

Walter Hugentobler

## Cabinets d'urgences associés aux hôpitaux

**Ces dernières années, les médecins de famille et les hôpitaux ont vu les patients s'en tenir de moins en moins aux déroulements de traitement planifiés. Le nombre de patients arrivant de leur propre initiative aux stations d'urgence des hôpitaux est en forte croissance et dépasse les capacités offertes. Simultanément, dans la périphérie de ces hôpitaux centraux, les médecins de famille assurant le service de garde et d'urgence voient leur chiffre d'affaires baisser dans le service de garde. Par leur comportement, les patients contraignent les soins d'urgence à des ajustements structurels dans les secteurs médicaux primaire et secondaire.**

### Les patients arrivant de leur propre initiative représentent une chance pour nous médecins de famille

Sur la page web de la Conférence des directeurs de la santé ([www.gdk-cds.ch](http://www.gdk-cds.ch)), il existe une plate-forme d'information concernant le service de garde médicale ambulatoire. Elle réunit des informations de base pour de nombreux projets concernant la réorganisation des services d'urgences. Ces projets, qui prévoient la mise sur pied de cabinets d'urgences associés à des hôpitaux, vont exercer une grande influence sur notre futur travail de médecins de base, sur la politique tarifaire et la politique professionnelle, ainsi que sur l'image publique des généralistes.

### Nous avons de bonnes raisons de nous en préoccuper

Le renouveau actuel comporte des chances de succès pour la médecine générale, mais aussi des risques encore bien plus élevés. Je me permets d'élever la voix car je suis préoccupé de la tournure que prennent les développements. Je me suis confronté depuis de nombreuses années aux changements survenus dans le service de garde des médecins de famille et j'ai publié quelques études sur le sujet [1–5]. Médecin de famille dans une région de campagne (Effretikon et environs), je ne poursuis aucun intérêt personnel. Notre association de médecins de famille a décidé de continuer à pratiquer le service de garde en toute indépendance de l'hôpital. La reprise des gardes de nuit par SOS-médecins de Zurich nous a facilité le service. Je suis membre d'un groupe de travail qui négocie la coordination du service de garde et d'urgences avec l'hôpital de Bülach.

### L'interface de l'hôpital et des patients arrivant de leur propre initiative mérite notre plus grande attention

Les patients arrivant de leur propre initiative, sont classés en patients de soins primaires; or ils s'adressent directement aux soins secondaires que représentent les hôpitaux en contournant la fonction prévue de sélection par les médecins de famille. Les hôpitaux

n'y sont pas adaptés et ils ne possèdent pas non plus de mandat de prestation à cet effet. Il était à prévoir que cette interface imposée sans planification verrait d'énormes problèmes d'ordre personnel, logistique et financier. Ces questions furent largement étalées et dénoncées dans la presse quotidienne et médicale. Il est regrettable que jusqu'ici peu de chiffres aient été publiés pour illustrer le problème d'un point de vue économique. Les médecins de famille devraient s'y intéresser car il en va de leur survie. Qui donc connaît les données officielles comparant les coûts du traitement d'urgence par le médecin de famille et les coûts hospitaliers ? Qui connaît les chiffres sur le coût du personnel hospitalier dans les soins aux patients ambulatoires venant en urgence, c'est-à-dire les données sur la productivité des médecins hospitaliers en rapport avec les patients venant de leur propre initiative ?

Sans la prise en considération du problème économique posé par cette interface délicate et coûteuse, il ne faut pas accepter une solution qui nous lie. En agissant séparément, les groupements de médecins de famille ne pourront pas extorquer l'entrée en matière par la force. Ce sont nos corps de recherche et de politique professionnelle qui doivent relever ce défi.

Le «drame des patients arrivant de leur propre initiative» aux stations d'urgences hospitalières nous offre l'occasion unique que nous n'avons pas su voir jusqu'ici. Dans le domaine de la santé, il n'existe pas de contexte plus clair ni plus exemplaire pour démontrer l'utilité et l'étendue de notre compétence, et les conséquences que pourrait provoquer la mise à l'écart de notre tirage. A mon avis, la situation des stations d'urgences des hôpitaux représente un modèle éclatant de ce qui pourrait arriver si des patients de plus en plus âgés et polymorbides devaient être soignés directement par des spécialistes en raison d'une pénurie de médecins de famille ...

