



**LES HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS DES ÉTATS-UNIS :
POTENTIEL D'IMPLANTATION AU CANADA**

**Philippe Le Goff
Odette Madore
Division de l'économie**

Le 24 mai 2002

**PARLIAMENTARY RESEARCH BRANCH
DIRECTION DE LA RECHERCHE PARLEMENTAIRE**

La Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement travaille exclusivement pour le Parlement, effectuant des recherches et fournissant des informations aux parlementaires et aux comités du Sénat et de la Chambre des communes. Entre autres services non partisans, elle assure la rédaction de rapports, de documents de travail et de bulletins d'actualité. Les attachés de recherche peuvent en outre donner des consultations dans leurs domaines de compétence.

**THIS DOCUMENT IS ALSO
PUBLISHED IN ENGLISH**

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	1
LES HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS : DESCRIPTION, MODÈLES, PRINCIPES ET CARACTÉRISTIQUES COMMUNES.....	3
A. Qu'est-ce qu'une HMO?.....	3
B. Quels sont les différents modèles de HMO?.....	5
1. Le Staff Model	6
2. Le Group Model.....	6
3. Le Network Model.....	7
4. Le Independent Practice Association Model	7
5. Les autres genres d'organisations de soins gérés.....	8
C. Les caractéristiques et principes de base des HMO.....	10
1. L'adhésion des membres.....	10
2. Le continuum de soins	11
3. Le rôle d'aiguilleur du médecin de famille.....	12
4. La prévention des maladies.....	12
5. La gestion serrée	13
6. Les systèmes d'information	13
CRITIQUES ET ENSEIGNEMENTS DE L'EXPÉRIENCE DES HMO	14
A. Critiques.....	14
B. Mesures adoptées par les HMO	18
POTENTIEL D'IMPLANTATION DES HMO AU CANADA.....	18
CONCLUSION.....	22



CANADA

LIBRARY OF PARLIAMENT
BIBLIOTHÈQUE DU PARLEMENT

LES HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS DES ÉTATS-UNIS : POTENTIEL D'IMPLANTATION AU CANADA

*Connaître un régime de soins gérés,
c'est n'en connaître qu'un seul.⁽¹⁾*

INTRODUCTION

Contrairement au Canada et à bien d'autres pays de l'OCDE – où un assureur unique (le gouvernement) finance les soins de santé – les États-Unis ont un système de soins de santé qui se distingue par une multiplicité de payeurs et d'acheteurs. L'assurance-santé publique, sous les régimes Medicare et Medicaid, protège environ 25 p. 100 de la population⁽²⁾. Ce pourcentage s'élève à 61 p. 100 pour l'assurance-santé privée, qui domine donc nettement le secteur (voir le tableau 1)⁽³⁾. La plupart des Américains bénéficient d'une assurance-santé dans le cadre du régime d'avantages sociaux de leur employeur, sinon ils peuvent acheter leur propre assurance-santé privée.

Une autre caractéristique du système de soins de santé américain est qu'il n'existe pas nécessairement – comme au Canada – de séparation nette entre les volets assurance-santé et prestation de soins. Cette coexistence des deux volets dans une même organisation est ce que les Américains appellent « managed care »* – les soins gérés, qui occupent une forte proportion du marché de l'assurance-santé et de la prestation de soins aux États-Unis. Les Health Maintenance Organisations (HMO) ou organisations de soins de santé intégrés en sont une variante.

(1) Neelam K. Sekhri, « Managed care: the US experience », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n° 6, 2000, p. 832 [traduction].

(2) *Medicare* est un régime fédéral d'assurance-santé pour les personnes âgées de 65 ans et plus, certains handicapés moins âgés et les gens ayant une insuffisance rénale terminale. *Medicaid* est un régime d'assurance-santé conjoint du gouvernement fédéral et des États offerts aux personnes à faible revenu.

(3) Malgré la disponibilité des régimes d'assurance-santé publique et privée, on estime que quelque 39 millions d'Américains, soit 14 p. 100 de la population, n'ont aucune assurance. De plus, une bonne partie des Américains demeurent sous-assurés.

* Dans le présent document, les termes anglais employés aux États-Unis sont présentés une fois, et ce, avec leur équivalent français, qui est utilisé par la suite. Cette politique permet de faire le lien avec le contexte américain, sans pour autant alourdir le texte. La section sur les modèles de HMO fait exception : en raison de la spécificité des modèles, la terminologie anglaise a été retenue.

Comme l'indique le tableau 1, 177,9 millions d'Américains – 62 p. 100 de la population – sont inscrits auprès d'une organisation de soins gérés, soit par l'intermédiaire de leur employeur, soit individuellement, soit dans le cadre des programmes publics d'assurance-santé Medicare et Medicaid. Près de 88 p. 100 des Américains couverts par un régime d'assurance-santé privée sont membres d'une organisation de soins de santé, ainsi que près de 15 p. 100 et 57 p. 100 des Américains couverts par Medicare et Medicaid, respectivement.

TABLEAU 1
ASSURANCE-SANTÉ
ET COUVERTURE AUX ÉTATS-UNIS, 2001

	Population (millions)	Population (pourcentage)	Soins gérés (millions)	Soins gérés (pourcentage du groupe visé)
Medicare	38,0	13,3	5,5	14,5
Medicaid	34,5	12,1	19,6	56,8
Assurance-santé privée	174,4	61,0	152,8	87,6
Population non assurée	38,7	13,6	0,0	0,0
TOTAL	285,6	100,0	177,9	62,3

Source : Managed Care On-Line (<http://www.mcareol.com>)

Par ailleurs, plus de 90 p. 100 des médecins de premier recours travaillent sous contrat avec des organisations de soins gérés. Enfin, les organisations de soins gérés cotées en bourse constituent environ 60 p. 100 du marché des soins gérés⁽⁴⁾.

Les HMO et les Preferred Provider Organizations (PPO) ou organisations dispensatrices de services à tarifs préférentiels – une forme d'organisation de soins gérés qui gagne en popularité au détriment des HMO – sont les deux composantes principales des soins gérés aux États-Unis (voir le tableau 2). Les HMO représentent sans doute l'une des expériences les plus originales en matière de gestion de soins de santé tentées au cours des dernières décennies dans les pays de l'OCDE. Malgré les critiques, elles constituent toujours aujourd'hui l'un des pivots du système de soins de santé des États-Unis et sont une source d'inspiration pour les pays qui désirent réformer leur système de soins de santé.

