

Proposition présentée par les députés :

M^{mes} et MM. Patrick Saudan, Pierre Weiss, Gabriel Barrillier, Serge Hiltbold, Pierre Conne, Daniel Zaugg, Michel Ducret, Olivier Jornor, François Haldemann, Claude Auber, Frédéric Hohl, Fabienne Gautier, Jacques Jeannerat, Antoine Barde, Charles Selleger, Nathalie Schneuwly

Date de dépôt : 6 septembre 2010

Proposition de résolution

pour soutenir des réseaux de soins intégrés qui maintiennent une activité médicale de qualité au service de la population genevoise et suisse

Le GRAND CONSEIL de la République et canton de Genève considérant :

- que le maintien d'une médecine de qualité est essentiel pour la population;
- que le projet de révision de la LAMal va créer un modèle dont l'importance ira croissante dans le domaine des soins médicaux;
- que ce modèle comporte des avantages potentiels en termes de maîtrise des coûts de la santé mais aussi des dangers potentiels de baisse de la qualité des soins pour les patients, de surcharge administrative, de limitation du libre choix du médecin et de sa liberté thérapeutique;
- que les exigences fixées par le Conseil fédéral concernant la qualité des réseaux de soins intégrés et l'étendue de la coresponsabilité budgétaire seront déterminantes pour assurer le succès ou l'échec de ce modèle de soins,

invite le Conseil d'Etat

à intervenir auprès du Conseil fédéral et des Chambres fédérales afin que:

- les réseaux de soins intégrés aient l'obligation de répondre aux conditions organisationnelles fondamentales en regroupant et coordonnant les activités de prestataires ambulatoires et hospitaliers, privés et publics (médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, soins à domicile, EMS, cliniques et hôpitaux); dans ce cadre, les services offrant des prestations relevant de la médecine hautement spécialisée définies dans le cadre de la coordination intercantonale ne sont pas affiliés à un réseau de soins intégrés (transplantation, grands brûlés, polytraumatisés graves, cardio-chirurgie pédiatrique, etc., selon la liste de la CDS);
- le choix du *managed care* de la part de l'assuré ne soit pas faussé par des incitations financières (diminution de prime, de franchise ou de quote-part) sans rapport avec la diminution réelle des coûts obtenue par ce système;
- les critères de qualité des réseaux de soins intégrés prennent en compte les points suivants:
 - les membres des réseaux de soins intégrés doivent remplir les conditions de formation certifiées par l'obtention d'une formation post-graduée FMH ou d'une formation jugée équivalente tant en durée qu'en qualité;
 - la participation des médecins aux réseaux de soins intégrés doit permettre un allègement des tâches administratives dans leur rapport avec les caisses-maladie et les autorités sanitaires publiques;
 - les critères de qualité et la taille minimale des réseaux de soins intégrés édictés par le Conseil fédéral découleront d'une concertation avec les autorités cantonales sanitaires et avec les milieux professionnels concernés.
- les caisses-maladie soient dans l'obligation de contracter avec tous les réseaux de soins intégrés qui remplissent les critères de qualité édictés par le Conseil fédéral.

EXPOSÉ DES MOTIFS

Mesdames et
Messieurs les députés,

Le projet de révision de la LAMal, actuellement en discussion aux Chambres fédérales, va faire du principe des réseaux de soins intégrés le maillon essentiel de notre système de soins.

Brièvement, ce système (*managed care*) va, par des incitatifs financiers, pousser une majorité de la population et des prestataires de santé à s'organiser en réseaux de soins intégrés. Ces réseaux se caractérisent avant tout par un recours prioritaire à un seul interlocuteur (le médecin de premier recours) et une collaboration contraignante entre les membres internes du réseau pour le traitement proposé aux patients. Ceux-ci sont incités financièrement à rentrer dans ces réseaux (participation aux coûts non augmentée par rapport aux patients hors réseau). Les réseaux devront par la suite négocier avec les caisses-maladie des budgets annuels avec coresponsabilité budgétaire.