### Situation de départ des hôpitaux

Les hôpitaux centraux sont mandatés pour les soins dans le domaine des urgences. Ceux-ci s'étendent en premier aux patients envoyés par des médecins et nécessitant des soins hospitaliers et aux patients conduits en urgence par les services de sauvetage. Ce n'est que récemment que les patients venant de leur propre initiative ont été inclus dans le contrat de soins. Les médecins de famille, quant à eux, ont toujours la charge de garantir la couverture de soins primaires sur tout le territoire.

Pour leur disponibilité dans les cas d'urgence, les hôpitaux touchent des montants s'élevant à plusieurs millions de francs, à titre

---

Le «drame des patients arrivant de leur propre initiative» aux stations d'urgences hospitalières nous offre une occasion unique.

---

Tableau 1

Comparaison de l'indemnisation pour différentes activités professionnelles médicales et non médicales (à partir du salaire horaire).

professions médicales	hôpital cant. de Baden cabinet d'urgences (médecins de famille)	médecin d'arrondissement canton de Zurich	médecin scolaire canton de Zurich <sup>1</sup>	médecin agréé hôpital canton de Zurich
salaire de base	salaire net 100.–	coût complet cabinet 182.95	200.–	117.80 (PM pos. 00.0210)
frais	non	indemnités de déplacement	non	indem. de déplacement
supplément sa./di.	aucun	indemn. p. inconvénients	non	indemn. p. inconvénients

  

professions non médicales	vétérinaire canton Argovie <sup>2</sup>	hôpital cantonal ZH pour services admin./techn. <sup>3</sup>	artisan (contremaître)	services TI	honoraires d'avocat en fonction du temps consacré
salaire de base (sans TVA)	150.–	60.– à 120.–	90.– à 120.–	200.– à 300.–	150.– à 350.–
frais	oui	oui	oui	oui	oui
supplément sa./di.	50%	non	sa. + 25% di. + 50%	sa. + 25% di. + 50%	non

<sup>1</sup> nouveau contrat pour les médecins scolaires du cant. de Zurich, <sup>2</sup> message du Conseiller d'Etat du cant. d'Argovie, 4.12.2004, <sup>3</sup> règlement tarifaire des hôp. cant. ZH du 20.10.2004, <sup>4</sup> ordonnance sur les tarifs des honoraires d'avocats du 21.6.2006, cant. de Zurich.

de forfaits d'accueil et de traitement d'urgences. Cependant, la rapide augmentation du nombre de patients y arrivant de leur propre chef, avec des pathologies bénignes dans la plupart des cas, est préoccupante. Les grands hôpitaux traitent aujourd'hui entre 10000 et 20000 patients ambulants aux urgences par an, dont plus de 80% viennent par eux-mêmes. Parmi ces derniers, 90% pourraient être traités par des médecins de famille. Grâce à ces patients, les stations d'urgences sont de loin le secteur hospitalier avec la plus forte croissance. Il en résulte des problèmes logistiques et personnels qui ne trouvent que des solutions partielles dans les adaptations effectuées jusqu'ici (urgence interdisciplinaire, postes de chefs d'équipe, traitement en procédure accélérée de cas bénins). De plus, les lois du travail de plus en plus restrictives, en particulier en ce qui concerne les assistants et probablement bientôt les médecins chefs, font obstacle à la planification des services.

Les frais élevés des traitements hospitaliers ambulatoires occasionnés par les patients arrivant de leur propre initiative ne sont refacturables que partiellement aux caisses et ils augmentent ainsi les déficits hospitaliers. L'introduction imminente des forfaits stationnaires par cas va certainement encore augmenter la pression sur les coûts. En même temps, les hôpitaux vont devoir reconnaître que la qualité et la disponibilité des prestations d'urgence vont occuper un espace grandissant dans la perception des patients et dans un marché concurrentiel. C'est pourquoi de nombreuses directions d'hôpital cherchent à réduire leurs coûts, et simultanément à développer fortement leurs stations d'urgence. La réduction des coûts doit s'opérer avant tout par l'intégration des médecins de famille régionaux.