(4) Les deux dernières statistiques ont été tirées de Sandrine Chambaretaud et Diane Lequet-Slama, « Couverture maladie et organisation des soins aux États-Unis », dans *Études et Résultats*, Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, Ministère de l'emploi et de la solidarité, France, n° 119, juin 2001, p. 10 (www.sante.gouv.fr/htm/publication).

TABLEAU 2

**NOMBRE D'AMÉRICAINS INSCRITS AUPRÈS
D'UNE ORGANISATION DE SOINS GÉRÉS, 2001
(en millions)**

Organisations de soins de santé intégrés (HMO)	79,5
Organisations dispensatrices de services à tarifs préférentiels (PPO)	98,4
TOTAL	177,9

Source : Managed Care On-Line (<http://www.mcareol.com>)

Ce document fait le point sur l'expérience des HMO aux États-Unis afin d'en tirer certains enseignements pertinents pour le système canadien de soins de santé, en particulier dans le contexte de la réforme du secteur des soins de santé primaires. La première partie explique ce qu'est une HMO, en décrit les différents modèles et donne une liste des caractéristiques et principes qui leur sont communs. La deuxième partie s'intéresse aux critiques faites à l'endroit des HMO. Enfin, la dernière partie examine le potentiel d'implantation de la formule des HMO au Canada.

**LES HEALTH MAINTENANCE ORGANIZATIONS : DESCRIPTION,
MODÈLES, PRINCIPES ET CARACTÉRISTIQUES COMMUNES⁽⁵⁾**

A. Qu'est-ce qu'une HMO?

Les HMO peuvent être décrites comme des réseaux ou des organisations qui intègrent et coordonnent, pour le compte de leurs membres (ou adhérents), les trois fonctions que sont l'assurance-santé (privée ou publique), la prestation de soins et l'achat de services de santé.

Certaines HMO sont à but lucratifs et d'autres, à but non lucratif. Les HMO regroupent ainsi des compagnies d'assurance, des médecins, des fournisseurs de soins de santé,

(5) L'information contenue dans cette section a été tirée des documents suivants :

- Patricia LePore, *Managed Care and its Variations*, tiré du site Web de l'American College of Physicians et de l'American Society of Internal Medicine (http://www.acponline.org/counseling/managed_care.htm).
- Chambaretaud et Lequet-Slama (2001).

des hôpitaux et d'autres établissements de soins qui fonctionnent sur la base d'une relation d'affaires dont les modalités varient habituellement d'une organisation à l'autre. Certaines HMO emploient directement des fournisseurs de soins de santé (médecins, hôpitaux, laboratoires, médicaments, soins à domicile), alors que d'autres établissent avec eux des relations contractuelles.

En bref, les HMO jouent le rôle d'intermédiaires à divers degrés et à différents niveaux entre les assureurs et les fournisseurs de soins, les médecins généralistes et les patients et les médecins généralistes et les autres fournisseurs (hôpitaux, laboratoires, spécialistes, etc.). La diversité des ententes entre les parties constituantes des HMO fait en sorte qu'il y a autant de modèles qu'il y a de HMO.

Le concept des HMO a été mis au point aux États-Unis dans les années 1970⁽⁶⁾ afin de corriger trois problèmes reliés, c'est-à-dire l'approche passive de l'assurance-santé traditionnelle, le fractionnement dans la prestation des soins et la croissance rapide des coûts des soins de santé.

Premièrement, les HMO sont apparues comme une solution de rechange moins coûteuse à l'assurance-santé traditionnelle, cette dernière étant fondée essentiellement sur la rémunération à l'acte des médecins sans limitation des coûts et sur le remboursement des actes *a posteriori*. Les HMO ont introduit de nouveaux modes de rémunération pour les médecins et des incitatifs en faveur d'une utilisation rationnelle des ressources et de la limitation des coûts.

Deuxièmement, la prestation de soins de santé était auparavant très fragmentée. Chaque domaine de soins (primaires, secondaires, tertiaires) avait ses propres méthodes de travail et ses propres données sur les patients, sans réelle intégration entre les méthodes de travail et les données. Souvent, il n'y avait pas de mise en commun des dossiers sur les soins dispensés. Les HMO ont intégré les différents secteurs de la santé afin d'offrir un continuum de soins selon une approche axée sur le patient. L'intégration plus ou moins forte des fonctions d'assurance-santé et de prestation des soins permet aussi de mieux contrôler les coûts. Les primes exigées par les HMO sont souvent inférieures à celles des compagnies d'assurance-santé traditionnelle.

(6) En 1973, le Congrès américain a adopté la *Health Maintenance Organization Act*, qui a établi le cadre législatif des HMO. Depuis, plusieurs amendements ont été apportés à la loi pour ajuster la formule des HMO aux conditions changeantes du système de soins de santé et à l'évolution des besoins de la population américaine.

Enfin, la création des HMO est une tentative originale pour contenir, à la demande des assureurs et des employeurs, la hausse des dépenses de soins de santé. Rappelons que les employeurs paient la majeure partie des primes d'assurance-santé de leurs employés. Le principe sur lequel s'appuient les HMO à titre d'organisations de soins gérés est qu'une gestion plus serrée des ressources et une approche médicale basée sur la prévention des maladies permettent de mieux contrôler les coûts. Ce contrôle peut être réalisé :

- en imposant certaines normes en matière de prestation des soins;
- en assurant un suivi plus étroit du patient et en l'encourageant à adopter un mode de vie sain;
- en restreignant l'accès aux soins uniquement à ceux fournis au sein de la HMO;
- en rationalisant l'accès à des ressources spécialisées;
- en encourageant une concurrence plus forte entre les différents fournisseurs et établissements de soins.

La fonction d'acheteur de services est certes l'élément qui distingue les HMO des compagnies d'assurance-santé traditionnelle et qui différencie les systèmes de soins de santé américain et canadien. Cette fonction est similaire à celle des « caisses d'assurance-maladie » d'autres pays, tels que l'Allemagne et les Pays-Bas. L'achat est une fonction importante, qui introduit une nouvelle dynamique dans le système de soins de santé. En effet, cette fonction implique la négociation de contrats particuliers avec des fournisseurs de soins, la définition des responsabilités et le paiement des services, ce qui est très différent d'un système d'assurance-santé traditionnel (qui voit uniquement au paiement des services).

