, va dans le sens de l'amélioration de l'accès aux soins pour les malades avec la généralisation du tiers payant. Un autre axe de la loi est d'améliorer la prévention, avec l'instauration d'un médecin traitant désigné pour les enfants ou encore l'amélioration de l'information nutritionnelle sur l'emballage des aliments grâce

à un logo et un code couleur. Ces deux points de la loi de santé publique rejoignent certaines idées d'amélioration du système français piochées dans celui des Etats-Unis et que nous allons développer dans la troisième partie de cette thèse.

### **III. L'expérience des HMO en France**

Après avoir décrit les systèmes de santé français et américain, voici une étude de ce que l'expérience des HMO peut donner en France. Nous allons décrire d'une part ce qui a déjà été réalisé dans ce domaine en France, notamment les réseaux de santé et d'autre part ce que l'on pourrait envisager comme amélioration de notre système de santé en essayant de tirer des enseignements des expériences menées aux Etats-Unis. Il ne s'agit pas de projeter le modèle américain sur celui de la France en parlant d'« américanisation » mais d'envisager une nécessaire modernisation en France. Nous mettrons en évidence les convergences et les spécificités des deux pays.

#### **1. Les Réseaux de santé**

Les réseaux de santé existent déjà en France, même s'ils se cantonnent à une partie très réduite du système de santé. Ils se rapprochent des HMO par de nombreux aspects et constituent une base de ce que la France pourrait mettre en place pour expérimenter les HMO dans son système de santé. Nous allons donc en faire une brève présentation.

##### **1.1 Historique et principes**

L'objectif des réseaux de soins est d'améliorer la prise en charge d'une pathologie ou d'un type de population. Son fondement est la coordination des professionnels qui s'engagent à assurer la continuité des soins et à améliorer leur qualité. L'objectif est aussi d'attirer des patients mal ou non soignés dans un système où les démarches sont plus aisées pour eux.

La naissance des réseaux a été favorisée, au début des années 1980, par la nécessité de mettre en place une prise en charge adaptée, qui n'existait pas ou n'était pas coordonnée dans des situations de grande précarité sanitaire et sociale, pour des maladies à incidence sociale (toxicomanie, SIDA, hépatite C etc.). Ces réseaux ont pour beaucoup fait l'objet de subventions ministérielles, régionales, départementales et municipales.

C'est la circulaire du 4 juin 1991 qui reconnaît officiellement l'existence des réseaux de santé. Le décalage qui existe entre l'apparition des réseaux de santé et leur

reconnaissance juridique vient du fait que le travail en réseau est généralement basé sur le bénévolat de leurs protagonistes et qu'il s'agit de nouvelles formes d'exercice de l'art médical conçu comme une alternative à une pratique médicale cloisonnée excluant les personnes les plus vulnérables. A l'origine de cette circulaire se trouve une association de patients atteints du SIDA qui voulait apporter une solution au retentissement social de la maladie (perte d'emploi, rejet de la société). En dehors de l'hôpital ces personnes se retrouvaient seules face à elles-mêmes et à leur maladie. Ce vide était dans certains cas comblé par la présence de réseaux précarité ou toxicomanie préexistants à la pathologie du SIDA. Ces réseaux ont eux-mêmes servi de modèle aux premiers réseaux ville-hôpital instaurés par la circulaire de juin 1991<sup>101</sup>. Il s'agit là du premier mouvement en direction de la transversalité des acteurs du système de santé.

Ce type de réseau a pris en charge des populations bien spécifiques : toxicomanes, malades mentaux ou des populations déterminées comme les personnes âgées. Il est à noter que le fondement juridique est une circulaire et que par conséquent le texte ne possède ni caractère législatif ni réglementaire. Les réseaux se sont finalement constitués par nécessité parce que le système de santé tel qu'il existait jusqu'alors ne pouvait plus remplir ses fonctions.

Depuis 1945 le fonctionnement de notre système de santé repose sur l'idée que la santé est un bien collectif et qu'à travers la solidarité nationale chacun peut en bénéficier mais l'argument selon lequel la santé n'a pas de prix n'est valable que le temps que la collectivité a les moyens financiers de soutenir un niveau de dépenses en constante augmentation. Or après les chocs pétroliers de la fin des années 70, il a été admis que si la santé n'avait pas de prix elle avait néanmoins un coût et qu'il devenait de plus en plus insupportable pour la collectivité.

Ainsi les années 80 ont amorcé la maîtrise strictement comptable des dépenses de santé qui n'a pas donné de satisfaction du point de vue de l'efficacité. Face à la nécessité constatée à travers plusieurs rapports remis aux gouvernements successifs de réaliser un maillage des établissements de santé sur le territoire national afin de réaliser des économies, Robert Launois, un économiste de la santé, fait en 1985, le parallèle entre les HMO et les réseaux de soins coordonnés en France. Il propose leur développement en vue de rationaliser le secteur de la santé. Plus tard les ordonnances, dites Juppé, de

---

<sup>101</sup> Circulaire du 4 juin 1991 relative aux réseaux de soins curatifs, préventifs, palliatifs ou sociaux [www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-49/a0493275.htm](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1999/99-49/a0493275.htm)

1996<sup>102</sup> ont introduit dans le Code de la Santé Publique (CSP) la possibilité pour les structures de soins privées ou publiques de mettre en œuvre ce qui sera en premier lieu nommé réseaux de soins, « des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale des patients atteints de pathologies lourdes et chroniques ». Ces réseaux ont la caractéristique de pouvoir bénéficier d'une dérogation aux règles de financement de la sécurité sociale (honoraires médicaux, paiement direct, frais couverts par l'assurance maladie). L'ordonnance encourage également la constitution de réseaux de santé pour « assurer une meilleure organisation du système de santé et améliorer l'orientation du patient ».

A la nécessité sociale de l'existence de ces réseaux s'est donc ajoutée la nécessité économique.

Une convention a été signée par les directeurs des structures de soins et le directeur de l'ARH par la suite. Rattrapés par la réalité du terrain, les concepteurs de l'ordonnance de 1996, ayant eu connaissance de l'existence de réseaux de soins financés par l'Etat, ont fini par les inclure dans le nouveau dispositif. La volonté exprimée des pouvoirs publics a été de mettre en cohérence à terme ces réseaux informels avec les réseaux issus d'un contrat avec l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH) ou d'un avis favorable de la Commission d'Orientation des Filières et Réseaux de soins expérimentaux dite Commission Soubie. Le terme de réseaux de soins n'ayant toujours pas été défini, cela a introduit une confusion sémantique inévitable avec les réseaux de santé et réseaux de soins coordonnés, même si la description de ses missions se rapprochait fortement des expériences menées sur le terrain. Nous parlerons donc de réseaux de santé, terme qui englobe tous les réseaux cités. C'est pourquoi certains promoteurs de réseaux, travaillant en partenariat avec l'hôpital, ont cru à une légitimation juridique de leur activité et se sont adressés à leur ARH pour recevoir l'agrément prévu par le CSP. Or la reconnaissance des projets, marqués par des lourdeurs administratives, s'est avérée incompatible avec la nécessaire souplesse de fonctionnement des réseaux et ont découragé certains promoteurs.