### Le problème de la sélection

Le nœud du problème des hôpitaux réside dans le manque généralisé de compétences pour sélectionner de manière efficace les patients qui devraient être attribués aux soins primaires. En tant que généralistes, nous devons nous affirmer comme seuls capables de résoudre ce problème de tri par notre expérience spécialisée

dans les premiers contacts, nos faibles coûts et notre efficacité. Pour cette raison, le rapport final de la CDS sur la réorganisation du service de garde et d'urgences recommande lui aussi de gérer de façon autonome l'administration et l'organisation des cabinets médicaux situés en amont du service d'urgences hospitalier, ou rattachés à celui-ci [10].

Les médecins de famille disposent d'un processus propre et spécifique de prise de décision, déterminé par la prévalence et l'incidence des pathologies dans la population (critères de la Wonca 2002 pour la médecine générale). Cela représente l'abord le plus adéquat à ce groupe de patients et à leur sélection. Il est hautement productif et contribue à réduire considérablement les frais d'investissement personnels et techniques ultérieurs. Indirectement, cela signifie que le processus de sélection en hôpital (en partant de la présélection normalement effectuée au préalable par les médecins de famille) part du principe d'une incidence élevée de pathologies sévères (population hospitalisée) et doit aussi répondre à des besoins sécuritaires beaucoup plus élevés. Il en résulte une augmentation des frais de personnel et un nombre nettement plus élevé d'examen complémentaires coûteux. Jusqu'ici les chiffres précis à ce sujet manquent largement. Ils seraient d'une importance capitale pour positionner à l'avenir la médecine générale dans la politique de la santé.

### L'effet boomerang

Les patients considèrent de plus en plus les hôpitaux comme étant d'un accès pratique et permanent, servant de couverture même pour des broutilles médicales les soirs et en fin de semaine (médecine prête à l'emploi). Il est à craindre que les patients venant de leur propre chef affluent de plus en plus une fois que les cabinets d'urgence des hôpitaux seront installés et qu'ils bénéficieront de publicité. La position de nos cabinets d'urgences en pâtira encore davantage et notre service de garde et d'urgence en deviendra encore moins rentable.

### Chances et risques: cabinet médical indépendant ou salariat?

Notre travail dans un cabinet d'urgences à l'hôpital peut prendre deux formes fondamentales: un cabinet indépendant ou le salariat. Lors de ce choix, nous devons rester conscients qu'il ne porte pas seulement sur les questions d'indemnisation mais aussi sur le principe de l'indépendance de notre travail en milieu hospitalier. Avec le statut de salarié, intégrés dans le service des urgences de l'hôpital, nous serons soumis aux diverses influences des directions des hôpitaux. Je crains qu'en dehors des conditions cadre spécifiques de notre cabinet, nous ne puissions plus conserver très longtemps l'indépendance de décision ni la démarche thérapeutique pluraliste qui nous caractérisent. En outre la présence des médecins de famille comme employés d'hôpital sera encore moins visible que jusqu'ici, ce qui va entraîner une baisse de salaire, début d'une spirale des tarifs dirigée vers la baisse.

De nombreux projets ont prévu des décisions définitives à ce sujet d'ici la fin de l'année, et leur mise en œuvre devrait s'effectuer l'an prochain à un rythme soutenu. Malgré la pression exercée par les directions d'hôpital, j'en appelle à une pause de réflexion et j'espère vivement qu'une discussion approfondie du point de vue de la politique professionnelle ait lieu sur les diverses formes de collaboration envisageables.

Les patients venant aux urgences de leur propre initiative représentent une chance politique pour nous, si nous pouvons démontrer que la suppression de présélection remplie par les médecins de famille engendre des coûts supplémentaires énormes. Ils représentent également une chance financière, si nous savons démontrer que seuls les cabinets indépendants d'urgences tenus par des médecins de famille peuvent garantir un effet d'économie à long terme, et si nous bénéficions d'une partie de cet effet d'économie. La suite de cet article présente l'aspect financier de cette problématique.

### Du médecin de famille indépendant au médecin employé par les urgences hospitalières?

#### Le «modèle de Baden»

Le concept mis en pratique depuis plus d'une année à l'Hôpital cantonal de Baden est largement accepté par de nombreux groupes de travail. L'idée de base consiste à faire traiter les patients se présentant de leur propre initiative au service des urgences de l'hôpital par les médecins de famille de la région en service à l'hôpital aux heures de pointe, c'est-à-dire de 17 à 23 h en semaine et de 9 h à 23 h en fin de semaine. Le traitement s'opère en une seule fois. Il n'y a pas de contrôles consécutifs prévus. En contrepartie, l'hôpital couvre les heures de nuit avec son propre personnel, et les médecins de famille sont responsables en arrière-plan d'un service mobile de 24 h sur 24.