B. Quels sont les différents modèles de HMO?

À l'origine, les HMO étaient à la fois assureurs et fournisseurs *directs* de soins de santé. Au fil des ans, certains HMO se sont distanciés de la prestation directe en se limitant à un rôle d'intermédiaire entre les patients et les fournisseurs de soins. En dépit de leur grande diversité, les HMO peuvent être réparties en quatre grandes catégories, selon le statut des médecins et des hôpitaux qui y sont affiliés et de l'organisation administrative adoptée pour la prestation des soins. Ces quatre catégories sont :

- le Staff Model;
- le Group Model;
- le Network Model;
- l'Independent Practice Association Model.

1. Le Staff Model

Selon ce modèle, la HMO emploie directement les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé. En plus de leur salaire, les médecins peuvent recevoir des primes de rendement selon leur performance et leur productivité. La HMO est également propriétaire de centres de soins primaires et possède même ses propres hôpitaux. Elle peut aussi posséder des services de diagnostic, de laboratoire et de soins à domicile. L'accès aux soins intégrés se fait uniquement par l'entremise du médecin de famille (ou généraliste), qui joue le rôle de « gatekeeper » ou d'aiguilleur, en quelque sorte le point d'accès aux services de la HMO.

Dans le cadre de ce modèle, les médecins exercent exclusivement au sein de leur HMO. De façon générale, tous les soins ambulatoires sont fournis sous un même toit. Ce modèle est celui qui permet à la HMO d'avoir le plus de contrôle sur la prestation de soins prodigués par les médecins et les autres fournisseurs de soins de santé. C'est aussi le modèle le plus dispendieux à mettre en place, car il nécessite d'importants investissements en équipement et capital pour une clientèle assez limitée.

Du point de vue du médecin, ce modèle comporte un certain nombre d'avantages. En premier lieu, il procure une garantie et une stabilité financières grâce au salaire et à la régularité des horaires de travail. Ensuite, les aspects administratifs de la pratique médicale (facturation, perception, etc.) sont pris en charge par la HMO, laissant au médecin plus de temps pour concentrer son attention sur les soins aux patients. Enfin, les médecins bénéficient d'un accès à de l'équipement et à des services qu'ils pourraient difficilement se permettre au sein d'une pratique privée autonome (laboratoires, équipement de radiologie, etc.).

Le modèle comporte cependant certains désavantages pour le médecin. Le principal est probablement une certaine perte de contrôle sur sa pratique et son indépendance professionnelle, puisque les HMO exercent un haut niveau de contrôle sur la prestation des soins de santé par le truchement de lignes directrices et de protocoles cliniques. Bien qu'il s'agisse d'un irritant majeur pour de nombreux médecins et patients, ce contrôle exercé sur les soins prodigués – donc sur les coûts – est l'élément qui retient l'attention des observateurs étrangers.

2. Le Group Model

Contrairement à la HMO qui adopte le Staff Model, celle qui fonctionne selon le Group Model n'est pas à proprement parler l'employeur des médecins. Elle rémunère plutôt par capitation (un montant forfaitaire par patient) des groupes de médecins, fréquemment organisés

en équipes pluridisciplinaires, avec lesquels elle passe des contrats⁽⁷⁾. L'équipe se charge de répartir les fonds entre les différents médecins selon diverses modalités. Tous les médecins doivent être membres du groupe pour pouvoir fournir des services à la HMO. En outre, les médecins ne soignent que les adhérents de la HMO. De façon générale, tous les services de santé, à l'exception des soins hospitaliers, sont fournis sous un même toit.

De la même façon, la HMO n'est pas nécessairement propriétaire des hôpitaux, mais obtient plutôt leurs services au moyen de contrats.

Le Group Model permet, tout comme le Staff Model, de faciliter les revues d'utilisation, d'appliquer les lignes de pratiques cliniques et de standardiser les processus de soins. Les avantages pour les médecins sont similaires à ceux du Staff Model (heures régulières, salaire). Le groupe de médecins, cependant, exerce un certain degré de contrôle sur la pratique médicale.

3. Le Network Model

Le Network Model est basé sur un réseau au sein duquel une HMO passe des contrats avec une variété de groupes de médecins de premier recours, de spécialistes de plusieurs disciplines et d'hôpitaux. Les médecins pratiquent dans leur propre cabinet et non dans des centres de soins primaires fournis par la HMO. Ils sont rémunérés par capitation pour les services fournis aux adhérents de la HMO, mais ils conservent en même temps leur pratique à l'extérieur de l'organisation. Cependant, ces médecins demeurent assujettis aux lignes directrices de pratique clinique, aux revues d'utilisation et aux programmes d'assurance de la qualité pour que la HMO puisse maîtriser ses coûts.

Les groupes avec lesquels la HMO passe des contrats s'entendent pour fournir tous les soins nécessaires aux membres de l'organisation. Les médecins acceptent donc le risque d'assumer tous les coûts des soins fournis aux patients de la HMO, qu'ils soient inférieurs ou supérieurs au montant convenu.

4. Le Independent Practice Association Model

Ce modèle est le moins contraignant pour ce qui est de la pratique médicale. Les Independent Practice Associations sont des syndicats ou associations de médecins qui sont

(7) Au sujet de la capitation et des autres modes de rémunération des médecins, voir Michael Holden et Odette Madore, *La rémunération des médecins de premier recours*, Ottawa, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement, PRB 01-35F, 2002.

responsables de conclure des ententes de services avec les HMO selon des modalités et des honoraires qui sont négociés. Pour les médecins, l'appartenance à un syndicat améliore le rapport de force dans leurs négociations avec la HMO pour l'obtention de bonnes conditions de travail tout en leur permettant de conserver une large autonomie au sein de leur pratique privée. Les médecins touchent différentes formes de rémunération (capitation, rémunération à l'acte, montant forfaitaire), étant donné qu'ils maintiennent leur pratique privée et fournissent des soins à des membres de la HMO.

La HMO est plus difficile à gérer parce que les médecins sont dispersés. Cependant, elle offre à ses membres un réseau plus large de fournisseurs de soins. En outre, elle permet aux personnes qui le désirent de retenir les services de leur médecin de famille. L'un des désavantages de ces HMO est que le patient doit généralement se rendre à différents endroits pour recevoir des soins – par exemple les soins primaires, la cardiologie, la pédiatrie, la gynécologie. En outre, chaque endroit conserve ses propres dossiers médicaux. En conséquence, il est plus difficile de mettre en commun l'information relative aux patients.