Du côté des acteurs des réseaux extra-hospitaliers, beaucoup se sont engagés vers les expérimentations prévues dans le Code de la Sécurité Sociale. Il est important de souligner l'extrême lourdeur de la bureaucratie qui pèse sur les réseaux en dépit de la

---

<sup>102</sup> Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

création d'un guichet dit unique (ARH et Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie). Cela a entraîné un retard dans le développement des réseaux de santé.

A partir des ordonnances 96-346 du 24 avril 1996 plusieurs dispositifs de réseaux ont vu le jour puis se sont éteints faute de financement et de bases législatives et réglementaires pouvant leur assurer une pérennité. Le mérite de ces ordonnances a tout de même été de donner une base légale aux réseaux en les officialisant.

Dans le même temps les dispositifs des réseaux expérimentaux ont été mis en place à travers l'expérimentation dite Soubie. En 2001, par exemple, 9 réseaux seulement étaient agréés par le ministère alors que 33 avaient reçu l'aval de la Commission Soubie. Ces réseaux ont dû présenter leur candidature auprès de leur Caisse Primaire d'Assurance Maladie, de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés ou du Ministère de la santé et obtenir un avis favorable de la Commission Soubie pour solliciter l'agrément ministériel. Le champ d'action étant alors à la fois libéral et ambulatoire.

Le réseau AXA dont nous parlerons entrainait dans le champ de ces expérimentations bien qu'il n'a jamais été présenté à l'avis de cette commission.

Enfin la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, dite loi Kouchner, a créé au sein du CSP un article définissant les réseaux de santé, « les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charges sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires ».

Un réseau, tel ceux qui se sont développés spontanément, repose sur 4 dimensions :

- le projet médical qui lie les professionnels ;
- la coordination des soins grâce à une plus grande interaction des professionnels ;
- la formation et l'information des professionnels (apprentissage de la pratique en réseau, respect des référentiels, retour d'information sur les résultats du réseau) ;
- l'évaluation (évaluation de la pratique en réseau, de la qualité des soins et évaluation économique du réseau).

Toutes ces dimensions nécessitent la mise en place d'un système d'information à l'image de ce que nous avons décrit pour les HMO.

Un des éléments moteurs du réseau est l'appartenance des professionnels qui y adhèrent, ils accèdent à des milieux différents et à des zones d'influence différentes. Un

réseau de soins est à cet égard différent des réseaux informels qui adressent des patients tels qu'ils existent aujourd'hui dans l'exercice médical (tel médecin a l'habitude d'adresser ses patients à tel confrère et attend en retour la même chose de ce dernier). Les professionnels du réseau définissent ensemble un projet médical (protocole de soins et objectifs à atteindre). Ils s'engagent à assumer des tâches bien définies et à se coordonner pour mener à bien ce projet. Le généraliste qui suit le patient est en relation directe avec le médecin hospitalier qui l'a soigné et qui lui délivre son traitement : ils partagent et s'échangent des informations à jour sur leur patient. Les conseils d'observance et l'information ciblée sont définies en commun et diffusées par les acteurs, notamment paramédicaux. Le système d'information permet de faciliter ces échanges et de constituer un dossier médical commun aux intervenants, destiné à suivre le patient dans le réseau.

## 1.2 La création d'un réseau de santé

Nous l'avons vu, un réseau naît d'abord d'un constat, une population en difficulté sur un territoire donné, un problème de santé publique pour lequel les moyens existants pourraient être utilisés de manière plus efficace. Il s'organise ensuite autour d'un responsable motivé : tout réseau doit avoir un leader, qui puisse soutenir la longue phase de mise en place du réseau.

La raison d'être du réseau est le projet médical (par exemple, l'amélioration de l'auto surveillance glycémique dans un réseau diabète, celle de l'observance dans le cas de l'asthme). Celui-ci fait l'objet d'un consensus des professionnels, souvent implicite au départ, et qui se formalise par des rencontres, des concertations, voire la création d'associations ou autres groupements d'intérêt commun : c'est le point de départ pour définir les objectifs du réseau et les moyens d'action.

Ceci est ensuite formalisé dans des chartes de qualité qui engagent les professionnels adhérents et les futurs patients du réseau et s'appuie sur des protocoles de prise en charge écrits. Une convention ou un protocole d'accord est enfin signé lorsque le réseau implique de multiples partenaires dont des personnes morales. La recherche et l'obtention de financement constituent en général l'ultime étape avant le fonctionnement effectif du réseau. L'implication et la motivation des professionnels sont alors essentielles pour que des patients soient pris en charge par le réseau.



### 1.3 La classification des réseaux de santé

Un certain nombre de réseaux se sont organisés autour d'une logique de complémentarité entre les différentes structures de prise en charge des usagers. Cet objectif, repris par la circulaire 97-277 du 9 avril 1997 relative aux réseaux de soins et aux communautés d'établissement<sup>103</sup>, assignait aux réseaux une mission de restructuration de l'offre de soins. Cette circulaire faisait ainsi la distinction entre les réseaux à vocation générale et ceux qui étaient spécifiques à certaines installations et activités de soins, conformément à l'article L 712-3-2 du Code de la Santé Publique (CSP).

C'est ainsi qu'ont vu le jour des réseaux s'adressant soit à une population particulière (les personnes âgées, les toxicomanes) soit à un type de pathologies lourdes et chroniques (diabète, cancer). Ils peuvent également concerner un type d'activités (urgences, réanimation). Leur mission peut aussi concerner l'utilisation d'un plateau technique ou encore un type d'installation.

Nous avons vu à travers la construction des réseaux qu'ils ont pu exister sous des formes très variées avec des missions extrêmement diverses. Cette caractéristique des réseaux français est pourtant en train de disparaître pour donner naissance à des structures qui répondent à des critères communs. Les réseaux sont en marche vers un certain formalisme, vers une réelle homogénéisation de leur fonctionnement.

Cette homogénéisation passe par la définition d'un statut juridique. Le choix de beaucoup de professionnels s'est porté en premier lieu sur la constitution d'une association de loi 1901, cette forme juridique étant d'une grande souplesse.

