
N° 36 | 2025
varia

Entre liberté de choix et efficacité économique

Les Accountable Care organizations au regard de l’histoire du Managed Care

Véronique PAREL *Maître de conférences*

UFR Economie

Centre d'Economie de la Sorbonne

Pantheon-Sorbonne University

Antoine MARSAUDON *Maître de conférences*

Economie

Liraes (URP 4470)

University of Paris

Édition électronique :

URL :

<https://revue-rfse.numerev.com/articles/revue-36/3373-entre-liberte-de-choix-et-efficacite-economique>

ISSN : 1966-6608

Date de publication : 25/08/2025

Cette publication est sous licence **CC BY-NC-ND** (Attribution - No commercial - No derivatives).

Pour **citer cette publication** : PAREL, V., MARSAUDON, A. (2025) Entre liberté de choix et efficacité économique . *Revue Française de Socio-Economie*, (36). <https://doi.org/10.34745/>

Mots-clés :

Article

Entre liberté de choix et efficacité économique

Les Accountable Care organizations au regard de l'histoire du Managed Care

Balancing Patient Choice and Economic Efficiency

Accountable Care Organizations in the Historical Context of Managed Care

Introduction

Le *Managed Care* a constitué une révolution inédite aux Etats-Unis. Pour beaucoup, il renvoie aux soins prépayés et en particulier aux *Health Maintening Organization* (HMOs)^[1], ces dispositifs emblématiques des années 1980, incarnant le développement de la concurrence et des mécanismes de marché dans l'offre de soins. Développées sur la base de trois principes fondamentaux, que sont le renforcement des soins primaires, le pré-paiement et les contrats sélectifs (conventions établies entre assureurs et producteurs de soins sur les prix et les volumes de soins délivrés), les HMOs restent à ce jour, aux Etats-Unis et pour un grand nombre de pays^[2], une référence historique. Elles introduisent, en effet, le début d'une ère nouvelle, celle de la « rationalisation économique » dans la délivrance du soin.

Depuis 50 ans, beaucoup de travaux ont porté sur le développement du *Managed Care* et de ses différentes structures. Ils font valoir autant les espoirs portés par ces dispositifs en termes d'efficience, de maîtrise des dépenses de santé et d'accès aux soins, que leurs bilans économiques, à la fois contrastés et controversés (Rodwin, 1985, Blendon *et al*, 1998 ; Simon *et al*, 1995 ; Cutler et Reber, 1998 ; Luft *et al*, 2002 ; Fisher *et al*, 2010 ; Polton, 2004). En effet, la crise majeure que traverse le *Managed*

Care (Managed Care backlash), à la fin des années 1990, alimente alors un constat d'échec généralisé, échec quant à sa capacité à contenir les coûts médicaux et à délivrer une médecine de qualité. Cependant, et en dépit de ces analyses, le *Managed Care* continue d'incarner un modèle « de réussite » partout dans le monde. Aux Etats-Unis, les *Accountable Care Organizations (ACOs)*, derniers dispositifs du *Managed Care* ont été créés en 2012, par l'« Obamacare ». Ils prennent aujourd'hui en charge plus de 13 millions de personnes, soit notamment plus d'un assuré Medicare sur 2 (CSM, 2024).

On ne comprend pas la permanence de ces dispositifs dans le temps, si l'on ne saisit pas les fondements institutionnels du *Managed Care*. Ceux-ci s'inscrivent aux Etats-Unis, dans l'histoire particulière des réseaux de soins et se développent en réponse à un objectif fondamental, celui du développement de l'accès aux soins. Nous ferons valoir ici que cet objectif et en particulier « ce qui fait obstacle à l'accès aux soins », évolue avec les transformations sociales et les besoins sanitaires qui les accompagnent. Les réseaux de soins se développent en effet, initialement en réponse à la révolution industrielle, tandis que les épreuves du travail industriel exposent les ouvriers à la maladie et aux accidents du travail, et que s'imposent des exigences croissantes en matière de productivité. L'accès aux soins, - alors compris comme la possibilité géographique et financière, d'avoir recours aux services d'un médecin - apparaît dès lors comme une nécessité croissante. Le *Managed Care*, à proprement parler, se structure dans cette continuité, à l'aune des années 1970. La question de l'accès aux soins aura cependant alors évolué, elle renvoie désormais à un problème de maîtrise des coûts médicaux.

L'analyse du *Managed Care* que nous proposons ici s'inscrit donc dans une perspective socio-économique. Elle cherche en particulier à faire valoir des contextes économiques et politiques successifs, conduisant les dispositifs de *Managed Care* à évoluer, à s'adapter et à répondre en permanence aux évolutions sociales et sanitaires de la population américaine. C'est dans le cadre de cette perspective et au regard d'une telle continuité historique, que nous aborderons l'analyse des *Accountable Care Organizations*. Il s'agira de comprendre les raisons de leur développement spectaculaire, en dépit et sur la base d'un effondrement économique sans précédent du *Managed Care* dans le pays, quelques années plus tôt.