Le concept est convainquant, et dans la pratique il semble produire l'effet escompté en déchargeant de façon symétrique à la fois les médecins de famille et l'hôpital. Les médecins de famille de Baden ont fourni un travail de pionniers appréciable. L'étude publiée dans PrimaryCare par le cercle de qualité de Brugg sur les patients se

rendant de leur propre initiative à l'hôpital [6] a fourni la base des données nécessaires à la réalisation de ce concept.

#### La question de l'indemnisation

A Baden, les médecins de famille n'exercent pas dans un cabinet d'urgence dirigé de façon indépendante, mais au service de garde et d'urgences hospitalier. L'indemnité horaire de 100 francs résulte de la forme de collaboration choisie. A mon avis, ce montant ne pourrait être dépassé par d'autres délégations de négociation, dans des conditions égales. Aussi longtemps que la valeur de nos compétences et du rendement de notre activité sera comparée au salaire horaire d'un médecin-chef employé, nous ne pourrons pas trouver un accord à plus de 100 francs par heure. Voici trois raisons pour lesquelles j'estime que cette rémunération est trop faible:

1. Si le recours aux médecins de famille n'apportait pas un avantage supplémentaire (frais de personnel et d'examen), l'hôpital couvrirait ses besoins de façon interne sans collaborer avec des généralistes. Le médecin de famille apporte plusieurs avantages essentiels: une productivité estimée nettement plus élevée, une réduction importante des moyens techniques et du personnel nécessaires dans le déroulement ultérieur, et l'absence de restrictions imposées par le droit du travail lors des interventions.
2. Même de nos jours, le médecin de famille doit se forger ses compétences de sélection par lui-même au cabinet médical. Ce savoir-faire n'est jusqu'ici enseigné ni pendant les études, ni dans les hôpitaux. Il est donc difficile de comprendre pourquoi les coûts de cette expérience ne devraient pas être pris en compte.
3. Une indemnité de 100 francs correspond aux prestations médicales pour une heure d'après le TARMED. Selon l'activité et la charge de travail, le rendement horaire du médecin peut bien se monter à 150 ou 200 francs. L'absence de critères de rendement est gênante. De plus, aucune compensation ne tient compte du fait que le travail s'effectue le soir, en fin de semaine et durant les jours fériés. Une disproportion éblouissante apparaît aussi entre ce montant et l'indemnité horaire versée dans d'autres catégories de professions indépendantes (tab. 1).

Les résultats d'une de mes études précédentes [7], en accord avec ceux établis par la Haute école de Zurich à Winterthur [8], montrent que les coûts des services d'urgences ambulatoires s'élèvent à un peu moins de 180 francs par patient traité en urgence (selon le TARMED). Les coûts d'un traitement ambulatoire au service d'urgence hospitalier se situent entre 300 et 400 francs [7-9].

Un médecin de famille engagé à 100 francs par heure selon le modèle de Baden représente une charge salariale annuelle de 302 000

La plupart des médecins de famille exercent leur métier en tant qu'indépendants et devraient saisir la chance offerte par la vague de patients se présentant de leur propre initiative comme un nouveau défi entrepreneurial.

francs. En supposant qu'il procède à la sélection et au traitement de deux patients par heure seulement (il est possible de s'occuper de trois ou quatre patients), et qu'il abaisse les coûts de 100 francs par patient (voir la comparaison des coûts ci-dessus), l'économie obtenue correspondrait au double de son salaire. Les économies proviennent de la productivité plus élevée (économie en personnel) et de la diminution du nombre d'exams. Tant que ces économies ne seront pas prises en compte pour établir l'indemnisation, parce qu'elles ne sont pas encore largement soutenues et reconnues, nous devons refuser de résoudre le problème par un salaire d'employé.

### Le cabinet médical d'urgences du médecin de famille

La plupart des médecins de famille exercent leur métier en tant qu'indépendants et devraient saisir la chance offerte par la vague de patients se présentant de leur propre initiative comme un nouveau défi entrepreneurial. Après nous avoir défavorisés dans un premier temps, l'appel au secours des hôpitaux et l'insatisfaction des patients offrent des perspectives bienvenues. En nous y prenant bien, nous pouvons à nouveau augmenter notre visibilité dans le domaine des urgences. Mais avant tout, nous pourrions profiter directement du flot en constante augmentation, quasiment garanti et statistiquement établi de patients se présentant de leur propre chef à l'hôpital.