La deuxième option de statut juridique est le Groupement de Coopération sanitaire (GCS). L'article L 6133-1 du CSP affirme que le GCS « n'est pas un établissement de santé ». Néanmoins, il précise que « le groupement de coopération sanitaire réalise et gère, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun, y compris des plateaux techniques, tels des blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale, ou constitue le cadre d'une organisation commune qui permet l'intervention des professionnels médicaux et non médicaux mis à la disposition du groupement de

---

<sup>103</sup> [www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-05/a0050234.htm](http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/1998/98-05/a0050234.htm)

coopération sanitaire par les établissements membres ». De plus, « le groupement peut détenir des autorisations d'installations, d'équipements matériels lourds et d'activités de soins mentionnées à l'article L 6122-1 » du CSP .

#### 1.4 L'évaluation des réseaux

Les réseaux sont évalués premièrement au niveau économique. Cette évaluation se fait simplement en comparant le coût de la prise en charge du malade avec ce qu'aurait coûté le patient s'il avait choisi le système classique.

Deuxièmement ils sont évalués sur le plan médical. L'évaluation médicale repose sur l'étude des résultats et d'indicateurs médicaux concernant les pratiques et l'organisation des soins. Les indicateurs doivent être définis lors de la conception du réseau, et si certains reviennent de manière quasi systématique dans les projets, certains sont spécifiques à la pathologie prise en charge. Les dimensions abordées dans le cadre de l'évaluation médicale sont la sécurité, l'accessibilité aux soins, le caractère approprié des soins, la continuité, l'efficacité théorique, l'efficacité de terrain, l'efficience, la satisfaction du patient. On peut citer certains indicateurs :

- Indicateurs d'accessibilité des soins : délais de recours aux médecins spécialistes, facilité d'obtenir des conseils par téléphone (ou par e-mail, si le système d'information du réseau le permet)
- Indicateurs de qualité des procédures : taux de patients ayant bénéficié des soins définis dans les procédures recommandées, en terme de prévention (vaccins, frottis), de procédure curative (corticoïdes au long court chez les asthmatiques), de surveillance clinique (fond d'œil chez les diabétiques), d'éducation (auto surveillance de la glycémie chez les diabétiques)
- Indicateurs de qualité de résultats des soins : mortalité, intensité des symptômes, évolution des paramètres cliniques ou biologiques (poids, pression artérielle, glycémie, etc.)
- Questionnaires développés pour mesurer l'état global de santé physique et mentale (échelles de qualité de vie générique ou spécifiques à la pathologie concernée).

## 1.5 L'exemple de Marédia

Pour illustrer concrètement les réseaux de santé prenons l'exemple de Marédia<sup>104</sup>, qui a pour but d'améliorer la prise en charge des diabétiques de type 2 en Haute-Normandie.

Créé en 2005, à l'initiative d'un groupe de soignants désireux d'améliorer la prise en charge du diabète de type 2, le Réseau Diabète Marédia fonctionne sous le statut d'association loi de 1901. Son Conseil d'Administration est constitué de représentants de chaque profession médicale et paramédicale concernée.

Le financement de ce réseau vient principalement de l'Agence Régionale de Santé (ARS), comme il est prévu dans les textes pour ce qui concerne les réseaux de santé. Pour le patient, l'adhésion est totalement gratuite.

Marédia accueille les diabétiques dans l'Eure et la Seine-Maritime. Centré sur les agglomérations de Rouen, Evreux et Dieppe, il a vocation à répondre aux besoins exprimés sur l'ensemble du département de l'Eure et, en Seine Maritime, sur le territoire de santé Seine et Plateau, étendu jusqu'à la région d'Yvetot et Neufchâtel ainsi que Dieppe. Dans un souci de proximité, des lieux d'accueil délocalisés ont été mis en place à Barentin, Elbeuf, Yvetot, Bourg-Achard et, dans l'Eure, à Bernay, Louviers et Gaillon ainsi qu'au Sud de l'Eure (Bourth - Conches en Ouche - Damville).

Le diabète de type deux est une maladie chronique qui touche à de nombreux domaines de la santé et qui peut être améliorée si le patient s'implique dans la prise en charge de sa pathologie. Médecins, infirmiers et diététiciens travaillent ensemble. De plus, il existe un médecin coordinateur qui établit le lien entre le réseau et le médecin traitant et les autres soignants (infirmiers, podologues, pharmaciens). Des sites vont également voir le jour au Havre et ses environs.

Les patients adhérant à Marédia bénéficient d'un certain nombre de services qui leur permettent de prendre en charge leur diabète, notamment à travers un accompagnement infirmier. Après son adhésion, le patient bénéficie d'un entretien avec un professionnel du réseau pour faire le point sur sa maladie et le guider personnellement, le plus souvent il lui est proposé un parcours de 2 à 5 activités sur une période de 6 mois. Un bilan est fait au bout de ces 6 mois. La prévention secondaire des complications liées au diabète et l'éducation thérapeutique sont mises en avant, ce

---

<sup>104</sup> [www.maredia.fr](http://www.maredia.fr)

réseau ne s'occupe donc pas des soins aux malades. Les patients ont le droit à trois consultations diététiques d'éducation individuelles qui sont prises en charge par l'association (dans le cadre des dérogations liées aux ordonnances de 1996), des ateliers animés par une infirmière sur des thèmes variés (les hypoglycémies, prendre soins de ses pieds etc.), des entretiens individuels pour répondre à leurs questions et celles de leurs proches. En plus de cela des séances pratiques de cuisine diététique adaptée au diabète et à la prévention du risque cardio-vasculaire sont organisées. Elles sont animées par des diététiciennes et permettent de mettre en pratique les connaissances théoriques vues dans les ateliers. Une action de prévention de ces risques est aussi mise en place avec des séances d'activité physique adaptée aux malades afin qu'ils reprennent une activité adaptée.

Pour ce qui est de l'éducation thérapeutique, les patients peuvent assister à des ateliers de groupe animés par des diététiciennes, des infirmières et des médecins. Il existe également une possibilité d'accompagnement avec une éducation thérapeutique par des infirmières formées lors de la mise sous insuline à domicile.

L'association met également à disposition des différents professionnels des documents de formation ou de bonnes pratiques sur son site internet et elle organise des réunions de formation pour les différents professionnels de santé (podologues, pharmaciens, infirmières à domicile, aides-soignantes et cours d'éducation thérapeutique aux élèves infirmières).

Les patients qui adhèrent à l'association pour la première fois peuvent aussi bien adhérer spontanément, avoir connu l'association dans la presse ou être dirigés par des professionnels de santé (médecin traitant, spécialiste, diététicienne etc.). Les profils sont divers, de personnes cherchant des renseignements ponctuels, à ceux restant 6 mois, comme 2 ans. L'adhésion se fait souvent à un moment clé de la maladie, lors du diagnostique, de complications ou de mise sous insuline.

Il ressort que les professionnels qui animent les activités apprécient de travailler avec d'autres professions que la leur, cela leur donne une certaine complémentarité.