5. Les autres genres d'organisations de soins gérés

Les Preferred Provider Organizations (PPO) ou organisations dispensatrices de services à tarifs préférentiels se sont développées aux États-Unis en réaction à certaines critiques à l'endroit des HMO. À la différence de la HMO, la PPO offre plus de liberté à ses adhérents et à ses fournisseurs de soins. Les adhérents ne sont pas obligés de consulter uniquement les médecins agréés par l'organisation ni de consulter au préalable le médecin de famille auquel ils sont liés. Ils sont toutefois incités à le faire en ce que leur participation au paiement des soins est beaucoup moins élevée s'ils se plient à cette exigence. Les médecins sont rémunérés à l'acte et non par capitation; ils s'engagent cependant à pratiquer des tarifs négociés pour les clients de la PPO. Contrairement à ce qui a lieu dans les HMO, le médecin généraliste ne joue pas le rôle d'aiguilleur.

Le Point of Service (POS) ou point de service est un modèle qui se situe à mi-chemin entre la HMO et la PPO. Essentiellement, il s'agit d'une « HMO ouverte », c'est-à-dire que ses adhérents peuvent décider d'être soignés au sein du réseau géré par leur HMO ou à l'extérieur de ce réseau, mais tout en conservant le droit au remboursement de leurs dépenses. Dans le second cas, ils doivent acquitter des frais modérateur élevés.

Le tableau 3 résume les principales caractéristiques des divers genres d'organisations de soins gérés aux États-Unis.

TABLEAU 3

LES DIVERS MODÈLES D'ORGANISATIONS DE SOINS GÉRÉS AUX ÉTATS-UNIS

MODÈLE	LIBERTÉ DE CHOIX DES PATIENTS	INCITATIFS FINANCIERS À L'INTENTION DES MÉDECINS	INFLUENCE SUR LA PRATIQUE MÉDICALE
HMO – Staff Model/ Group Model	Les membres sont assurés uniquement pour les services offerts au sein de la HMO.	Les médecins sont salariés et peuvent recevoir des primes de rendement.	Contrôle direct au moyen de lignes directrices de pratique clinique, de revues d'utilisation et de programmes d'assurance de la qualité.
HMO – Network Model	Les membres sont assurés seulement pour les services offerts par la HMO.	Les médecins sont rémunérés par capitation. Ils acceptent donc le risque d'assumer les coûts des soins dispensés aux patients de la HMO.	Contrôle indirect mais très serré comprenant des lignes directrices, des revues d'utilisation et l'assurance de la qualité.
HMO – Independent Practice Association Model	Les membres peuvent consulter leur médecin de famille.	Les médecins reçoivent une rémunération mixte combinant capitation, salaire et rémunération à l'acte.	Le contrôle de la pratique médicale est beaucoup moins contraignant. En contrepartie, les médecins acceptent un risque financier plus important.
Point de service (POS)	Les membres peuvent recevoir des soins au sein de leur HMO ou à l'extérieur de celle-ci, mais en acceptant de payer des frais modérateurs élevés.	Les médecins sont rémunérés à l'acte, mais selon des tarifs négociés à l'avance et généralement plus bas que ceux de leur pratique autonome.	Contrôle extérieur indirect.
Organisation dispensatrice de services à tarifs préférentiels (PPO)	Les membres peuvent recevoir des soins à l'extérieur de la HMO. Cependant, il coûte beaucoup moins cher de consulter un médecin affilié.	Les médecins sont rémunérés à l'acte, mais selon des tarifs négociés à l'avance et généralement plus bas que ceux de leur pratique autonome.	Contrôle extérieur indirect.

Source : Division de l'économie, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement.

C. Les caractéristiques et principes de base des HMO

Les HMO et les autres formes d'organisations de soins gérés s'appuient sur des mécanismes incitatifs : les patients sont incités à recourir à des fournisseurs de soins agréés et les professionnels de la santé sont incités à fournir des soins par des modes de rémunération et des modes de contractualisation sélectifs. Selon certains analystes :

Le principe fondamental de la HMO est l'intégration du financement et de la fourniture de services au profit des adhérents (figurant sur la liste). Cette intégration est la pierre angulaire des outils et techniques utilisés à divers degrés par toutes les formes de régimes de soins intégrés pour améliorer la qualité du service et justifier l'emploi des fonds, tout en maîtrisant les coûts. L'intégration a une incidence sur la conception des prestations, le choix et la rémunération des prestataires, ainsi que sur la gestion de l'utilisation des services. Le système repose sur l'introduction de stimulants et de mesures de dissuasion pour influencer le comportement des prestataires, inciter les adhérents à avoir recours aux prestataires agréés et favoriser la conformité aux procédures du régime.⁽⁸⁾

En dépit de leur diversité, les systèmes de soins gérés qui intègrent les fonctions de financement (ou assurance), de prestation et d'achat des soins présentent des caractéristiques communes pour ce qui est de l'adhésion (ou inscription) des membres, du continuum de soins, du rôle d'aiguilleur du médecin de famille, de la prévention des maladies et de la gestion serrée de la prestation et des dépenses. Autrement, les HMO obéissent à des règles très diverses en ce qui concerne la rémunération des médecins (salarial, capitation ou rémunération à l'acte), l'inscription du patient auprès d'un médecin déterminé ou le libre choix du médecin, les frais modérateurs, etc.

1. L'adhésion des membres

- L'adhésion à une HMO est volontaire. Les HMO se trouvent donc en situation de concurrence.
- L'adhésion se fait le plus souvent par l'entremise de l'employeur du membre. C'est donc lui qui négocie le type de couverture d'assurance-santé.

(8) John Marriott et Ann L. Mable, « Modèles intégrés – Tendances internationales et conséquences pour le Canada », dans *À la recherche d'un équilibre – Le secteur de la santé au Canada et ailleurs*, Études commandées par le Forum national sur la santé, Éditions MultiMondes, 1998, p. 619-620.

- Les adhérents ont accès à la gamme de soins assurés par leur HMO en contrepartie d'une cotisation annuelle pré-établie. Cette cotisation est fixe, peu importe le niveau de consommation de services. Cette situation incite les HMO à contenir leurs dépenses.
- L'adhérent, peu importe les changements de son état de santé, est protégé par l'obligation de la HMO de renouveler le contrat avec tous ses clients, à moins que l'adhérent en décide autrement.
- Les HMO servent une population inscrite. De ce fait, les adhérents sont généralement captifs durant une année. La HMO représente parfois le seul régime d'assurance-santé offert par l'employeur. Dans le cadre de Medicare, les adhérents ne sont pas captifs et peuvent changer de HMO quand ils le désirent.
- L'adhésion ou l'accès à une HMO se rattachent avant tout à l'emploi ou à la capacité de payer de l'individu. Ainsi, les principes d'universalité et d'accès équitable aux soins de santé – que l'on retrouve dans le régime public d'assurance-santé du Canada – ne s'appliquent pas aux HMO américaines.
- La liberté de choix du patient se trouve réduite du fait qu'il doit utiliser les services de la HMO ou bien payer lui-même (sauf pour les urgences).