Si nous ne surmontons pas notre crainte face aux risques d'une nouvelle entreprise, des dommages énormes s'ensuivront, à mon avis, sur le plan de la politique professionnelle et de la politique tarifaire.

- Quel est celui d'entre nous qui croit sérieusement que nous pouvons préserver, dans le service d'urgence hospitalier, le processus de prise de décision et l'approche thérapeutique pluraliste qui nous sont propres, sans bénéficier de la protection offerte par l'autonomie de nos cabinets médicaux?
- Et qui donc ne s'attend pas à ce que l'hôpital, plus ou moins sciemment, pour les raisons les plus diverses (allocation des ressources, besoin accru de couverture des risques, considérations concernant la responsabilité civile), ne cherche à influencer notre manière d'exercer?
- Négociée sans aucune contrainte par le TARMED, sans neutralité des coûts et sans convention prestation-prix, une indemnité horaire de 100 francs pour la sélection des patients aux urgences – une des activités médicales les plus exigeantes – va affaiblir sérieusement notre position lors de négociations futures sur le TARMED.

Le concept d'un centre d'urgences composé du service d'urgences hospitalier et du cabinet médical d'urgences offre de nombreux avantages. Il permet ainsi au médecin de famille de marquer clairement sa présence à l'hôpital vis-à-vis des patients et des tiers. Autre avantage important du point de vue de l'organisation: l'hôpital pourrait comprendre un cabinet médical «normal» ouvert 24 h sur 24, dont la permanence à partir de 17 h et en fin de semaine serait assurée par les médecins de famille de service.

Dans ce genre de cabinet, l'échange souhaitable de savoir-faire et de compétences entre les médecins de famille et les médecins d'hôpital gagne en transparence, et il n'est pas ralenti par la sépa-

---

La recherche en médecine générale dans le domaine des soins se consacre en premier lieu aux changements résultant du positionnement des médecins de famille à l'interface de l'hôpital et des patients y arrivant de leur propre chef.

---

ration en espace et organisation. Les activités de consultation réciproque sont susceptibles d'être facturées si cela s'avère judicieux. Les médecins assistants peuvent participer à la routine de ce cabinet dans le cadre de leur assistantat en cabinet médical. La présence active des médecins généralistes au service des urgences hospitalier constitue une belle opportunité pour encourager la relève par les jeunes médecins en formation. En nous présentant, non pas comme des employés mais comme des médecins indépendants, nous préservons notre authenticité et présentons une crédibilité plus forte.

### Les hôpitaux et les cantons sont-ils prêts à accepter des cabinets médicaux d'urgences indépendants?

Dans les projets de collaboration entre médecins de famille et hôpitaux sur le plan des urgences, le degré d'indépendance et la prise de risques qui en résultent occupent, à ma connaissance, une position centrale dans les discussions. D'un point de vue économique général, les décideurs politiques et les organes de direction des hôpitaux devraient encourager une «externalisation», vers les cabinets médicaux d'urgences indépendants, des patients qui se présentent sur leur propre initiative, car le traitement ambulatoire des patients est une source supplémentaire de déficits pour les hôpitaux. Pour réaliser de tels cabinets, les services de la santé cantonaux devraient donner leur accord pour la location d'une partie de l'infrastructure des urgences. Je m'engagerai auprès de notre association médicale d'arrondissement pour qu'elle soumette une requête à la direction du Service de la santé publique du canton de Zurich afin de clarifier la position des hautes instances politiques à ce sujet.

L'exploitation d'un cabinet de généraliste dans l'hôpital se pratique déjà depuis longtemps dans certains pays, notamment les pays anglo-saxons, et présente des avantages pour les deux parties. L'augmentation rapide du nombre de patients se présentant de leur propre initiative fournit un argument de plus en faveur de l'installation des compétences en médecine générale dans les hôpitaux. Le double usage du cabinet, desservi de jour et pendant les jours ouvrables par un médecin de famille installé, et le reste du temps par les médecins de famille assurant le service de garde et d'urgences régional, entraîne d'autres synergies ainsi que des avantages financiers.