Pour ce qui est des patients environ 800 diabétiques par an passent par l'association. Les patients sont plus impliqués dans leur maladie grâce à l'éducation thérapeutique. Chez certains patients on constate des améliorations grâce aux activités proposées, par exemple une baisse du taux d'hémoglobine glyquée chez des patients participant aux marches, une meilleure prise des médicaments chez d'autres.

De l'expérience auprès des patients, il ressort aussi qu'il est important d'être à proximité des lieux où ils vivent pour les toucher. Les professionnels pointent aussi le fait qu'il est difficile de faire des projets pour l'avenir et d'être sûr de la pérennité du réseaux car le financement vient de l'ARS pour un an (retards dans l'attribution des budgets pour l'année), le financement étant aussi limité d'années en années et il leur est interdit de solliciter des financements privés. Ils constatent aussi que le nombre de personnes touchées par l'association est faible en pourcentage par rapport au nombre de diabétiques dans la région.

## 1.6 Bilan

Les réseaux de santé ont eu le mérite de montrer qu'il est possible d'innover en matière de système de santé et de développer des réseaux qui dérogent aux règles en vigueur dans ce système.

Le manque de financement et de soutien de l'Etat a pourtant pu décourager de nombreux projets. De plus les ordonnances de 1996 ont plus donné un cadre aux réseaux créés auparavant, qu'elles n'ont été un tremplin pour la création de nouveaux réseaux plus proches des HMO américains. On peut notamment déplorer le fait que les réseaux ne concernent qu'un nombre très restreint de patients. Les réseaux se limitent à un sujet et ne prennent pas en charge le malade pour toutes ses pathologies, ils sont également limités à un territoire. La tendance future est de réunir les différents réseaux dans un même lieu (pathologies cardio-vasculaires, asthme, sclérose en plaque etc.) à l'image des projets de maison regroupant différentes associations dans notre région à Evreux et au Havre (La Maison des Réseaux). Depuis la loi HPST de 2009<sup>105</sup>, l'éducation thérapeutique se développe également en officine, avec la mise place d'entretiens pharmaceutiques à propos des médicaments anti-vitamine K et de l'asthme.

Par ailleurs les HMO américains sont aussi des assurances santé, alors que les réseaux de santé se limitent à fournir les soins, à faire de la prévention ou de l'éducation thérapeutique. Il aurait été intéressant de pousser l'expérience plus loin dans ce sens.

---

<sup>105</sup> Article L 1161-1 à 1161-6 du CSP, [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

## 2. L'expérience AXA

En 1996 les ordonnances Juppé ont donné un cadre pour la création de réseaux de soins innovants, qui sont à peu près l'équivalent des HMO. Cette expérience a été plus loin dans la démarche que les réseaux de soins classiques. Claude Bébéar, le président d'AXA, avec l'aide d'Alain Madelin, a envisagé un projet de HMO adapté à la France appelé AXA Santé Mutuelle Assurance<sup>106</sup>. Ce projet avait pour but de proposer à la fois une prise en charge des dépenses de santé et un réseau pour prodiguer les soins au patient. AXA était associée à la CPAM qui devait lui donner une enveloppe globale à gérer pour soigner ses adhérents. L'Assurance Maladie conservait tout de même le monopole dans la sélection du risque maladie.

Pour adhérer à ce programme il n'était prévu ni de questionnaire ni de sélection, contrairement aux Etats-Unis. Le patient devait avoir accès à un centre d'orientation médical, un *call-center* ouvert 24H/24 et choisir un médecin du réseau pour ses consultations. Le pivot de système étant le médecin généraliste. L'informatisation était également l'une des clefs de ce système avec un système informatique commun, interne et interprofessionnel. Ce système permettait d'avoir accès à une base de données utiles aux médecins et d'autres aides à la pratique médicale.

Les avantages de ce système étaient d'une part que le patient était adressé au bon interlocuteur ce qui permettait un gain de temps, des hospitalisations inutiles évitées, un bon cheminement dans le système ainsi que le développement du modèle de *Managed Care*, tout cela dans le but de diminuer les coûts. D'autre part cela permettait de mettre l'accent sur la prévention et l'éducation thérapeutique. En effet ce projet permettait une approche médico-sociale, une solidarité entre les membres et une plus grande responsabilité des membres vis-à-vis des dépenses. Il était prévu de la prévention pour des pathologies telles que l'asthme ou l'ostéoporose et la présence de pôles d'information.

Ce projet ne s'est malheureusement pas réalisé concrètement. Certains aspects techniques auraient dû être pensés avec plus de détail pour que le projet aboutisse réellement. Notons aussi que cela posait un problème au niveau social : l'hôpital étant

---

<sup>106</sup> [www.axa.fr/mutuelle-sante](http://www.axa.fr/mutuelle-sante)

souvent le plus gros employeur des villes moyennes, il aurait fallu choisir entre la baisse de la consommation de soins et les emplois générés par l'hôpital.

Le projet développé par l'assureur AXA montre qu'il est tout à fait possible de développer des actions de *Managed Care* en France. En effet celui-ci tenait compte des caractéristiques propres à notre système de santé : le respect du principe de solidarité et l'existence d'une couverture sociale quasi universelle.

### 3. Etat des lieux des spécificités des systèmes de santé américain et français

Comme nous l'avons vu la France possède un très bon système de santé. Cependant elle pourrait se moderniser et se perfectionner quant à son efficience (c'est-à-dire l'efficacité au coût le plus juste). En effet la question du coût est longtemps passée au second plan mais les déficits des caisses d'Assurance Maladie nous poussent à nous préoccuper du problème.

La réponse a longtemps été d'augmenter les recettes par exemple en augmentant la Contribution Sociale Généralisée. Les plans de *Managed Care* sont des solutions d'avenir et proposent maintenant de diminuer les dépenses. Cette nouvelle vision des choses comporte de nombreux avantages.

Le problème de coût se situe également du côté des assurés sociaux, les assurances privées sont désormais trop chères pour une partie de la population.

Les caractéristiques de l'histoire de France mettent en lumière les forces de notre système qui constituent en même temps ses faiblesses. Notre système est issu de la Révolution Française, des modèles jacobins et de Rousseau, tout comme bien d'autres aspects de notre société. Il repose sur la prédominance de l'Etat et sur l'égalité. Il joue entre concurrence et monopole, l'Assurance Maladie constitue un monopole et les protections complémentaires sont en concurrence. L'Assurance Maladie est la seule à pouvoir rembourser le premier euro dépensé, les complémentaire ne peuvent pas rembourser une prestation non remboursée en partie par l'Assurance Maladie.

Aux Etats-Unis, le libéralisme prédomine, les piliers de la société sont la religion, la démocratie et la notion de communauté. Le fondement protestant de la société valorise

le travail et la réussite professionnelle et stigmatise les pauvres. Ce qu'un américain peut accepter, de par sa culture, est donc différent d'un français.