2. Le continuum de soins

- En contrepartie de la cotisation versée par l'adhérent, la HMO doit s'acquitter de sa responsabilité contractuelle de lui fournir le continuum de soins assurés ou de lui donner accès à ce continuum. Ces soins ne se limitent pas nécessairement aux médecins et aux hôpitaux, mais peuvent s'étendre à tous les professionnels de la santé, à d'autres établissements de soins (comme les foyers de soins infirmiers), aux soins à domicile, aux soins dentaires et aux médicaments.
- L'adhérent à la HMO bénéficie généralement d'une couverture vaste. Cette couverture assure une bonne coordination des soins. Elle varie toutefois d'une HMO à l'autre et même au sein d'une seule HMO. En effet, une HMO peut offrir différents forfaits d'assurance-santé à sa clientèle. La formule retenue dépend des besoins et de la capacité de payer de l'employeur, de l'employé ou de l'adhérent à titre individuel.
- Les membres ont donc le droit d'exiger la prestation des services qui leur sont nécessaires, mais ils doivent les obtenir au sein de la HMO. Les soins reçus par un membre à l'extérieur de la HMO ne sont que partiellement assurés, s'ils le sont.

- Le fait d'offrir directement une gamme de services assez complète exige un bassin de population minimal. Puisque le nombre de membres diffère d'une HMO à l'autre, l'étendue des services de santé assurés par les HMO varie aussi d'une organisation à l'autre. Le gouvernement n'est pas intervenu pour définir les services de base pour l'ensemble de la population, mais uniquement pour les personnes qui ont droit à Medicare et à Medicaid.

3. Le rôle d'aiguilleur du médecin de famille

- Les adhérents sont tenus de choisir un médecin de famille qui agira à titre d'aiguilleur, c'est-à-dire qu'il sera le point d'accès à l'ensemble des services de la HMO. En d'autres termes, le patient doit consulter son médecin pour avoir accès à des services plus spécialisés ou recevoir des soins à l'extérieur de la HMO.
- Dans son rôle d'aiguilleur, le médecin veille à ce que seuls les services requis soient fournis, et ce, de la façon la plus appropriée. Il règle et oriente la consommation de soins, garde le contact avec le client et assure la coordination de son dossier médical.
- Le rôle d'aiguilleur est donc fondamental dans le fonctionnement des HMO : il est au cœur de toute la problématique de l'arbitrage entre l'accès aux services et le contrôle des coûts. De fait, la rentabilité des HMO est directement liée aux services que les médecins fournissent aux membres.
- La capitation permet de transférer la prise en charge du risque financier de l'assureur au fournisseur. Le médecin qui fait fonction d'aiguilleur et qui est rémunéré par capitation s'expose à un risque financier important, puisqu'il doit assumer les coûts des soins fournis au-delà de la rémunération qui lui est accordée. En revanche, il conserve l'excédent si le coût des soins fournis est inférieur à sa rémunération. Le médecin doit donc suivre de près les tests diagnostics qu'il exige, les traitements qu'il recommande et les médicaments qu'il prescrit, afin de tenir compte du niveau de remboursement établi par les assureurs et de faire en sorte que les dépenses médicales ne dépassent pas systématiquement les revenus.

4. La prévention des maladies

- Comme les HMO doivent assumer le risque financier lié à la prestation de soins, elles ont avantage à garder leur clientèle en bonne santé en adoptant une approche de médecine préventive. Ainsi, la prévention, l'éducation et la gestion des soins thérapeutiques sont des éléments importants du bon fonctionnement des HMO et sont considérées comme un investissement à long terme.

5. La gestion serrée

- Les HMO contrôlent de près l'utilisation des services et la qualité des soins fournis. Les fournisseurs de soins acceptent de se soumettre à ces contrôles. En fait, les HMO soumettent les médecins à un plus grand nombre de contrôles administratifs que les autres formes d'assurance-santé.
- Les HMO effectuent également un contrôle serré des primes en exerçant une gestion serrée des dépenses reliées aux médecins et aux hôpitaux. La prospérité d'une HMO repose essentiellement sur sa capacité à attirer la clientèle en échange de services de qualité offerts à un coût compétitif.
- Les HMO tendent à s'appuyer de façon importante sur les protocoles de fonctionnement et les systèmes informatisés pour organiser, gérer et rationaliser la production des soins, ainsi que la circulation des patients au sein de leur organisation. Certaines HMO ont entrepris de numériser leurs dossiers médicaux⁽⁹⁾ pour améliorer la communication entre les professionnels de la santé concernant les membres, optimiser l'utilisation des ressources qui conviennent aux différentes pathologies et niveaux de complexité des soins requis, déterminer les comportements de consommation de soins de santé et renseigner le personnel soignant sur l'efficacité des traitements qu'il a prescrits.

6. Les systèmes d'information

- L'utilisation intensive de systèmes d'information perfectionnés et la mise en place graduelle de dossiers électroniques médicaux font partie de la stratégie des HMO pour contrôler les coûts, intégrer les soins, réduire le temps consacré à des tâches administratives et améliorer l'état de santé des membres. On estime que sur les 1,2 billion de dollars dépensés annuellement par les Américains en soins de santé, de 250 à 450 milliards de dollars sont affectés aux coûts administratifs du système⁽¹⁰⁾.
- La numérisation des dossiers médicaux, bien que complexe et sujette à de nombreuses questions de nature juridique et éthique, est perçue par les HMO comme une façon de réduire le nombre d'erreurs et d'améliorer sensiblement la qualité des soins. De même, l'utilisation accrue des systèmes d'information, en ligne ou non, contribue à faire en sorte que le personnel soignant demeure à la fine pointe du savoir dans son domaine d'expertise.

(9) Jeff Goldsmith, « Integrating care: A talk with Kaiser Permanente's David Lawrence », *Health Affairs*, vol. 21, n° 1, janvier/février 2002, p. 39-49 (<http://www.healthaffairs.org/>).