L'article se structure de façon chronologique. La première partie fait valoir les conditions d'émergence du *Managed Care*, qui s'inscrivent en continuité des premières coopératives de soins, lesquelles se structurent à la fin du XIXe siècle. Le *Managed Care* se développe ensuite progressivement à partir des années 1920. L'impulsion politique et institutionnelle n'est cependant donnée qu'en 1971, dans le cadre du « *HMO Act* », porté par l'Administration Nixon. L'Administration républicaine porte alors création des *HMOs*, réseaux de soins emblématiques des années 1970 et 1980 aux Etats-Unis. Une attention particulière est ensuite donnée à l'effondrement de ces dernières structures, à la fin des années 1990 - le *Managed Care backlash* - et à son interprétation, permettant de qualifier à la fois le contexte de crise dans lequel se développent les *ACOs* actuelles et de cibler les attentes qui s'en dégagent. La

deuxième partie propose une analyse des *ACOs*, au regard de l'évolution précédente. Elle fait valoir les nouveaux attendus de la société en matière sanitaire, alimentés par un progrès médical inédit au sein duquel se développent une pluralité de protocoles et une « médecine personnalisée ». Dans ce contexte, une exigence de liberté de choix, émanant à la fois des patients et des praticiens viendra remettre en question les processus de rationalisation de soins que les premières *HMOs* avaient introduits. Les *ACOs* se développeront en réponse à ces nouvelles attentes.

L'apport de cet article consiste à d'abord faire valoir l'importance déterminante du cadre institutionnel et social dans la compréhension des évolutions économiques d'un dispositif tel que le *Managed Care*. Il montre comment les enjeux et attendus sociaux les orientent et les structurent. Un second résultat porte sur le développement de la liberté de choix des soins. Celle-ci apparaît ici comme une évolution fondamentale de nos sociétés mais également comme une limite significative à l'efficacité économique du *Managed Care* actuel. Plus largement, ce travail invite à une réflexion sur les conséquences du développement de la liberté de choix médical dans nos économies et dans les politiques de santé à conduire.

I Le développement du *Managed Care* aux XIXe et XXe siècles

Le prépaiement comme dispositif de cofinancement des soins dans l'Amérique industrielle du XIXe siècle

L'offre de soins procède aux Etats-Unis, d'une longue tradition de soins intégrés, ce qui constitue une particularité au regard de l'Europe. Les premiers réseaux de soins naissent avec la révolution industrielle. Dès le milieu du XIXe siècle, des associations d'ouvriers se structurent dans l'objectif de s'attacher les services d'un médecin, on parlera alors de coopératives de santé. L'industrialisation rapide du pays s'accompagne d'une progression inédite d'accidents et de maladies professionnelles qui nécessitent de fréquentes prises en charge médicales. L'accès aux soins s'impose dès lors comme une nécessité.

Les coopératives de santé fonctionnent sur la base d'un prépaiement, une somme forfaitaire, mensuelle le plus souvent, donnant, en fonction des besoins, un accès aux soins à l'ouvrier et à sa famille. Les médecins y jouent un rôle structurant. La plupart du temps, ils sont à l'origine même de ces dispositifs de soins prépayés, y trouvant la garantie d'une demande solvable à une période où l'assurance santé est quasi inexistante. Ces coopératives regroupent dans un premier temps une clientèle à la fois hétérogène et familiale que les médecins cherchent à fidéliser. Ces structures de soins prépayés se développeront jusqu'au milieu du XXe siècle, sur l'ensemble du territoire américain, y compris dans les régions reculées, moins industrialisées du pays. Elles permettront d'homogénéiser la prise en charge médicale sur le territoire. Plusieurs coopératives ont marqué l'histoire de la protection sociale américaine, la coopérative agricole d'Elk City par exemple, en Oklahoma, portée par un syndicat des fermiers. Sur les côtes Est et Ouest du pays, ces structures peuvent prendre en charge un nombre

considérable d'ouvriers^[3]. Progressivement, à mesure que le nombre de patients augmente, des réseaux de plusieurs médecins se structurent afin d'y faire face.

A l'instar des médecins, les employeurs comprennent progressivement leur intérêt à voir se développer ces dispositifs de soins prépayés. Pour ces employeurs, l'accès aux soins constitue à l'évidence, un paramètre non négligeable à faire valoir dans le recrutement d'une main d'œuvre parfois rare dans le contexte concurrentiel de l'industrialisation. Il représentera bientôt une composante essentielle du salaire, amorçant ce qui s'affirmera progressivement comme la protection sociale d'entreprise. Toutefois, le développement des assurances santé viendra bouleverser cette première organisation des soins.

Les années 1930 verront à la fois le développement du progrès médical et des premières assurances privées dans le domaine de la santé. De nouvelles perspectives de profit s'ouvrent avec le financement des soins par ces assurances. Organisée sur la base d'une large échelle de cotisants, l'assurance privée offre désormais aux médecins, l'opportunité de négocier des honoraires possiblement plus élevés et surtout d'élargir leur clientèle. Face à une pratique médicale qui s'est sensiblement développée et un recours aux soins plus systématique, il n'est plus question, pour les médecins, de se garantir uniquement la sécurité d'une clientèle fidèle et solvable. Dès le début des années 1930, plusieurs grandes assurances, telles que la *Blue Cross*, seront même créées par des médecins. Alors qu'ils en avaient été pourtant souvent à l'origine, la plupart d'entre eux s'opposent désormais aux coopératives de santé. Cette hostilité nouvelle s'incarne en particulier dans les positions du puissant syndicat des médecins,

^[4] l'AMA^[4], lequel fustige désormais les coopératives en question et « leur corporatisme ». Dans leur majorité, les coopératives de santé ne survivront pas au

développement des assurances privées^[5]. A la fin des années 1960, les coopératives sont en effet devenues minoritaires et ne prennent plus en charge qu'une très faible proportion de la population américaine. Dans l'histoire de la médecine américaine, il s'agit là d'une étape importante.