Il s'agit donc de garder les points forts de notre système, de prendre en compte les spécificités de la culture française tout en le rendant plus efficient.

#### 4. Avantages et inconvénients de la création de HMO en France

Nous avons vu auparavant que la France a déjà fait des progrès en matière de travail en réseau à l'image des HMO. Cependant il n'existe pas encore de système qui ressemble totalement aux HMO et qui aille aussi loin dans la démarche de *Managed Care*. Nous allons imaginer un projet de réseau de type HMO en France et passer en revue les avantages et les inconvénients d'un tel projet. Ce projet doit bien entendu prendre en compte les spécificités de notre pays.

##### 4.1 Avantages

Tous les avantages que nous allons énumérer découlent du fait que les HMO reposent sur les principes de *Managed Care*. Le but recherché de l'expérience est l'efficience, et donc la notion de baisse des coûts est mise en avant. Cela diffère de ce que nous avons pu voir pour les réseaux de santé dont la maîtrise des coûts n'est clairement pas le but principal, ce système ayant plutôt tendance à faire augmenter les recettes au lieu de baisser les coûts. Cependant, les constats que nous avons pu faire au début de cette étude sur le système de santé en France, mettent en avant ce besoin de baisser les coûts dans le système.

Le premier avantage d'un projet de HMO en France est l'approche globale de la médecine. Grâce à des outils comme les dossiers pharmaceutiques<sup>107</sup> partagés entre les professionnels ou tout autre moyen de communication qui rapproche les différents professionnels et permettent au malade de mieux être pris en charge. En France, il existe des dossiers minima communs dans certains réseaux et nous pouvons imaginer que cela soit étendu à tout le système de santé, les limites étant pour l'instant les lois qui protègent les informations privées. Cela permettrait d'augmenter les données mises à disposition du professionnel de santé pour soigner le malade et avoir une approche pluridisciplinaire. Dans la même idée, il a été mis en place depuis 2011 le Dossier

---

<sup>107</sup> [www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP](http://www.ordre.pharmacien.fr/Le-Dossier-Pharmaceutique/Qu-est-ce-que-le-DP)



Médical Personnel (DMP)<sup>108</sup>. Ce dossier permet aux professionnels de santé qui prennent en charge le patient de partager les informations de santé utiles à la coordination des soins du patient. Le DMP peut être créé lors d'une consultation médicale ou lors d'une admission dans une structure de soins. Cependant la mise en place est en cours et se fait de façon graduelle (raccordement technique, formation du personnel de l'établissement, information des patients). En Haute-Normandie, 9 établissements utilisent le DMP à ce jour<sup>109</sup>.

Les français sont attachés à ce que les informations privées les concernant soient protégées c'est pourquoi cette informatisation des données doivent se faire en accord avec la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL)<sup>110</sup>. Au Etats-Unis, les données des patients ne sont pas aussi bien protégées mais la culture en matière de vie privée est là encore très différente de la notre.

Dans ce système de HMO, le patient est considéré comme un tout avec ses différentes pathologies et les différents moyens de le soigner. Les équipes pluridisciplinaires permettent une éducation du patient et une auto prise en charge. Cela conduit à une amélioration des indicateurs biologiques et grâce au dépistage et à la prévention il y a une baisse des taux d'hospitalisation. Cela permet également d'éviter de faire des examens redondants. Les systèmes d'assistance téléphonique permettent un meilleur respect des règles d'hygiène et de diététique, un suivi de l'évolution du malade et donc une diminution du nombre et de la gravité des complications. Cette approche globale conduit à mettre en avant la prévention et à responsabiliser chacun des acteurs dont les actions font partie d'un tout. Naturellement ceci permet une baisse importante des coûts qui est recherchée dans les HMO.

Les différents acteurs du système de santé tireront des bénéfices si le système HMO s'implante en France, cela grâce aux outils de *Managed Care* et à la modernisation de notre système.

Dans cette configuration le métier qu'exercent les médecins change en quelques points par rapport à l'exercice libéral actuel, en changeant des honoraires au salaire ou à l'enveloppe globale. Leurs revenus peuvent être plus élevés s'ils font des économies dans leur façon de soigner les malades en étant intéressés aux résultats du réseau. Le

---

<sup>108</sup> [www.dmp.gouv.fr/nb-es-par-region-ps](http://www.dmp.gouv.fr/nb-es-par-region-ps)

<sup>109</sup> [www.dmp-haute-normandie.fr](http://www.dmp-haute-normandie.fr)

<sup>110</sup> [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

comportement des médecins est plus amené à changer avec des récompenses financières plutôt que des sanctions. Et d'un autre côté cela engendre aussi des économies pour la structure à l'inverse du système actuel où le médecin n'a pas de responsabilité vis-à-vis des dépenses et où il peut générer des dépenses sans trop de contrôle. Cela change considérablement la place du médecin. La nature des revenus du médecin change aussi pour lui apporter une plus grande sécurité matérielle, les revenus étant apportés par le réseau. Par ailleurs les données épidémiologiques et les différents outils (*guidelines*, communication entre les membres, formations) mis à dispositions améliorent la qualité du travail des médecins à condition que ces nouveaux outils soient compris et utilisés. Les coûts générés par les médecins sont encore réduits par le fait d'une diminution des emplois redondants du fait même de l'organisation en réseau.

Les adhérents du système sont aussi gagnants sur un certain nombre de points. A l'image des médecins, la place des patients dans le système de santé change. Les patients ont un pouvoir plus grand car ils sont aussi des consommateurs. Aujourd'hui les français peuvent difficilement se dire clients de la sécurité sociale et on leur demande rarement s'ils sont satisfaits des services qui leur sont rendus. Dans ce système libéral, ils ont la liberté de quitter le réseau pour un autre. La priorité est donc de maintenir la qualité du réseau dans un système concurrentiel pour attirer et garder les adhérents. Les performances du réseau sont évaluées et ils peuvent être accrédités par divers organismes.

Le prix payé par les adhérents s'avère également inférieur au coût indirect de l'Assurance Maladie. De plus le montant des dépenses est connu une longue période à l'avance, le patient paye un forfait annuel convenu pour les 12 mois suivants. Le patient est aussi plus concerné par la maîtrise des dépenses qu'il génère et par le bon fonctionnement du réseau car il a le droit à une ristourne si le réseau dégage des bénéfices. Malgré tous ces avantages financiers par rapport au système, le patient reste assez libre pour ce qui est de l'adhésion ou non au réseau, du nombre de consultations auquel il assiste, cela rassure le patient français qui est habitué à une certaine liberté dans son parcours dans le système de santé.