(10) W. Eric Pfeiffer, « Shock Therapy at Kaiser Permanente », *CIO Insight*, 15 avril 2002.

- Certaines HMO mettent également au point des plates-formes Web qui leur permettront d’offrir à leurs membres des services de santé plus complets, plus économiques, et ce, plus rapidement.

CRITIQUES ET ENSEIGNEMENTS DE L’EXPÉRIENCE DES HMO⁽¹¹⁾

A. Critiques

Dans le contexte des soins gérés, les HMO constituaient lors de leur création une tentative originale d’intégrer les différents secteurs de la santé et de contenir la hausse des dépenses de soins de santé. Or, les données tirées du tableau 4 montrent que le nombre de leurs membres est aujourd’hui à la baisse, après avoir connu une expansion continue pendant une vingtaine d’années. Le tableau indique également que le nombre total de HMO aux États-Unis diminue en raison des nombreuses acquisitions et fusions qui visent à consolider une industrie en quête de rentabilité.

TABLEAU 4

ADHÉSION AUX HMO ET NOMBRE TOTAL DE HMO

	NOMBRE D’ADHÉRENTS (millions)	CROISSANCE ANNUELLE (%)	NOMBRE TOTAL DE HMO	CROISSANCE ANNUELLE (%)
1992	38,8	6,3	560	–
1993	42,1	8,5	555	-0,9
1994	47,1	11,9	543	-2,2
1995	53,4	13,4	562	3,5
1996	63,3	18,5	630	12,1
1997	72,1	13,9	651	3,3
1998	78,6	8,9	643	-1,2
1999	80,5	2,6	613	-4,7
2000	78,9	-2,0	563	-8,2
2001	78,0	-1,1	531	-5,7

Source : Les données proviennent du site Web de *InterStudy Publications* (<http://www.interstudypublications.com/pdf/121DIRPressR.pdf>).

(11) Neelam K. Sekhri, « Managed care: the US experience », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n° 6, 2000, p. 830-844 (<http://www.who.int/bulletin/tableofcontents/2000/vol.78no.6.html>).

Somme toute, les HMO sont en perte de vitesse parce que leur clientèle opte pour d'autres modèles d'assurance-santé, comme les PPO. Autrement dit, les HMO sont à la croisée des chemins. Quel bilan les observateurs font-ils de l'expérience des HMO? De façon générale, les plaintes formulées à l'endroit des HMO peuvent être divisées en cinq catégories :

- la sélection du risque;
- le contrôle de la pratique médicale;
- la qualité des soins;
- la liberté de choix des patients;
- la limitation des coûts.

La sélection du risque : La plus importante réserve à l'endroit des HMO, qui s'étend généralement à toutes les formes d'assurance-santé privée, concerne la sélection du risque. En bref, les HMO ont intérêt à éviter d'assurer les clientèles à risque. Ainsi, les personnes à risque élevé peuvent être évincées du marché en raison du coût prohibitif des primes que l'on exige d'elles.

Le contrôle de la pratique médicale : Une autre critique sévère porte sur le contrôle étroit exercé par les HMO sur les médecins dans l'exercice de leurs fonctions. Pour donner accès à des soins spécialisés à son patient (hospitalisation, soins spécialisés au sein ou à l'extérieur de la HMO), le médecin de famille doit souvent obtenir une autorisation d'un administrateur chargé d'examiner la pertinence de ces soins, faute de quoi la HMO pourrait décider de ne pas les payer⁽¹²⁾.

Cette politique irrite, d'une part, les médecins, qui doivent constamment répondre de leurs actes et, d'autre part, les membres, qui peuvent se sentir lésés dans leur droit d'accès aux soins. Elle est aussi vue comme une atteinte au serment d'Hippocrate, en particulier lorsque le médecin doit choisir entre les soins à dispenser au patient et le contrôle des coûts dicté par les lignes de conduite de la HMO. Le médecin peut aussi se retrouver dans une position fautive vis-à-vis du patient dont l'état exige des traitements non assurés.

En outre, le droit de regard qu'ont les HMO sur les soins prescrits par les médecins à leurs patients a entraîné la création d'une bureaucratie qui coûte plus qu'elle ne

(12) David S. Hilzenrath, « HMO to leave care decisions up to doctors », *Washington Post*, 9 novembre 1999, p. A1.

permet d'économiser. À ce sujet, il est intéressant de noter que, en 2000, la moitié des HMO ont consacré à leurs dépenses administratives plus de 13,7 p. 100 de leurs revenus⁽¹³⁾.

La qualité des soins : La qualité des soins fournis par les HMO fait aussi l'objet d'un certain nombre de critiques. Par exemple, les résultats d'enquêtes réalisées par la Kaiser Foundation entre 1997 et 2001 montrent que les Américains sont de plus en plus préoccupés par la qualité des soins fournis par les HMO et les autres organisations de soins gérés (voir le tableau 5)⁽¹⁴⁾.

TABLEAU 5
OPINION SUR LES SOINS GÉRÉS
(EN POURCENTAGE DU NOMBRE DE RÉPONDANTS)

Ces dernières années, les HMO et les autres organisations de soins gérés ont :				
	Septembre 1997	Août 1998	Avril 1999	Août 2001
Diminué le temps que les médecins consacrent à leurs patients	61	64	61	67
Rendu plus difficile l'accès à des spécialistes	59	62	63	59
Eu peu d'impact sur les coûts des soins de santé	55	59	55	59
Réduit la qualité des soins fournis aux malades	51	50	50	54
Facilité l'accès aux services préventifs comme l'immunisation	46	40	38	39

Source : Kaiser Foundation, « The Public, Managed Care and Consumer Protections », *Kaiser Public Opinion Update*, août 2001.

À l'heure actuelle, un organisme privé à but non lucratif est chargé d'évaluer la performance des organisations de soins gérés, y compris les HMO, sur le plan de la qualité des soins aux États-Unis. Cet organisme est le National Committee for Quality Assurance (NCQA), dont les HMO peuvent demander l'agrément sur une base volontaire. Le NCQA regroupe des

(13) The InterStudy National HMO Financial Database 2001.

(14) La Kaiser Foundation est une fondation indépendante qui évalue et publie des rapports sur la politique en matière de santé et d'assurance-santé aux États-Unis (<http://www.kff.org/>).

représentants des consommateurs ainsi que des professionnels de la santé et de l'industrie, et il a pour mandat de fournir aux consommateurs de l'information pour leur permettre de prendre des décisions éclairées lorsque vient le temps de souscrire à un régime d'assurance-santé privée.