L'ère de la maîtrise des dépenses de santé : le prépaiement comme dispositif de rationalisation des soins

Le début des années 1970 fait réapparaître la question de l'accès aux soins, de façon prégnante. La crise économique et politique que traverse alors l'Amérique se traduit sur le plan sanitaire par un net recul de l'accès aux soins, essentiellement en raison des hausses des coûts médicaux devenus exorbitants. Dans un contexte politique particulièrement tendu, Ted Kennedy porte le projet démocrate et plaide pour l'instauration d'une assurance universelle. La mise en place d'une telle assurance est

cependant jugée comme une mesure bien trop « anti libérale » par Richard Nixon, alors au pouvoir. Pour l'Administration républicaine, il s'agit d'abord de stabiliser les prix médicaux, qui compromettent l'accès aux soins d'un grand nombre d'Américains. Les réseaux de soins prépayés seront alors perçus comme le moyen d'y parvenir.

L'un des grands inspirateurs de la loi en préparation est l'économiste Alain Enthoven, promoteur de la nécessité d'une gestion rationnelle de l'offre de soins pour en diminuer les coûts. Il s'agit, selon lui, d'éviter toute intervention massive de l'Etat. Il préfère lui substituer un dispositif concurrentiel entre les offreurs de soins [Chambretaud, 2002]. Paul M. Ellwood, médecin et conseiller du Président républicain sera également un partisan convaincu des soins pré-payés. Là encore, le rôle des médecins sera important dans la réhabilitation de ces structures de soins. C'est principalement le principe de prépaiement, sur lequel était fondé le fonctionnement des coopératives qui aura retenu l'attention du législateur. On parle désormais de dispositif de responsabilisation des médecins. Pratiquement et comme dans les coopératives, le praticien reçoit une somme forfaitaire, indépendante du recours effectif aux soins. Dans le cadre d'un tel mode de financement, le médecin a intérêt à déployer efficacité et rapidité dans la prise en charge médicale de ses patients. Les praticiens sont ici incités à limiter le nombre de consultations [Douven *et al.*, 2015 ; Cromwell *et al.*, 1997 ; Satin et Miles, 2009]. Dans ces nouveaux dispositifs, plusieurs formes de rémunération se développeront ; soit les médecins sont rémunérés sur la base d'un paiement *Per capita*, calculé en fonction du nombre de bénéficiaires et ajusté en fonction du sexe et de l'âge (cas des *staffs models*) ; soit la capitation est globale, c'est-à-dire que les médecins perçoivent une enveloppe globale, à partir desquelles ils doivent financer la totalité de leurs prestations. Ils assument personnellement les éventuelles nécessités de dépassements. Dans ce cas, la totalité du risque financier est transféré des assureurs vers les praticiens. Ces « nouveaux dispositifs » s'inscrivent, par ailleurs, dans un cadre où s'exerce une concurrence par les prix. C'est en effet dans le cadre d'une telle concurrence, que les prestataires seront incités à produire au moindre coût. Ceci donne la mesure de ce qui a été parfois désigné comme une véritable révolution aux Etats-Unis ; les dispositifs de soins intégrés apparaissant comme une réelle alternative à la médecine libérale, très attachée au paiement à l'acte [Rodwin, 1985].

Le développement des *Health Maintening Organizations (HMOs)* illustre ces nouvelles versions de modèles de soins prépayés. L'administration Nixon fera adopter le *HMO*

[6]
Act le 29 décembre 1973. La loi de 1973 vise à encourager la création à grande échelle de ces nouvelles *HMOs* [Rodwin, 1985]. Elle prévoit des subventions fédérales substantielles, des aides techniques consenties aux différents Etats et aux entreprises qui s'engagent à promouvoir le développement de ces structures, notamment en zones rurales [Chamberetaud, 2002]. La loi oblige par ailleurs, les employeurs de plus de 25 salariés, qui ont fait le choix de fournir une assurance maladie à leurs employés, de

[7]
proposer au moins un *HMO* - certifié au niveau fédéral, parallèlement aux assurances traditionnelles. A l'aune des années 1970, le développement des *HMOs* est

donc porté par une volonté politique explicite mais aussi, dans le secteur privé, par des employeurs inquiets de la progression des coûts médicaux, notamment dans les grandes entreprises [Enthoven, 1993 ; Bocognano, 1999]. S'agissant de l'assuré, la décision d'adhérer ou non à un *HMO* se doit de ne pas être obligatoire, elle relève d'un choix, celui du choix du consommateur [Rodwin, 1985 ; Enthoven, 1993].

[8]

Dès le début des années 1970, plusieurs modèles se structurent au sein des *HMOs*____. Dans tous les cas, les assureurs pilotent ces dispositifs et y imposent des exigences de rationalisation dans la délivrance des soins. L'assureur, sélectionne en particulier, les prestataires de soins les plus performants, souvent les plus diplômés et ceux qui en général pratiquent une médecine peu onéreuse. On développe en particulier, au sein de ces réseaux de soins, une médecine préventive, dont on espère qu'elle limitera le nombre d'épisodes morbides, d'éventuelles rechutes et de ré-hospitalisations particulièrement coûteuses. En pratique, la plupart des protocoles de soins répondent à des critères prédéfinis (*medical guidelines*). Ainsi, la prise en charge de chaque pathologie est définie dans le cadre d'un référentiel précis, incluant ou non d'éventuels

[9]

prescriptions ou examens complémentaires____. Ces médecins font aussi l'objet de contrôles administratifs permanents et continus (*current review*). Il s'ensuit de faibles marges de manœuvre pour les praticiens. Enfin, l'inscription de ces structures dans un cadre concurrentiel conduira les assureurs financeurs à faire peser sur les praticiens une pression constante.