Cette révision de la LAMal suscite, particulièrement en Suisse romande, de fortes inquiétudes au sein du corps médical (cf. annexe 1, déclaration des présidents des sociétés médicales de la Suisse romande, du 9 juin 2010). En résumé, celles-ci concernent quelques points:

- pénalisation des patients qui n'adhéreraient pas à ce système (patients souvent fragilisés avec maladie chronique);
- limitation de la liberté thérapeutique entraînant de ce fait un rationnement des soins;
- mise en concurrence des réseaux par les caisses-maladie avec risque de mise à l'écart du réseau comptant trop de patients chroniques (10% des patients induisent 70 % des coûts; cf. annexe 2, *Le Temps* du 16 août 2010);
- risque de complexité administrative accrue.

Les réseaux de soins intégrés sont néanmoins, au vu d'expériences réalisées à l'étranger, un moyen de concilier une efficacité tant médicale qu'économique dans les soins prodigués aux patients. Ce modèle peut contribuer à la maîtrise des coûts et au maintien d'une médecine de qualité pour notre population si certains principes sont fermement ancrés dans cette nouvelle révision de la LAMal. Selon l'alinéa 5 de l'article 41c du projet de révision, le Conseil fédéral doit édicter des exigences de qualité nécessaire

pour les réseaux de soins intégrés ainsi que l'étendue de la coresponsabilité budgétaire.

Parmi les critères de qualité, un en particulier semble primordial : le niveau de formation des membres du réseau. Une bonne formation est garante de soins de qualité et prescrits à bon escient. Un bon réseau de soins intégrés doit pouvoir compter sur des professionnels bien formés et doit donc pouvoir les « sélectionner ».

La surcharge administrative croissante observée ces dernières années dans le domaine des soins a contribué à une détérioration de la qualité de vie professionnelle des soignants en général. Les réseaux de soins intégrés doivent avoir également comme mission de simplifier au maximum les tâches administratives, en particulier dans les rapports à l'intérieur du réseau et avec les caisses-maladie.

L'élaboration par le Conseil fédéral des critères de qualité pour ces réseaux de soins intégrés et du niveau de coresponsabilité budgétaire entre les réseaux et les caisses-maladie doit se faire en concertation avec les autorités sanitaires cantonales et les milieux professionnels concernés, afin de mieux évaluer le nombre minimal de prestataires de soins à même de faire fonctionner efficacement un réseau en fonction des problématiques de santé spécifiques à chaque région.

Enfin, si des réseaux de soins intégrés correspondent aux critères de qualité édictés par le Conseil fédéral, les caisses-maladie travaillant dans la région concernée sont soumises à l'obligation de contracter avec ces réseaux. Ne remplaçons pas la suppression de l'obligation de contracter des indépendants par la liberté de ne pas contracter avec des réseaux qui comporteraient trop de patients considérés comme de mauvais risques.

En conclusion, un système de soins intégrés ne peut avoir de sens ni porter ses fruits que s'il intègre vraiment et incite les acteurs de tous les niveaux de soins à coopérer: ambulatoires et hospitaliers, privés et publics (médecins généralistes et spécialistes, pharmaciens, soins à domicile, EMS, cliniques et hôpitaux). Toutes les expériences réalisées dans ce domaine le démontrent et la littérature spécialisée est sans ambiguïté à cet égard.

Au vu de ce qui précède, nous vous remercions, Mesdames et Messieurs les députés, d'accueillir avec bienveillance la présente proposition de résolution.

Annexes:

- 1) *Déclaration des présidents des sociétés médicales de la Suisse romande, du 9 juin 2010*
- 2) *Le Temps, « L'avenir des soins dans les réseaux », paru le 16 août 2010*

Pierre-Yves Bilat, président de la SNM
Franco Denti, président de l'Ordine dei Medici del Cantone Ticino
Charles-Abram Favrod-Coune, président de la SMSR
Marc-Henri Gauchat, président de la SMV
Remo Osterwalder, président de la SMJ
Jean-Pierre Pavillon, président de la SVM
Pierre-Alain Schneider, président de l'AMG
Jean-Daniel Schumacher, président de la SMCF

Aux parlementaires fédéraux de Suisse romande et du Tessin

Mesdames les Conseillères nationales
Messieurs les Conseillers nationaux,

La révision de la LAMal sera traitée par le Conseil national le 16 juin. La conférence de presse de la CSSS-N du 30 avril et la réaction positive de la FMH ont soulevé de vives réactions au sein du corps médical romand qui y voit le risque d'une généralisation imposée des soins intégrés (*managed care*). Il nous paraît donc important de vous préciser ici notre position.