Le NCQA soutient que son système d'agrément et de mesure encourage les différents fournisseurs de soins de santé à se faire concurrence sur le plan de la qualité des soins plutôt que sur celui des prix et de la gamme des soins offerts. Le programme d'agrément mesure la performance de chaque HMO selon une soixantaine de critères répartis selon cinq grands axes : accessibilité aux soins, compétence du personnel, adéquation dans la prestation des soins, état de santé des adhérents et suivi des malades chroniques⁽¹⁵⁾.

Dans son rapport de 2001⁽¹⁶⁾, le NCQA note que les membres des HMO se sont en général déclarés très satisfaits de la qualité des soins de santé reçus au cours de l'année précédente. Cette appréciation vaut pour l'accès aux soins et la qualité des relations avec le personnel soignant. L'enquête fait aussi ressortir un haut niveau de satisfaction pour ce qui est du service à la clientèle des HMO et du traitement des réclamations. Malgré une amélioration par rapport aux années précédentes, le NCQA note cependant – avec étonnement, mais sans se prononcer à ce sujet – que les membres des HMO sont moins nombreux à se dire très satisfaits de leur régime d'assurance-santé lorsqu'ils l'évaluent globalement, et ce, en dépit des commentaires positifs formulés sur des points et des expériences précis.

La liberté de choix des patients : La contrainte relative au choix du médecin et à l'accessibilité aux soins a suscité une forte réaction négative de la part des consommateurs à l'endroit des HMO. Les Américains veulent plus de choix⁽¹⁷⁾, davantage de flexibilité et un meilleur accès (plus étendu et plus stable) aux soins que leur état de santé nécessite. Aux États-Unis, la stabilité du réseau de la santé est un enjeu pour les consommateurs parce que plusieurs HMO ont fait faillite dans le passé et que des hôpitaux ont fermé.

La limitation des coûts : Enfin, les mesures de contrôle des coûts mises en avant par les HMO au cours de la dernière décennie suscitent beaucoup de mécontentement chez les membres et les

(15) National Committee on Quality Assurance (<http://www.ncqa.org/>).

(16) National Committee on Quality Assurance, « The State of Managed Care Quality, 2001 » (site Web de l'organisme, 13 mai 2002).

(17) Dedra A. Draper *et al.*, « The changing face of managed care », *Health Affairs*, vol. 21, n° 1, janvier/février 2002, p. 11-23.

fournisseurs de soins. Les critiques soutiennent que les HMO freinent la consommation médicale, y compris celle des soins nécessaires. Après plusieurs années de pertes essuyées par plusieurs d'entre elles, les HMO sont plus que jamais confrontées aux impératifs de la rentabilité par leurs bailleurs de fonds – les assureurs et les employeurs.

B. Mesures adoptées par les HMO

Devant l'érosion de leur part de marché et la nécessité de restaurer leur rentabilité, plusieurs HMO ont décidé de modifier radicalement leur fonctionnement. Ainsi, nombre d'entre elles ont récemment supprimé leurs mécanismes de pré-approbation des traitements suggérés par les médecins pour leurs patients. Les HMO ont également mis sur le marché de nouveaux produits qui abandonnent le principe de l'aiguilleur et qui donnent accès à des fournisseurs de soins de santé qui ne sont pas affiliés à l'organisation (moyennant des coûts supplémentaires pour les membres)⁽¹⁸⁾. Certains analystes soutiennent que toutes ces mesures dénaturent en quelque sorte les HMO et les rapprochent des modèles de soins gérés comme les PPO, qui sont en fait leurs principaux concurrents.

POTENTIEL D'IMPLANTATION DES HMO AU CANADA⁽¹⁹⁾

En dépit des critiques soulevées à l'endroit des HMO, un certain nombre d'analystes soutiennent que ces organisations de soins gérés méritent d'être examinées de près dans les pays où une réforme du secteur de la santé s'impose. Selon un analyste :

S'il est vrai que la réaction de rejet des consommateurs et des fournisseurs met en cause l'avenir des soins gérés aux États-Unis, les données disponibles indiquent qu'ils ont permis d'endiguer la croissance des dépenses de soins de santé sans nuire à la qualité de ces soins. Ce qui plus est, les soins gérés ont donné naissance à des

(18) Laura B. Benko, « Loosening their grip: As HMOs' popularity continues to erode, more plans turn to less-restrictive rules. But with costs rising, what's next? », *Modern Healthcare*, 15 avril 2002 (<http://www.modernhealthcare.com/archive/article.php3?article=8585>).

(19) Cette section résume les principales constatations contenues dans les documents suivants :

- Marriott et Mable (1998), p. 557-696.
- Yvon Brunelle, « Système de santé – Une réponse américaine », *Santé Société*, vol. 9, n^o 2, printemps 1987, p. 34-37.

technologies novatrices qui n'intéressent pas que les marchés américains, mais qui peuvent être utilisées dans les systèmes publics et privés du monde entier. Certains outils complets d'achat de soins de santé intègrent des programmes de gestion des soins thérapeutiques, des bilans du rendement et l'établissement d'une correspondance entre les besoins des acheteurs et des fournisseurs et permettent ainsi d'apporter une solution à certains problèmes critiques que pose la réforme des soins de santé dans plusieurs pays. Le fait d'adopter de tels outils de façon sélective peut être encore plus important dans des systèmes à payeur unique que sur le marché fragmenté de l'assurance santé facultative qui existe aux États-Unis, où ils peuvent être utilisés de façon plus systématique et à un coût inférieur par transaction et où leur incidence peut être mesurée avec plus de précision.⁽²⁰⁾

Serait-il possible et opportun d'introduire les soins gérés dans le système de soins de santé à payeur unique du Canada? La création de HMO typiquement canadiennes est-elle réaliste? Pour adapter la HMO au contexte canadien, il faudrait notamment :

- modifier le mode de rémunération des médecins;
- redéfinir la liberté de choix des patients et des assureurs, en particulier pour éviter le problème de la sélection du risque;
- lever les obstacles qui entravent l'intégration verticale des soins;
- mettre au point un système d'information en santé;
- ouvrir la porte à la pratique multidisciplinaire.