L'adhésion des médecins à ces structures du *Managed Care* a d'abord été massive. On estime qu'en 1995, 83% des médecins étaient au moins engagés dans un contrat de *Managed Care* [Simon *et al.*, 1995]. L'engagement des médecins au sein des structures a toutefois été associée à des conséquences significatives sur la pratique médicale et la rémunération des praticiens. Simon, *et al.* ont montré qu'entre 1989 et 1995, la rémunération des médecins généralistes augmentaient significativement dans les États où le taux de pénétration du *Managed Care* était important [Simon *et al.*, 1995]. On observait, en revanche sur la même période et dans les mêmes États, des taux de croissance plus faibles en matière de rémunération des médecins spécialistes (anesthésiste, radiologiste, pathologiste). Par ailleurs, plusieurs études ont fait valoir que le *Managed Care* était associé à une augmentation importante du nombre de

[10]

médecins généralistes, et une diminution significative de médecins spécialistes____ [Dranove *et al.*, 1998 ; Arnoult *et al.*, 1984 ; Gamliel *et al.*, 1995].

Toutefois, entre 1994 et 2009, le pourcentage de médecins engagés dans une structure du *Managed Care* cesse de progresser puis régressent à hauteur de 75% [Rodwin, 2009]. Certains médecins tentent en effet alors d'échapper à la gestion rigoureuse et contraignante des assureurs. Ils créeront notamment les *PSO* (*Physician Sponsored Organization*) ou des *Physician -Sponsored Networks (PSNs)* pour faire concurrence aux assureurs. Ce type de structures d'offre de soins sont gérées par des médecins et s'adressent directement aux acheteurs de soins, telles que les entreprises déjà

assurées ou autres plans de santé agréés. Notons qu'elles adoptent pour la plupart d'entre elles, les mêmes référentiels dans la pratique médicale que les *HMOs* [Rodwin, 1985].

Le bilan des *HMOs* fait encore débat aujourd'hui. Il reste en particulier, difficile d'évaluer l'efficacité de ces structures dans la maîtrise des dépenses de santé. Une des raisons principales est l'existence d'auto-sélection, c'est-à-dire la possible sélection des risques au sein de ces structures. En effet, si les primes affichées par les assureurs-*HMO* sont en effet plus basses que celles affichées par les assureurs traditionnels, il reste néanmoins difficile d'en interpréter la raison. S'agit-il d'une sélection plus favorable des risques (les *HMOs* sélectionnant les « bons risques », les plus jeunes et moins malades) ou bien d'une gestion plus efficace de l'offre de soins et du risque thérapeutique ? Cutler et Reber ont notamment montré dans le cadre d'une expérience conduite à l'université de Harvard, que la mise en concurrence des contrats

[12]

d'assurance conduisait à une migration des bons risques vers les contrats *Managed Care* et parmi eux, les plus contraints en matière de choix. A terme, la mutualisation des risques offerte par les assurances traditionnelles ne se faisait que sur la base des mauvais risques restants, donnant lieu à une hausse des primes d'assurance [Cutler et Reber, 1998]. Dans cette même perspective, les études de Luft et Miller réalisées au début des années 1990 ont montré que les *HMOs* ont tendance à attirer les clients en bonne santé plutôt que les autres. Les plus malades apparaissent très soucieux de conserver une liberté de choix des praticiens et des hôpitaux [Miller et Luft, 1991 ; Hellinger *et al.*, 1995].

Cela établi, et indépendamment de ce qui précède, les *HMOs* ont affiché des bénéfices économiques évidents [Blendon *et al.*, 1998 ; Luft *et al.*, 2002 ; Polton, 2004]. Les coûts des soins des *HMOs* demeurent inférieurs à ceux qui sont financés par les autres assurances du pays (de 11 à 34% en moins) [Luft *et al.*, 2002]. Miller et Luft 1994, 1997, 2002 ont montré que les bénéficiaires des *HMOs* avaient des coûts et une utilisation des services de santé inférieurs à ceux des bénéficiaires de l'assurance traditionnelle [Miller et Luft, 2002]. Ces travaux rendent également compte d'une consommation de soins hospitaliers moindres au sein des *HMOs*, permettant à leurs

[13]

adhérents de réduire leurs dépenses de santé globales. Les taux d'admission à l'hôpital seraient inférieurs de 30 à 40 % dans les structures de soins prépayés par rapport aux structures de soins traditionnelles [Rodwin, 1985]. Shen *et al.* ont, par ailleurs examiné l'impact des *HMOs* sur les dépenses hospitalières totales et ont constaté qu'une augmentation de 10 % des inscriptions dans les *HMOs* était associée à une réduction de 4,1 % des coûts d'exploitation totaux entre 1994 et 1999 [Shen *et al.* 2010]. Bocognano rend également compte de durées d'hospitalisation moindres dans les *HMOs*, de même qu'une diminution du nombre d'exams coûteux. On observe par ailleurs, des fermetures des lits d'hôpitaux plus fréquentes lorsqu'ils sont affiliés à une *HMO* [Baker, 1997]. La participation financière des patients est, en définitive, inférieure à celle des assurés des autres structures de soins [Luft *et al.*, 2002].

L'impact des *HMOs* sur les dépenses de santé est plus difficile à établir. Baker et Sharkarkumar ont étudié l'impact des (taux de pénétration des *HMOs* au sein de Medicare) sur les dépenses de Medicare. En utilisant des données de 1990 à 1994, ils ont montré qu'une augmentation de 10 % de la pénétration des *HMOs* au sein de Medicare se traduisait par une baisse de 2 % des dépenses de Medicare [14] [Baker et Sharkarkumar, 1998].