1. **Le libre choix du médecin**, largement plébiscité lors de la votation du 1^{er} juin 2008, revêt une importance capitale pour nous également et il doit être garanti. Les soins intégrés ne doivent pas être encouragés dans le but caché de limiter le choix du médecin, mais parce qu'ils permettent d'améliorer la qualité des soins dans certains cas.
2. Les soins intégrés doivent être soumis aux **mêmes exigences** que tout autre modèle de soins. Il n'est pas acceptable que leur promotion soit assurée par des réductions de prime, de franchise ou de quote-part qui dépassent la diminution réelle des coûts obtenue par ce modèle. Il s'agirait alors d'un **subventionnement arbitraire**, car les avantages d'une application systématique de ce modèle ne sont pas démontrés.
3. **Les soins intégrés doivent être librement choisis**. Les incitatifs économiques ne doivent pas être contraignants. Or nous constatons déjà que nombre de malades se trouvent en difficulté parce qu'ils ont choisi des franchises dépassant leur capacité économique. Imposer une majoration de la quote-part à celui qui n'intègre par un réseau des soins intégrés constitue une pression insupportable vis-à-vis des malades chroniques. Les malades psychiques, souvent en situation économique précaire, ne pourraient en particulier pas supporter une telle contrainte.
4. Celui qui, assuré ou prestataire, choisit de ne pas recourir aux soins intégrés **ne doit pas faire l'objet d'une pénalité** telle qu'une augmentation massive de la quote-part comme la commission le propose.
5. Les réseaux de soins doivent être contrôlés par les prestataires de soins compétents, en l'occurrence des médecins en ce qui concerne les décisions thérapeutiques. **Un pilotage purement comptable** qui ne tient compte ni de la qualité, ni de l'éthique des soins n'est **pas acceptable**. La libre concurrence doit être préservée entre les réseaux de soins et le développement de monopoles doit être exclu.
6. La **solidarité** des assurés doit être garantie. Toute sélection des risques est à rejeter et les patients chroniques ou coûteux ne doivent pas être tenus à l'écart du réseau pour des raisons économiques.

7. Les dépenses pour la maladie et les soins n'augmentent pas plus rapidement que l'ensemble des dépenses sociales¹. L'explosion des seuls coûts de la santé est un mythe. Il n'est pas admissible que l'assurance-maladie soit traitée selon un modèle fondamentalement différent des autres assurances sociales. Or le financement par primes devient insupportable pour une proportion croissante des assurés et nous vous invitons à étudier un **mode de financement cohérent avec le rôle social** de l'assurance-maladie obligatoire.
8. Les soins sont de qualité élevée en Suisse et le rapport prix-qualité se compare favorablement avec les pays voisins, compte tenu du coût élevé du travail dans notre pays. Il importe cependant de réaffirmer ici que les prix des prestations médicales doivent être fixés, comme le prévoit la LAMal, selon les **règles d'économie d'entreprise**, alors que le Conseil fédéral a, ces dernières années, appliqué systématiquement des mesures économiques pénalisant lourdement les prestataires sous prétexte d'une croissance incontrôlée des coûts.

Les défis posés à notre système de soins ne pourront être résolus sans un partenariat développé dans un climat de confiance. Or c'est précisément le chemin opposé que le Conseil fédéral a suivi ces dernières années. Nous vous demandons donc instamment d'inscrire dans la loi les dispositions nécessaires pour prévenir toute décision arbitraire des autorités et garantir en premier lieu la qualité et la disponibilité des soins, ainsi qu'un financement de l'assurance-maladie obligatoire correspondant à sa vocation d'assurance sociale.

En vous remerciant de votre attention, nous vous adressons, Mesdames les Conseillères nationales, Messieurs les Conseillers nationaux, nos respectueux messages.