Intéressons nous maintenant aux gestionnaires du système. Les gestionnaires du réseau bénéficient de toutes les économies réalisées par la qualité et la rationalisation du réseau. Ces baisses de coûts sont autant de bénéfices financiers pour eux, ils permettent

à terme un autofinancement du système. C'est très intéressant pour la France de passer d'un système déficitaire à un système qui génère assez de bénéfices pour se financer. Pour les gestionnaires des caisses d'Assurance Maladie, le coût global diminue. Comme pour les adhérents, les engagements financiers sont connus à l'avance et le risque repose sur le réseau. Ils restent tout de même arbitres et contrôleurs de la qualité des soins. Il est envisageable que les prélèvements sociaux baissent à terme, cela serait bénéfique pour l'économie.

#### 4.2 Inconvénients

Le fait que le système soit en concurrence est l'un des inconvénients du projet. Le système libéral des Etats-Unis se prête plus à cela que le système français. Il est difficile à concevoir pour un français que la santé soit un bien au même titre que les autres. Pour que le projet aboutisse il est nécessaire que l'Etat garde un certain contrôle et qu'il supervise le système. Notamment pour le prix des soins, il est nécessaire qu'ils soient fixés par un comité de sages et non par les prix du marché. De plus l'un des problèmes repose sur le fait que la concurrence se trouve uniquement du côté de l'offre. Enfin se pose le problème des villes moyennes où il y a beaucoup moins de concurrence, les patients sont désavantagés par rapport à ceux des grandes villes où le choix est plus grand et les prix plus attractifs en général.

En ce qui concerne les assurés sociaux, ils doivent s'habituer à un certain nombre de changements qui peuvent être une source d'inquiétude par rapport au système actuel qui est cher, certes, mais qui est de qualité et qui lui laisse une grande liberté. L'assuré perd, entre autre, la liberté de choix du prescripteur, avec qui il a sûrement tissé des liens de confiance. De plus il peut se demander si la qualité des soins est toujours aussi bonne avec des prescripteurs étant incités à diminuer les dépenses, c'est là probablement le principal frein à la mise en place du système. On peut se demander si c'est le rôle du médecin ou s'il a été formé pour gérer ce type de conflits d'intérêt et si le *Managed Care* est éthique. Il est nécessaire d'avoir une bonne communication afin que le patient comprenne le projet et y adhère. Par ailleurs les patients qui adhèrent aux HMO se plaignent principalement de 3 points. Premièrement ils trouvent les files d'attentes

pour les rendez-vous trop longues, deuxièmement pour des soucis de rentabilité, ils constatent une diminution du temps des consultations. Enfin ils trouvent gênant le fait que les praticiens changent fréquemment. Dans la réflexion du projet il faut penser également à la limitation géographique du réseau.

Pour ce qui est de l'informatisation des données du patient il est important d'assurer une pérennité du système. Avec une telle base de données il ne faut pas que les données soient divulguées ou que le système soit utilisé plus pour un archivage que pour aider à la communication entre les professionnels. Des difficultés peuvent apparaître également si les professionnels ne se mettent pas d'accord pour un référentiel commun, par exemple pour le codage des actes médicaux. Par ailleurs le patient peut avoir une méfiance sur ce sujet vis-à-vis des autres intervenants que les professionnels de santé (administration, tutelles etc.). La CNIL joue alors un rôle important de garant de la vie privée des assurés.

Les assurés sociaux peuvent enfin craindre qu'il n'y ait une inégalité d'accès aux soins si l'Etat ne supervise pas assez le système.

Même si le patient effectue pour l'instant des démarches de recherche pour les complémentaires, il devra là étudier toutes les possibilités de réseau qui s'offrent à lui alors que pour l'instant cela se limite à une partie de ses remboursements. Enfin le prix des primes peut rendre l'assuré réticent car la contribution au système est plus visible pour lui que les charges qui s'appliquent pour l'instant. Pour beaucoup de personnes les actes sont perçus comme gratuits quand la Sécurité Sociale et la mutuelle prennent en charge l'acte.

Les professionnels de santé ont aussi une diminution de leur liberté. Le fait que la Sécurité Sociale limite ses tarifs est une menace pour le système libéral et ses avantages. Le paiement à l'acte a garanti une liberté d'exercice alors que là le médecin devient un prestataire de service. Les médecins peuvent se demander s'ils vont garder une liberté de prescription, en devant suivre des guidelines et en étant soumis à des audits internes auxquels ils ne sont pas habitués. L'hôpital, les cabinets de radiologie et les laboratoires d'analyse médicale peuvent aussi souffrir de la baisse de l'activité due à la politique de *Managed Care*. La rentabilité de ceux-ci et les emplois sont mis en jeu dans l'argumentation.

Il existe aussi des inconvénients pour la Sécurité Sociale. Si l'activité baisse et que les réseaux prennent en charge le risque, son pouvoir diminue. Cela remet également en

cause le principe d'universalité et d'égalité du système de protection qui est la base de notre système depuis son unification. Cet inconvénient peut être évité si l'on suit l'exemple de la compagnie AXA citée plus haut, qui avait réussi à mettre en place un certain nombre de compromis entre les HMO de la version américaine et française dans le but de la réussite du projet.

Pour finir les HMO ont démontré que le *Managed Care* avait des limites et que les économies du début peuvent être illusoires. Les économies les plus aisées sont réalisées en premier et donnent rapidement des résultats satisfaisants, alors qu'ensuite il est plus difficile de trouver des moyens de faire des économies.

## Conclusion

Le développement de réseaux de santé est l'un des moyens envisagés pour dépasser la mise en place de réformes de fond de notre système de santé, difficiles et délicates à mettre en oeuvre. Parce que les expériences menées en France ont fait preuve d'innovation, d'originalité, à la fois dans leur démarche, mais aussi dans les modalités de prise en charge, elles ont permis de mieux connaître les besoins de santé de la population à un échelon local, et d'envisager une forme de réponse autre qu'une approche purement curative issue d'une conception strictement médicale de la maladie. Elles ont démontré l'intérêt d'une conception globale du système en décloisonnant les domaines de compétence et les territoires.

Elles ont stimulé la réactivité des acteurs du système de santé par des approches transversales, puis ont fait l'objet d'une réglementation qui s'est étoffée au fil du temps pour leur conférer les moyens de se développer et d'assurer leur pérennité.

De nombreux efforts restent à faire de la part des pouvoirs publics pour leur donner davantage de moyens et que leur champ d'action soit aussi grand que celui des HMO américains, tant au niveau du pourcentage de la population couverte, que du champ d'action de ceux-ci, notamment sur le volet de l'assurance santé.

Tout comme les HMO, il est nécessaire pour les réseaux français de se doter de systèmes d'information performants les aidant à mieux organiser les échanges d'information entre les différents acteurs. La mise en place de ces systèmes devra se faire en respectant les règles de confidentialité et de secret médical. La création de plateformes de santé et de sites internet pourra de plus contribuer à faire connaître ces activités et promouvoir les actions du réseaux.