II Du *Managed Care Backlash* au développement des *Accountable Care Organizations*

La fin des années 1990 donnera lieu à ce qui a été nommé, le « *Managed Care backlash* » [Robinson, 2001 ; Mechanic, 2004]. On assiste alors, en dépit des résultats affichés, à des faillites financières en nombre, pour les *HMOs* et à plusieurs procès médiatisés, faisant valoir l'insuffisance des moyens thérapeutiques dans la prise en charge médicale des patients [Luft et Miller, 2002]. La réalité d'une telle crise reste à ce jour parfois contestée, tant la « révolution des *HMOs* » demeure perçue comme une avancée inédite dans l'histoire de la médecine américaine [Rodwin, 1985]. Ce qui est certain, c'est qu'il s'est développé, à la fin des années 1990, une crise de confiance à l'égard de ces structures [Draper *et al.*, 2002]. Ce qui apparaît alors comme une insuffisance de qualité s'incarne en réalité dans la restriction de choix des traitements thérapeutiques, des protocoles et des médicaments, dans l'absence de liberté de choix des praticiens et des hôpitaux qui s'exerce au sein de ces dispositifs [Fisher *et al.*, 2010 ; Luft *et al.*, 2002]. Ces insuffisances pénalisent au premier chef les populations les plus précaires, elles-mêmes dans l'incapacité de financer un accès aux soins extérieur aux réseaux.

Des réglementations ont cherché à répondre à cette défiance. En particulier, les lois sur les fournisseurs volontaires (*Any Willing Provider Law* (AWP [15])) et sur la liberté de choix (*Freedom of choice law* [16] (FOC)) visent à améliorer la possibilité de choix des patients au sein des réseaux de soins [Hellinger, 1995, 2005 ; Silberman et James, 2000]. Les lois sur les FOC donnent, par ailleurs, aux patients un accès direct aux spécialistes sans l'autorisation d'un médecin de premier recours [Hellinger, 1995, 2005]. Pour certains, ces deux lois ont entraîné une augmentation des primes, réduisant ainsi la demande de plans *HMO*. Par ailleurs, le renforcement du pouvoir de négociation des hôpitaux, par le biais des regroupements d'hôpitaux a limité la position des *HMOs* dans les négociations contractuelles avec ces prestataires de soins [Shen et Melnick, 2006 ; Chernew *et al.*, 2008 ; Dugan, 2015].

Plusieurs auteurs ont cherché à expliquer la reprise de la hausse des coûts médicaux au sein des *HMOs* après 2003, par l'existence de ces réglementations [Dugan, 2015]. En réalité, il faut comprendre que le désaveu des assurés ont conduit les *HMOs* à multiplier et à renchérir les options en matière d'offre de soins, au-delà même des

exigences introduites par les nouvelles réglementations. En d'autres termes, il a fallu répondre aux nouvelles exigences des assurés.

La maîtrise des dépenses de santé sous contrainte de liberté de choix des soins : un *Managed Care* de seconde génération

Une partie des praticiens ont également fini par rejeter ces structures *HMOs* [Robinson, 2001]. L'*American Medical Association (AMA)* a alors fait valoir son hostilité aux politiques de rémunération, en particulier à la rémunération forfaitaire, et à l'absence de liberté en matière de pratique médicale observés dans ces structures [Polton, 2004]. S'agissant de la rémunération des praticiens, certains expliquaient alors la faillite des *HMOs* par le fait que beaucoup de prestataires ne sont pas parvenus à maintenir le coût des soins en deçà des taux de capitation en vigueur. Beaucoup n'auraient survécu qu'en s'associant à d'autres groupes de fournisseurs, en « consolidant » ainsi leur position financière [Polton, 2004]. Ce faisant, ils ont progressivement développé, au cours des années 1980 et 1990, un pouvoir de marché, devenu aujourd'hui déterminant face aux assureurs dirigeant les *HMOs*. Ces restructurations ont permis aux médecins d'imposer des conditions de pratiques et de rémunération qui leur étaient plus favorables. En particulier, les médecins - qu'ils exercent à l'hôpital ou en ville - ont ici trouvé les moyens de sortir en grande majorité, du paiement à la capitation au profit du paiement à l'acte qui peu à peu se généralise dans le pays. Ce faisant, la responsabilité financière des praticiens ne repose désormais plus que sur des incitations ponctuelles [Polton, 2004, Miller *et al.*, 2002].

La liberté de choix - qu'elle s'applique au patient ou aux praticiens - a été progressivement intégrée par des *HMOs* d'une seconde génération, lesquelles ont en réalité peu de points communs avec le modèle initial de rationalisation. Ces réseaux de soins offrent une pluralité d'options, de protocoles et une liberté de choix qui répond assurément aux attentes des patients mais compromettent en retour toute possibilité de mutualisation des risques et donc de maîtrise des dépenses de santé [Polton, 2004]. Les parcours de soins personnalisés ont désormais remplacé les protocoles standards. Une concurrence non plus sur les prix mais sur la qualité des soins - traduite ici par une surenchère en matière d'options proposées au patient - s'est alors engagée entre les réseaux [Polton, 2004]. Ceci s'est révélé particulièrement coûteux.