Pierre-Yves Bilat
Président de la Société neuchâteloise de médecine

Franco Denti
Président de l'Ordine dei Medici del Cantone Ticino

Charles-Abram Favrod-Coune
Président de la Société médicale de la Suisse romande

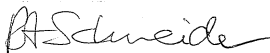
Marc-Henri Gauchat
Président de la Société médicale du Valais

Remo Osterwalder
Président de la Société médicale du Jura

Jean-Pierre Pavillon
Président de la Société vaudoise de médecine

Jean-Daniel Schumacher
Président de la Société médecine du canton de Fribourg

Pierre-Alain Schneider
Président de l'Association des médecins du canton de Genève



¹ Selon le rapport "Evolution des finances de la protection sociale en Suisse" (Office fédéral de la statistique, novembre 2009), la part de dépenses pour "maladie/soins de santé" a même baissé de 28,4% du total en 1990 à 26,5% en 2007.

LE TEMPS

santé Lundi 16 août 2010

L'avenir des soins dans les réseaux

Par Catherine Cossy, Zurich

Le médecin généraliste seul dans son cabinet est un modèle obsolète. La qualité accrue de la prise en charge dans les réseaux de soin et son économicité coïncident avec la motivation des jeunes médecins à ne plus travailler en solitaire. Enquête

«C'est une solution simple. J'ai tout sous un même toit, même l'oculiste. Si je dois faire des examens plus compliqués, mon médecin m'envoie ailleurs, je suis heureux que je ne doive pas m'occuper moi-même de choisir un spécialiste. En cas d'urgence, il y a toujours quelqu'un qui répond au téléphone et qui nous conseille. Je ne le fais pas pour le rabais sur les primes, mais par conviction.» Albert Bührer, 76 ans, est un assuré zurichois heureux d'être membre d'un réseau de soins intégrés.

En Suisse alémanique, médecins et patients qui adoptent ce modèle de prise en charge médicale sont toujours plus nombreux. Didier Burkhalter veut faire des réseaux de soins intégrés la pièce maîtresse de sa révision de la loi sur l'assurance maladie.

Revaloriser le généraliste

Dans l'idéal, les réseaux doivent à la fois garantir une meilleure qualité de la médecine de premier recours et faire baisser les coûts. Leurs opposants craignent un système mercantile, mettant les médecins à la botte des caisses qui font pression sur les praticiens pour qu'ils rationnent les soins. Au-delà des débats passionnels et idéologiques qu'ils suscitent, les réseaux mettent le doigt sur une réalité déjà bien établie: le médecin travaillant seul dans son cabinet est un modèle en voie de disparition. Les réseaux de soins peuvent contribuer à une revalorisation du rôle du généraliste, comme le montrent les expériences en cours.

La Thurgovie, avec 35% d'assurés qui ont adhéré à cette forme d'assurance, passe pour le paradis des réseaux. Andreas Schneider, généraliste et président du conseil d'administration d'un réseau à Frauenfeld, est clair: «Les jeunes médecins ne sont plus intéressés à ouvrir leur propre cabinet. Ils veulent des horaires de travail plus réguliers. Ils n'ont pas envie non plus de prendre ce risque financier. Un cabinet, c'est un engagement devenu trop lourd. Les réseaux sont une alternative intéressante. Et il y a le contact avec les collègues. Une fois par semaine, les médecins du réseau se retrouvent pour échanger leurs expériences.»

«Les médecins ne veulent plus travailler seuls; en équipe, c'est plus passionnant», renchérit Peter Berchtold, président du Forum managed care, une plate-forme pour la promotion de cette forme de prise en charge. «Les généralistes qui se retirent ont toujours plus de peine à remettre leur cabinet, observe-t-il. La politisation de la discussion sur les réseaux occulte cette évolution, elle-même inéluctable.»

Tête de pont en Suisse romande, le réseau Delta à Genève (180 médecins et 70 000 assurés) est le plus ancien de Suisse. L'expérience a démarré en 1992, avec les restes de la caisse maladie en faillite qui assurait les étudiants. Son fondateur, Marc-André Raetzo explique: «Les médecins ne reçoivent ni plus ni moins selon les soins qu'ils prescrivent. L'incitation ne passe pas par le salaire. Mais par la motivation. Cela donne de la valeur à l'intelligence. Nous investissons les bénéfices dans la formation continue indépendante, dans la prévention, dans une gestion plus globale de la maladie. Nous avons inventé les cercles de qualité. L'idée, c'est de partager ensemble les difficultés de la gestion de l'incertitude. En effet, en médecine ambulatoire, le plus difficile, c'est de ne pas faire toutes les investigations possibles. Le groupe permet de se rassurer sur les stratégies employées.»