Il sera également nécessaire de promouvoir des soins de qualité tout en respectant les règles de *Managed Care*. L'évaluation des activités du réseaux et son accréditation seront là pour garantir une bonne prise en charge aux patients.

Les français sont conscients des enjeux financiers que représente notre système de santé et ils veulent que le système évolue dans l'intérêt collectif. Le système de *Managed Care* sera plus ou moins développé, tout dépendra de ce que la population sera culturellement prête à accepter. La limite sera constituée par le point de rupture entre ce que les adhérents seront prêts à sacrifier de liberté de choix dans le système, face à la

diminution des coûts. Tous les inconvénients mentionnés devraient pouvoir être surmontés en prenant garde à adapter les HMO aux subtilités du système français et des habitudes de ses acteurs. Il faudra que l'Etat garde un contrôle sur les réseaux et pose des limites en matière de prix, d'éthique, de protection des patients. L'expérience des assurances AXA nous a démontré qu'il était tout à fait possible de trouver des compromis entre un système totalement libéral et un système où l'efficacité n'est pas optimale à cause de trop grandes dépenses. Il reste alors peu d'obstacles pour tenter l'expérience des HMO en France. Les réseaux pourront très bien s'en inspirer pour se rapprocher plus encore des HMO américains. Malgré le fait que l'expérience d'AXA n'ait pas abouti, le projet comportait les clés de la réussite d'un tel changement: le projet avait les avantages du *Managed Care* tout en conservant le principe de solidarité, un cadre d'assurance ayant un monopole et l'existence d'une couverture quasiment universelle pour la population.

C'est dans un tel contexte que l'ensemble des acteurs ont, pour chacun d'entre eux, un rôle à jouer et de nouvelles missions à remplir, qui ne peuvent être menées à bien que s'il y a un réel changement des mentalités et un véritable souci de faire évoluer le système de santé dans sa globalité. *A minima*, la France pourra au moins développer un système décloisonné, qui répond mieux aux besoins, sans que cela ne demande trop de sacrifices et trop de changements au niveau culturel. Si les obstacles cités précédemment sont pris en compte, que les acteurs affichent une volonté de changement, comme cela a été le cas depuis le début du développement des réseaux, alors le système de santé français a beaucoup à gagner en tentant l'expérience des HMO en France.

## Bibliographie

### Articles et études:

- RODWIN, Victor

Les Health Maintenance Organizations (HMO) aux Etats-Unis : un bilan  
Persée

1983, volume 3, numéro 3-4, p. 39-85.

- LAUNOIS, Robert

Les RSC : proposition pour une réforme profonde  
Revue française des affaires sociales

1985, numéro 1, p. 377.

-RODWIN, Victor

Les HMO aux Etats-Unis : un bilan  
Persée

1985, volume 3, numéro 3-4, p. 39-85.

- LAUNOIS, Robert, TRUCHET, D.

Vers une implantation des Réseaux de Soins Coordonnés ?  
Journal d'économie médicale

1986, numéro 3-4, p. 155-189.

- LAPHAM, S. C., MONTGOMERY, K. A., HOY, W. E. *et al.*

HMO databases : fertile ground for epidemiological research  
Computer Healthc.

1990.

- The Utility of HMO Data for the Surveillance of Chronic Diseases

American Journal of Public Health

1994, volume 84, numéro 5, p. 995-997

- WELLS Kenneth

Quality of Care for Primary Care Patients With Depression in Managed Care, 1999

- Classement des systèmes de santé selon l'OMS

Agence France Presse, 21 juin 2000.

- JONES Jemarion

Does types of health insurance affect cancer care diagnosis ?

Journal of the National Cancer Institute, 2001

- BOURRET, Christian

Les Réseaux de santé : un champs de recherche prometteur pour les sciences de  
l'information et de la communication

Société française des sciences de l'information et de la communication

2002, p. 346-352.

- DUHAMEL, Gilles



Le système de santé et d'assurance maladie américain  
Rapport numéro 2002-073, 2002.

- CHOBEAUX, François

La santé en réseaux

Vie Sociale et traitements

2004, numéro 81, p. 17.

- MOTHERAL Brenda, HENDERSON Rochelle, COX Emily

Investigation showing step therapy reduces managed care costs: Plan-Sponsor Savings and Member Experience With Point-of-Service Prescription Step Therapy

The American Journal of Managed Care Volume 10, 2004.

- Dossier Les Etats Unis et la santé

Les Tribunes de la santé n°19, février 2008.

- SILBER, Denise

L'exercice de la médecine aux Etats-Unis

Les tribunes de la santé

2008, numéro 19.

- STLOLHBERG Sheryl Gay, PEAR Robert

Obama signs health care overhaul bill, with a flourish

The New York Times, p. 9, 23 mars 2010.

- TAYLOR, Nick

PFC taps HMO database to run clinical trial simulations, 2010

- BOURIAUD, Antoine

Cours de Santé publique et économie de la santé

IFSI Nantes, 2011.

- Le renoncement aux soins pour raisons financières

Etude de l'IRDES

Disponible : [www.irdes.fr](http://www.irdes.fr).

- Espérance de vie en 2012 : comparaisons régionales

INSEE, 2012.

- LUCAS, Jean-Marc

Etats-Unis : la réforme du système de santé, 2012

Disponible sur : [www.globalix.fr/content/etats-unis-la-reforme-du-systeme-de-sante](http://www.globalix.fr/content/etats-unis-la-reforme-du-systeme-de-sante)

- Deloitte-Ifop

Baromètre santé 2014

Disponible sur : [www.ifop.com](http://www.ifop.com).

- Melchior

Les Health Maintenance Organizations américaines (HMO)

Disponible sur : [www.melchior.fr](http://www.melchior.fr) (mars 2014).

- Dépenses en santé, total (% du PIB)  
La Banque Mondiale  
Disponible sur : [donnees.banquemondiale.org](http://donnees.banquemondiale.org)

- Rédaction numérique de rtl  
Etats-Unis : 10 millions d'américains assuré grâce à la réforme Obama, 2014  
Disponible sur : [www.rtl.fr](http://www.rtl.fr)

- Rédaction numérique de l'Express  
Obama recule sur sa réforme du système de santé Obamacare, 2014  
Disponible sur : [www.lexpress.fr](http://www.lexpress.fr)

- SAMUELSON, Robert  
The Real Medicaid problem is the cost, 2014  
Disponible sur : [www.heraldextra.com](http://www.heraldextra.com)

- Présidence de Barack Obama, 2015  
Disponible sur : [fr.wikipedia.org](http://fr.wikipedia.org)

#### **Ouvrages :**

- KONGSVEDT, Peter  
The Managed Care Handbook  
Edition Aspen, 2001

- DE KERVASDOUE, Jean  
Très cher santé  
Edition Perrin, 2009.