Les coûts médicaux ont alors repris leur progression tendancielle, interrogeant sur la capacité de cette nouvelle génération de *HMOs* à continuer à les contenir efficacement. Shen *et al.* montrent qu'entre 2000 et 2005, une augmentation de 10 % de la pénétration des *HMOs* a été associée à une baisse de 2,5 % des coûts des hôpitaux, contre 4,1% avant 1998 [Shen *et al.*, 2010]. D'autres études ont observé des baisses similaires dans la maîtrise des coûts des services ambulatoires [Konetzka *et al.*, 2008 ; Landon *et al.*, 2012 ; Stevenson *et al.*, 2013].

Devant une telle évolution, la question est désormais la recherche d'un compromis

entre une possible maîtrise des coûts médicaux et une garantie de qualité des soins, qui se définit par la liberté de choix des patients. Le déploiement des *Accountable Care Organizations (ACOs)* vise à y parvenir.

Le développement des ACOs

Les *Accountable Care Organisation (ACOs)* désignent des regroupements de prestataires de soins, organisés le plus souvent par des médecins, qui s'engagent en effet à contenir les dépenses de santé et à améliorer la qualité des soins. Se structurant indépendamment des assurances, les *ACOs* présentent de ce fait, une différence essentielle avec les *HMOs*, formalisée en ces termes par Cutler : [au sein des *HMOs*] les assureurs « dictaient aux médecins et aux patients ce qu'ils étaient autorisés à faire et à ne pas faire » [Cutler, 2015, p.43]. La liberté de choix des praticiens y est apparue comme l'élément fondamental. Les patients des *ACOs* disposent en principe tous de cette liberté ; ils peuvent consulter des professionnels appartenant ou non à l'*ACO* qu'ils ont intégrée, au moment où ils le choisissent. La liberté d'exercice de la pratique médicale, quant à elle, est assouplie par le fait que ces dispositifs procèdent en grande majorité de l'initiative des médecins [Fisher *et al.*, 2010]. Dans cette même perspective, le pré-paiement et la capitation imposés ont progressivement disparu de ces nouvelles structures, donnant aux praticiens une liberté nouvelle en matière de rémunération. Par exemple, le paiement à l'acte est en vigueur dans les *ACOs Medicare MSSP*, tandis que ^[19] *Medicaid* privilégie le paiement *per capita*, et que d'autres *ACOs* privés ont adopté le budget global.

En substance, au sein des *ACOs*, les prestataires de soins sont liés par contrat avec un financeur, la plupart du temps *Medicare*. Ils définissent une cible de dépenses de santé par patient. Ce « budget- cible » correspond en général à la consommation historique du patient à la fois pour les dépenses ambulatoires et hospitalières. A l'issue de chaque année de contrat, le niveau des dépenses est comparé à cette cible. Si le niveau des dépenses réelles lui est inférieur, l'*ACO* génère des bénéfices. En revanche, si l'*ACO* génère des pertes financières, cela donne potentiellement matière à remboursements à l'assurance. Ce partage s'établit en réalité selon des modalités^[17] très variables d'une *ACO* à l'autre [Barnes A.J. *et al.*, 2014]. Par ailleurs, l'*ACO* ne peut recevoir des bénéfices que sous réserve d'avoir atteint des objectifs de qualité des soins^[18].

Au regard des *HMOs* et des structures initiales du *Managed Care*, les *ACOs* ont incontestablement introduit à la fois liberté de choix pour le patient mais également liberté d'exercice de la médecine, répondant ainsi aux attentes actuelles de la population. Il reste néanmoins à savoir si ces structures ont permis de réduire efficacement les dépenses de santé.

La réduction des dépenses de santé

A l'horizon d'une quinzaine d'années d'existence, plusieurs études ont été conduites pour évaluer les résultats financiers des *ACOs*. Elles convergent toutes pour l'essentiel vers les conclusions établies dans les études suivantes. Les études de Mc Williams *et*

ali et Nyweide ont notamment montré que sur le court terme (12 mois, puis 18 mois après la mise en place des premières ACOs) les ACOs font de légers bénéfices. Ils estiment, en effet, pour la première année, que les dépenses de santé sont inférieures de 29,2 dollars en moyenne, par trimestre et par patient soigné en ACO par rapport à celui soigné dans d'autres structures [McWilliams *et al.*, 2015, 2016 ; Nyweide *et al.*, 2015]. Au-delà de 1 an et avant 3 années d'exercice, les bénéfices annuels restent, en revanche, quasiment nuls (autour de 3 dollars par patient). Les auteurs montrent également que les bénéfices, quand ils existent, demeurent très concentrés sur certains types de dépenses : celles relatives aux soins aigus et post-aigus, les soins ambulatoires, contrairement aux soins hospitaliers, ou soins de prévention, qui eux, restent sur la période considérée, relativement stables d'une structure à l'autre [McWilliams *et al.*, 2015 ; Nyweide *et al.*, 2015]. Cela établi, il convient cependant d'envisager l'hypothèse d'un temps d'adaptation pour les professionnels de santé et de rendre compte des résultats obtenus par les ACOs, à l'issue de 3 à 5 ans d'exercice.

Sur cet horizon temporel, et en premier lieu, les études de Peikes *et al.*, 2009 ; Muhlestein et Hall, 2014 ; McWilliams *et al.*, 2014 établissent que les ACOs affichent des bénéfices qui demeurent en moyenne faibles au regard des autres structures. A un niveau agrégé, les bénéfices dégagés par les ACOs seraient en effet de l'ordre de 1,2 % à 1,4 %, dans les premières années de la période étudiée, puis généreraient ensuite des pertes de l'ordre de 0,3 % des dépenses de soins engagées [Kocot et White, 2015 ; Muhlestein, Saunders, et McClellan, 2016]. Là encore, les bénéfices restent concentrés sur certains types de soins, très ciblés, en particulier sur les dépistages (de la dépression, de l'obésité, du diabète et de l'hypertension artérielle) [Peikes *et al.*, 2009 ; Muhlestein et Hall, 2014 ; McWilliams *et al.*, 2014 ; McClellan *et al.*, 2015].