Une critique visant les réseaux de soins est récurrente: leurs membres deviendraient des managers de la santé passant plus de temps à négocier à rebroussement avec les assureurs qu'à consulter leurs patients. Pour Felix Huber, un des fondateurs de MediX, réseau zurichois de soins lancé en 1998, il n'en est rien. Le fonctionnement économique du réseau est bien plus simple que ses détracteurs ne le prétendent: «Le médecin continue à prescrire les actes qu'il juge nécessaires et à les facturer selon le tarif en vigueur. Il n'a pas un budget individuel. Nous avons passé des contrats avec une vingtaine de caisses. Nous avons avec chacune un budget

virtuel. Mais les médecins ne doivent pas s'occuper de cela. Une société de services fait ce travail pour nous. Le risque de pressions individuelles des caisses sur les praticiens n'existe pas. Tout s'est joué avant, au moment des négociations.»

Felix Huber veut que ses médecins y gagnent aussi. «Avec un bon contrat, l'argent suffit toujours. Ce qui reste est utilisé pour financer la formation continue au sein du réseau, mais aussi redistribué. Le risque est en revanche partagé entre le réseau et les caisses. Nous avons un budget de 80 millions de francs par année à gérer. Cela demande de la rigueur. Les médecins doivent participer une fois par semaine à l'un des six cercles de qualité que nous organisons. Mais c'est le seul moyen de rendre attractive la profession de généraliste.»

En Suisse, la moyenne des personnes affiliées à un réseau atteint 10%, toutes régions confondues. En Suisse romande, l'image du médecin seul maître à bord, archétype de la profession libérale, a la vie dure. Le canton de Vaud est réputé pour sa résistance à un système caricaturé par ses détracteurs comme étant «collectiviste» et comme étant la manifestation de l'esprit grégaire alémanique. C'est le sens d'un commentaire anonyme lu dans [l'étude](#) que vient de publier le Service vaudois de la santé publique. Etude qui dresse l'état des lieux du développement des réseaux dans le canton.

Mutualiser les équipements

Le chef du Département vaudois de la santé, Pierre-Yves Maillard, affiche aussi son scepticisme, mais pour d'autres raisons: «Le modèle économique du médecin seul dans son cabinet ne trouve plus preneur. Une solution serait la mutualisation des équipements. Je peux imaginer une implication plus grande des pouvoirs publics pour assurer une offre minimum dans les régions décentralisées. La question se pose pour la garde médicale. Mais aussi pour les soins à domicile pendant la nuit par exemple.»

Le conseiller d'Etat socialiste ne croit toutefois pas que les réseaux de soins intégrés soient une alternative au cabinet individuel. Ni un moyen de réduire les coûts avec la même qualité des soins. «Dans le meilleur des cas, cela ne change rien; dans le pire, c'est un instrument puissant de sélection des risques pour les assureurs. Il ne faut pas oublier: 10% des malades génèrent 70% des coûts. C'est dans la prise en charge des patients lourds que tout se joue. Tant que l'on n'a pas définitivement enterré la sélection des risques par une réforme structurelle de l'assurance maladie, il est illusoire de croire que l'on peut changer quelque chose avec les réseaux», assure Pierre-Yves Maillard.

Marc-André Raetzo n'est pas d'accord: «Les médecins de premier recours ne représentent qu'une très faible partie des frais médicaux. Mais ils contrôlent presque 80% des coûts à travers leurs décisions. Malheureusement, la consultation ambulatoire est dévalorisée. Le travail entre pairs, comme il est garanti dans un réseau, permet de progresser dans l'analyse de nos décisions et d'améliorer la qualité.»

Un moindre coût documenté

La seule [étude](#) réalisée en Suisse sur l'efficacité des réseaux est celle de Konstantin Beck, actuaire auprès de l'assureur CSS. Elle reconnaît que les réseaux assurent des personnes présentant un profil de risques plus favorables que la moyenne. Mais elle établit qu'en neutralisant cet effet, les réseaux de soins les plus performants arrivent à des économies pouvant atteindre 20%. La moyenne des frais économisés s'élevait à 8,7% en 2007. «Cela peut paraître peu, mais cela se cumule chaque année. Et les modèles les plus mauvais vont disparaître», pronostique Konstantin Beck dans son étude.