- KONGSVEDT, Peter  
Managed Care : what it is and how it works  
Edition Jones and Bartlett Learning, 2009

- DE KERVASDOUE, Jean  
Carnet de santé de la France 2012  
Lonrai : Economica Mutualité française, 2012.

- Le système de santé en France  
GIP Santé Protection Sociale Internationale, 2013.

- FARGEON, Valérie  
Introduction à l'économie de la santé  
Edition PUG, 2014.

#### **Textes législatifs et réglementaires :**

- Circulaire du 4 juin 1991 relative aux réseaux de soins curatifs, préventifs, palliatifs ou sociaux

Disponible sur : [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

- Loi n° 2009-879 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, 21 juillet 2009.

- Coût de *Medicare*

The United States code, titre 26, sous-titre C, chapitre 21.

- Loi de financement de la sécurité sociale 2014

[www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr)

**Sites internet utiles:**

- [share.kaiserpermanente.org](http://share.kaiserpermanente.org)

- [www.ameli.fr](http://www.ameli.fr)

- [www.axa.fr/mutuelle-sante](http://www.axa.fr/mutuelle-sante)

- [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr)

- [www.dmp.gouv.fr](http://www.dmp.gouv.fr)

- [www.dmp-haute-normandie.fr](http://www.dmp-haute-normandie.fr)

- [www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

- [www.maredia.fr](http://www.maredia.fr)

- [www.ordre.pharmacien.fr](http://www.ordre.pharmacien.fr)

- [www.reseau-chu.org](http://www.reseau-chu.org)

- [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

- [www.securite-sociale.fr](http://www.securite-sociale.fr)

- [www.socialsecurity.gov](http://www.socialsecurity.gov)

- [www.statistiques-mondiales.com](http://www.statistiques-mondiales.com)

- [www.imshealth.com](http://www.imshealth.com)

- [www.legalarchiver.org](http://www.legalarchiver.org)

- [www.ncsl.org](http://www.ncsl.org)

- [ansm.sante.fr](http://ansm.sante.fr)

- [www.ema.europa.eu](http://www.ema.europa.eu)

**Thèses :**

- ORIOL, Jean-Paul

Des HMO (health maintenance organization) dans le système de santé français ?

Th. D : Médecine, Paris VII, 1990.

- POWELL ROUSSIN, Lydie

Etats-Unis, les HMO : une alternative à la faillite du système de santé

TH. D. : Médecine, Paris VII, 1992.

- BAUDOIN, Martine

Le système de santé américain : un exemple d'efficacité pour la France ?

Th. D. : Pharmacie, Paris V, 1995.

- PERNEL, Guillaume

Un système de protection sociale : le managed care

Th. D. : Pharmacie, Caen, 1998.

- BEGUE, Adrien

Système de santé aux Etats-Unis et en Orégon : une source d'inspiration pour la réforme du système de Sécurité Sociale français ?

Th. D. : Pharmacie, Poitiers, 2004.

- BERGUIG, Carole

Comparaison des réseaux de santé et des HMO américains

Th. : Droit médical, Paris VIII, 2004.

- BARBERA, Sara

Le système de santé américain : financement, organisation et place des génériques

Th. D. : Pharmacie, Aix-Marseille, 2004.

- COHEN, Tina

Systèmes de santé français et américain : entre principe de solidarité et loi du marché, une comparaison portant sur le médicament

Th. D. : Pharmacie, Paris Descartes, 2005.

- ALIBERT, Vincent

La pharmacie d'officine aux USA

Th. D. : Pharmacie, Toulouse, 2006.

- SOUAIDET, Thomas

La réforme du système de santé américain

Mémoire : Sciences économiques et gestion, Toulon, 2012.

- BOUST, Emmanuel

Education thérapeutique du patient diabétique de type 2 : Pratiques, besoins et perspectives des médecins généralistes de la région Dieppoise, dans le contexte de création d'une antenne locale de l'association MAREDIA

Th. D. : Médecine, Rouen, 2014.

-JUVEN, Pierre-André

Une santé qui compte ? Coûts et tarifs dans la politique hospitalière française

Th. D. : Sociologie, Paris, 2014.

- DUPUY Marion

Les nouvelles missions du pharmacien d'officine apportées par la loi Hôpital-Patient-Santé-Territoire, illustrées par l'entretien pharmaceutique des patients insuffisants respiratoires,

Th. D. : Pharmacie, Rouen, 2014

## **GONNET Marie**

### **Les Health Maintenance Organizations (HMO) : une source d'inspiration pour la France ?**

Th. D. Pharm., Rouen, 2014, 102 p.

---

#### **RESUME**

Ces dernières années, le déficit de la Sécurité Sociale n'a fait qu'augmenter. La France doit donc trouver des solutions pour économiser en matière de santé tout en gardant la qualité des soins qui la caractérise et la fait se classer dans les meilleurs systèmes de santé au monde.

Le système de santé aux Etats-Unis, même s'il comporte de nombreux défauts notamment en termes d'inégalités et de coûts, comparé aux autres pays développés, mérite que l'on s'y attarde. Le principe du *Managed Care* développé dans les HMO, ainsi que le fait de penser la santé comme un réseau sont des pistes intéressantes pour réduire les coûts dans notre pays tout en maintenant ou améliorant la qualité du système. Ainsi les HMO sont à la fois des assurances santé et des organismes qui fournissent des soins, tout en maîtrisant les coûts.

Il existe déjà en France des réseaux qui se sont mis en place grâce à l'énergie de professionnels de santé et face aux besoins qui émanaient de certains malades. Ces réseaux semblent être une réussite et nous montrent qu'un tel projet est faisable en France. Toutefois, ils se limitent à de l'éducation thérapeutique, de la prévention et aux soins pour certains, de plus ils touchent une population limitée et s'attachent à une pathologie précise. Ces réseaux sont donc encore loin des HMO américaines.

Si la volonté des pouvoirs publics va dans ce sens, à l'image de certaines mutuelles, et si les HMO sont adaptées aux spécificités culturelles françaises, il est possible de créer un tel projet qui sera bénéfique à notre système de santé dans de nombreux domaines (qualité, diminution des coûts, efficacité), car les HMO américaines méritent d'être une source d'inspiration pour le système de santé français.

---

**MOTS CLES** : Santé publique – Health Maintenance Organization – Réseaux de santé – Etats-Unis – France

---

#### **JURY**

Président : Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB, Maître de Conférences des universités

Membres : Mme Elisabeth SEGUIN, Professeur

Mme Agnès CAILLAUD, Docteur en Pharmacie

---

**DATE DE SOUTENANCE** : 2 octobre 2015