A l'issue de ces travaux, il apparaît que les ACOs n'apportent pas les résultats financiers escomptés ni même de bénéfices significatifs. Il semble dès lors que l'abandon des procédures de rationalisation des HMOs et les restrictions en matière de liberté de choix qui en étaient assorties, ai mis à mal toute possibilité de maîtrise de dépenses de santé au sein des nouvelles organisations du *Managed Care*. De ce point de vue et en dépit des procédures actuelles de limitation des coûts médicaux, l'introduction de la liberté de choix pour le patient et de liberté d'exercice de la médecine pour le praticien, semble constituer désormais un obstacle significatif à cette maîtrise des coûts, pourtant déterminante pour l'avenir de nos systèmes de santé.

Conclusion

Le *Managed Care* a constitué une véritable révolution dans le domaine médical. En particulier, les HMOs ont introduit, au début des années 1970, une rationalisation inédite de l'offre de soins, donnant lieu à un « modèle », représentant encore à ce jour, une réelle référence en matière d'organisation des soins. Le développement de ces dispositifs s'inscrit dans une histoire particulière, celle des coopératives de santé et des premiers réseaux de soins de la fin du XIXe siècle. Les HMOs résultent également,

en ce début des années 1970, de l'émergence d'une problématique nouvelle, celle de l'augmentation endémique des coûts médicaux, perçue désormais comme une menace délétère, en matière d'accès aux soins. De ce point de vue, les parcours de soins, les procédures strictes de rationalisation dans la délivrance des soins, la sélection étroite des médecins et des protocoles standardisés que ces *HMOs* instaurent, permettront de contenir les coûts médicaux, de façon inédite aux Etats-Unis.

Cependant, à la fin des années 1990, le progrès médical et la multiplication des protocoles qui l'accompagne, de même que la montée en puissance des lobbies des professionnels du soin (médecins, hôpitaux notamment) ont progressivement remis en question l'absence de liberté au sein de ces *HMOs*. Des exigences nouvelles en matière de liberté de choix des soins sont ainsi venues déliter les procédures de rationalisation introduites par ces dispositifs, aboutissant à la fin des années 1990 à une profonde crise du *Managed Care* (*Managed Care backlash*). C'est sur la base d'un tel effondrement, que seront créés en 2012, les *Accountable Care Organizations*.

Ces nouvelles structures laissent une place déterminante à la liberté de choix du patient et au libre exercice de la médecine. Par ailleurs, les médecins eux-mêmes, et non plus les assureurs, portent désormais les initiatives de rationalisation des soins. A l'issue d'une quinzaine d'années de développement aux Etats-Unis, il s'impose un bilan économique mitigé de ces dispositifs. Si, contrairement aux *HMOs*, ces structures ont su imposer le libre choix, leur capacité à contenir significativement les coûts médicaux reste néanmoins à démontrer.

Plusieurs résultats sont à dégager de cette analyse. Elle témoigne, en premier lieu, de l'importance déterminante des transformations sociales et des évolutions médicales dans la compréhension des orientations prises par le *Managed Care*. Ce faisant, celui-ci est aujourd'hui confronté à un arbitrage complexe entre liberté de choix du patient et maîtrise des coûts médicaux. En second lieu, et de façon plus générale, notre analyse invite à une réflexion plus large sur les conséquences relatives au développement de la liberté de choix des soins dans nos économies. De ce dernier point de vue, l'accès élargi à l'information et aux connaissances médicales, auquel s'ajoutent des attentes croissantes en matière de respect des libertés et des choix individuels, définissent de nouveaux défis économiques pour nos sociétés, défis auxquels il conviendra de répondre rapidement.

[1]

— Dès les années 1980, le *Managed care* a intégré, en plus des *HMOs*, une grande diversité de modèles, en fonction du rôle des assureurs dans la gestion de ces structures. Parmi ces modèles, on note principalement les *Preferred Provider Organizations* (*PPO's*) et les *Point of service* (*POS*). Dans tous les cas et malgré leur diversité (différences qui peuvent également porter sur la possibilité ou non, pour le patient, de pouvoir aller consulter en dehors du réseau), toutes ces structures intègrent au moins les

caractéristiques communes que sont le renforcement des soins primaires et le prépaiement, le conventionnement sélectif des médecins. Les *HMOs* incarnaient cependant jusqu'à la fin des années 1990, le modèle emblématique du *Managed Care*.

[2]

___ Dans la plupart des pays européens, des politiques de santé ont notamment introduit, à l'image des *HMOs*, des parcours de soins, un renforcement des soins primaires et le développement plus ou moins abouti selon les cas, de la concurrence entre assureurs et professionnels du soin.

[3]

___ Dans le secteur de l'énergie, le groupe médical Loos prendra en charge plus de 25 000 employés par an

[4]

___ L'*American Medical Association* a été créée en 1947 et exerce une influence encore aujourd'hui déterminante en matière de santé publique.

[5]

___ La 2^e guerre mondiale éclate sans que l'Administration Roosevelt, alors au pouvoir, ne parvienne à adopter une quelconque mesure en faveur de l'accès aux soins et d'un éventuel renforcement des réseaux de soins. La question de l'accès aux soins se pose alors davantage sous la forme de la création éventuelle d'une assurance maladie fédérale dans le cadre de la préparation du *New Deal*. Ce projet avait déjà été abordé en 1910 par l'*American Association for Labor Legislation*. En 1935, Roosevelt renoncera à faire adopter une assurance universelle fédérale pour plusieurs raisons, dont la crainte d'une opposition radicale de la part des médecins et la priorité de la lutte contre la pauvreté (Beland et Hacker, 2004).