Selon les chercheurs Brunelle, Ouellet et Montreuil, l'intégration des HMO au Canada pourrait se faire dans le respect des principes de la *Loi canadienne sur la santé*, moyennant certains ajustements. Plus précisément :

- L'accessibilité aux soins de santé, sans égard à la capacité de payer, pourrait être préservée par la formule des HMO en faisant payer la prime d'assurance par le gouvernement sur les impôts qui financent le régime actuel. Le gouvernement financerait les HMO par capitation en fonction de certains critères comme l'âge, le sexe et la consommation antérieure de services.
- L'universalité ne serait pas compromise puisque chaque personne pourrait avoir le choix entre le système actuel et les HMO. De plus, les HMO pourraient offrir une couverture au moins aussi importante que celle du système actuel.

(20) Sekhri (2000), p. 830 [traduction].

- La liberté de choix du patient serait compromise dans une certaine mesure, mais il pourrait modifier son choix à intervalles réguliers. La mobilité restreinte pourrait être compensée par une couverture élargie.
- Les HMO pourraient s'accompagner du respect intégral du caractère public à but non lucratif de l'assurance. La HMO pourrait être sans but lucratif et prendre la forme d'un regroupement d'établissements gérés par des administrateurs publics⁽²¹⁾.

Par ailleurs, le problème de la sélection du risque pourrait être évité si le gouvernement fixait les prestations et adoptait la capitation comme mode de rémunération. Ainsi les organisations n'auraient plus à adopter un comportement concurrentiel dans la négociation des programmes de prestation ou le choix des adhérents et elles bénéficieraient d'un financement adéquat pour faire face au coût des maladies graves.

Deux chercheurs, Marriott et Mable, ont précisé les principes et caractéristiques qui devraient guider l'évolution de modèles de soins intégrés comme les HMO dans le système canadien :

- Les services de base devraient être définis par l'autorité centrale – le gouvernement – afin d'assurer la cohérence et l'uniformité du système dans tout le pays. Les fournisseurs de soins seraient malgré tout libres d'ajouter des services complémentaires. Les services de base ainsi définis devraient tenir compte du continuum de soins. Les fournisseurs de soins ne devraient pas être autorisés à refuser un service ou à en transférer la responsabilité à d'autres fournisseurs.
- La clientèle de chaque organisation devrait être délimitée par l'établissement de listes. Tous les citoyens s'inscriraient sur la liste d'une organisation de leur choix, qui serait tenue d'accueillir toutes les personnes qui s'y inscrivent, quel que soit leur état de santé. Toute personne aurait le droit de quitter son organisation et de s'inscrire auprès d'une autre, la rémunération par capitation applicable étant alors virée à la nouvelle organisation.
- La formule de capitation devrait tenir compte des caractéristiques démographiques, notamment l'âge et le sexe, afin de mieux refléter les variations régionales et les besoins divergents des différents groupes de la population. Cela permettrait de maintenir un rapport

(21) Yvon Brunelle, Denis Ouellet et Sylvie Montreuil, « Le Québec peut-il créer ses HMO? », *Santé Société*, vol. 10, n° 3, été 1988, p. 53-59.

de conformité entre les besoins en trésorerie et le coût prévu de la prestation à la clientèle inscrite.

- Les HMO devraient avoir la liberté d'établir des liens organisationnels et financiers, y compris des contrats, avec les fournisseurs de services.
- Les HMO devraient être des entités privées à but non lucratif. Cette formule est peut-être celle qui correspond le mieux aux principes et aux objectifs de la population canadienne. Les excédents de trésorerie résultant des efficacités pourraient être affectés à l'amélioration des services. Dans un système à but lucratif, par contre, les ressources risquent d'être réaffectées à la réalisation de bénéfices, car les propriétaires ou investisseurs exigeraient la rentabilisation de leurs placements.
- Les HMO devraient mettre l'accent sur le bien-être intégral et les soins primaires dans un contexte multidisciplinaire, où le médecin de famille jouerait le rôle de pivot du système. Ce mode d'organisation cadrerait assez bien avec les objectifs et les principes actuels en matière de réforme des soins de santé au Canada.
- Les HMO devraient s'engager officiellement à l'égard de la qualité et de l'évaluation⁽²²⁾.

Selon les deux chercheurs, la réforme actuelle du secteur des soins primaires ouvre la voie à une intégration verticale plus poussée qui pourrait favoriser l'émergence des HMO. Plusieurs provinces ont décidé de créer des équipes de premier recours chargées d'un certain nombre de personnes et rémunérées par capitation. Des HMO pourraient être créées à partir de ces équipes en leur confiant la responsabilité de la prestation des services de spécialistes, des services hospitaliers et d'autres services. Dans ce cas, l'équipe de premier recours devrait se doter d'un conseil d'administration en mesure d'acheter ou de fournir toute la gamme des services requis. Dans d'autres provinces, où les régies régionales sont bien implantées, le rôle des HMO pourrait leur être transféré.

(22) Marriott et Mable (1998).

CONCLUSION

En résumé, les HMO des États-Unis représentent un modèle original, pour ne pas dire unique en son genre, d'organisations de soins gérés. Les HMO ont connu beaucoup de succès entre 1970 et la fin des années 1990, attirant un grand nombre de membres et s'adaptant à l'évolution des besoins de la population américaine. Elles sont aujourd'hui à une croisée de chemins; malgré tout, leurs caractéristiques et les principes de base qui leur sont communs sont attrayants et suscitent l'intérêt de pays qui doivent réformer leur système de soins de santé.

Les observateurs s'entendent généralement pour dire que l'évolution et les perspectives d'avenir des HMO doivent être envisagées dans le contexte du système américain de soins de santé, qui est très complexe avec sa multiplicité de payeurs et d'acheteurs et son mélange unique d'assurance-santé publique et privée. Par conséquent, l'analyse du potentiel d'implantation des HMO dans d'autres pays sous-entend certaines adaptations et doit tenir compte du contexte particulier de chaque système de soins de santé.

Dans le contexte canadien, les experts soutiennent que l'implantation de HMO nécessiterait un certain nombre de changements, y compris :

- une modification du mode de rémunération des médecins;
- une redéfinition de la liberté de choix des patients et des assureurs, en particulier pour éviter le problème de la sélection du risque;
- une meilleure coordination et l'intégration verticale des soins;
- le déploiement d'un système perfectionné d'information sur la santé (une « inforoute » en santé) et l'encouragement à la pratique multidisciplinaire.

Le rôle des HMO pourrait être transféré à des équipes de premier recours ou aux régions régionales de la santé. Il s'agit, somme toute, d'une option qui mérite d'être examinée avec attention.