[6]

___ Le *HMO Act* de 1973 vise à encourager la création de nouvelles *HMOs* au sein des différents Etats. L'*HMO Act* permettra le versement de 375 millions de dollars de subventions en direction de ces structures de soins. 120 nouveaux plans prépayés seront créés et 200 000 patients supplémentaires seront engagés dans ce type de contrats entre 1973 et 1976. Ce développement spectaculaire se poursuivra au cours des décennies suivantes ; il culminera en particulier dans les années 1985 - 1995. Le nombre des structures *HMOs* et les bénéfices économiques sont alors à un niveau inédit. Au milieu des années 1990, ces réseaux couvraient en effet plus de 45 millions de personnes aux Etats-Unis.

[7]

___ La certification s'obtient à condition que le *HMO* garantisse l'accès à une gamme de services donnés, parmi lesquels de médecine préventive.

[8]

___ Les *HMOs* regroupent principalement 3 types de structures : le *Staff Model* désigne l'organisation emblématique du *Managed Care* ; les médecins y sont directement employés par le *HMO*, et rémunérés, le plus souvent, à la capitation. Elle constitue le modèle ayant généré le plus de bénéfices. Parallèlement, le *Pre-paid Group Practices* (PGP) renvoie au cas où le *HMO* passe contrat avec une association (*partnership* ou corporation) de médecins pour assurer les soins de ville, enfin l'*IPA* (*Independent Practice Association*) renvoie à une association de médecins libéraux, dont une partie de la clientèle est adhérente à un *HMO*.

[9]

___ Le médecin est conduit de la même façon à observer un procès particulier pour le déclenchement des soins coûteux, lesquels sont soumis à autorisation spécifique.

[10]

___ Les auteurs rappellent en particulier la place déterminante des médecins de soins primaires au sein du *Managed Care*, conditionnant l'accès aux spécialistes. Toutefois, une attention est portée sur le fait que des spécialistes peuvent être consultés de façon externe au réseau de soins, ce qui rend difficile l'évaluation du nombre des spécialistes consultés par des patients adhérents à une structure du *Managed Care*.

[11]

___ A partir du début des années 1990, les « formes souples » du *Managed Care*, tels que les PPO's ou Pos, laissant des options

de choix des praticiens plus importantes, même si elles sont plus coûteuses pour les patients, se développent [Boccognano, 1999]. Les PPO's constitue la structure la plus populaire, couvrant près de la moitié des travailleurs couverts au milieu des années 1990 [Boccognano, 1999]. Les HMOs représentent un peu plus de 30% de cette population travaillante à la même période [Chamberaud et Lequet-Slama, 2002 ; Kaiser Family Foundation, 2021]. On observe, en revanche, à cette même période un recul des assurances traditionnelles sans contraintes sur le choix des praticiens.

[12]

___ On note, en particulier que les assurés en bonne santé valorisent davantage le niveau de la prime d'assurance santé au regard de la liberté de choix du praticien, qu'ils ne sont amenés à consulter que rarement. Les malades chroniques -en mauvais risques - en revanche, ont une forte réticence à changer de médecin.

[13]

___ A niveau de couverture équivalent, les dépenses de soins ambulatoires sont en revanche comparables pour les HMOs et les assurances traditionnelles.

[14]

___ Des travaux ultérieurs utilisant une série de données plus longue (1994-2001) ont montré qu'une augmentation de 1 % de la pénétration des HMOs au sein de Medicare était associée à une réduction de près de 1 % des dépenses de Medicare FFS [Chernew et al., 2008].

[15]

___ Cette loi oblige les réseaux d'assurances santé (comme les HMOs ou PPOs) à accepter tout fournisseur de soins de santé (médecin, hôpital, pharmacie, etc.) qui accepte les conditions contractuelles de l'assureur, même s'il n'est pas membre du réseau initial.

[16]

___ Cette loi FOC (Freedom of Choice law) permet à un assuré (un bénéficiaire d'assurance santé) de choisir librement un fournisseur de soins parmi les prestataires qualifiés, même si ce fournisseur n'est pas dans le réseau contractuel de l'assureur.

[17]

___ Les différentes modalités de ces ACOs portent à la fois sur les intéressements perçus et la part des pertes reversées. On distingue dès lors des ACOs de type 1, dans lequel la part reversée à l'ACO par Medicare est de 50% ; des ACOs de type 2, où la part reversée à l'ACO par Medicare est de 60%, tandis que la part reversée à Medicare par l'ACO en cas de perte peut varier de 40% à 60%. Et enfin dans les ACOs de type 3, il est prévu que la part reversée de Medicare à l'ACO soit de 75% en cas de bénéfice, l'ACO remboursant en retour 40 à 75% des pertes engagées à Medicare.

[18]

___ La qualité des soins est mesurée dans quatre domaines : l'expérience du patient, la coordination et la sécurité des soins, la délivrance de soins préventifs ainsi que la bonne prise en charge des populations à risque. Elle donne lieu à une notation.

[19]

___ Par exemple, dans le cadre des ACOs Pioneer, le paiement à l'acte s'applique dans les deux premières années du contrat, tandis qu'un paiement mensuel à la capitation associé à un financement à l'activité lui succède pendant les 3 années suivantes.