### Conclusion

Il n'est pas réaliste d'espérer négocier une indemnisation horaire

acceptable du point de vue de la politique tarifaire, aussi longtemps que l'hôpital soutient à lui seul la prise de risques et les coûts d'infrastructure. Ce n'est que dans des cabinets médicaux d'urgences indépendants que nous pourrions préserver à long terme la méthode de travail particulière aux médecins de famille, maintenir la pression sur les coûts, et augmenter la visibilité de notre métier. Au vu de l'importance de la charge de travail que nous devons endosser, nous démontrerons que nous pouvons dégager un salaire horaire nettement supérieure à cent francs.

Je propose que la recherche en médecine générale dans le domaine des soins se consacre en premier lieu aux changements résultant du positionnement des médecins de famille à l'interface de l'hôpital et des patients y arrivant de leur propre chef. Les données obtenues pourraient s'avérer d'une grande importance pour l'avenir de la médecine générale.

#### Références

- 1 Hugentobler W. Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler. PrimaryCare. 2006;6(32):586-9.
- 2 Hugentobler W. Die Belastung des Hausarztes im regionalen Notfalldienst. PrimaryCare. 2006;6 (26-27)493-7.

- 3 Hugentobler W, Rothenberger J, Reorganisation des Notfalldienstes, Teil 1. Schweiz. Ärztezeitung. 2007;88(21):879-82.
- 4 Hugentobler W, Rothenberger J, Reorganisation des Notfalldienstes, Teil 2. Schweiz. Ärztezeitung. 2007;88(21):879-82.
- 5 Hugentobler W. Hausärztlicher Notfalldienst in der Krise. infosantésuisse 2007;Juni(Nr. 6):12-3.
- 6 Zehnder K. Selbsteinweisungen ins Spital. PrimaryCare. 2002;2(10):280-3.
- 7 Hugentobler W. Kostenvergleich der ambulanten Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis mit den Notfallstationen der Spitäler. PrimaryCare. 2006;6(32-33):586-9.
- 8 Etude de la Haute école de Zurich à Winterthur, mandatée par Medvantis SA. Gesundheitsökonomische Beurteilung der Telefontriage-Dienstleistung; 2005. Disponible auprès de: www.medvantis.ch.
- 9 Matter H, Caduff B, Schöb O. Interdisziplinäre Teamarbeit auf einer Notfallstation. Schweiz. Ärztezeitung. 2006;87(19):849-54.
- 10 GDK Schlussbericht. Notfalldienst: Massnahmen und Empfehlungen, 2006. Available from: www.gdk-cds.ch

---

Dr W. Hugentobler  
Spécialiste FMH en médecine générale  
Lindauerstrasse 2  
8309 Nürensdorf  
hugi@hin.ch

Laurent Reuge, Membre du comité de l'ANMO

## «Caisses maladie et réseaux: êtes-vous connectés?»

Résumé de l'atelier de la Journée de Gruyères du 8 mai 2008

### Un thème provocateur

L'ANMO (Association Neuchâteloise des Médecins Omnipraticiens) a proposé ce thème, sujet controversé. Une Commission Réseau de notre société cantonale faitière vient en fait de plancher sur un projet qui sera très probablement avalisé prochainement par le Groupe Mutuel, premier partenaire dans cette aventure. Ce réseau sera ouvert aux membres intéressés dès le mois d'août. Ce projet a germé comme témoin d'une volonté de proactivité d'un noyau de collègues ne souhaitant pas être mis à nu devant la puissance «en devenir» des caisses (1<sup>er</sup> juin!) et qui souhaitait proposer une autre solution, avec l'idée de garder un certain contrôle de la situation et de montrer sa bonne volonté à participer à l'effort commun. Beaucoup de réticences, de craintes ont fait place à l'enthousiasme initial du groupe pilote: notamment peur de collusion avec les caisses, peur de l'implication financière de l'omnipraticien dans le déficit éventuel du système. Différentes questions non réglées n'ont fait qu'accroître ce sentiment d'incertitude.

### Les réseaux à travers les cantons

A Gruyères, tous les cantons romands étaient représentés dans cet atelier. Certains participants avaient déjà participé à un fonctionnement de réseau, d'autres y étaient encore impliqués ou songeaient prochainement à y prendre part.

Chaque fois que le fonctionnement dépendait d'un financement direct des caisses et d'un droit de regard trop important de ces dernières, l'expérience des réseaux avait fait long feu. En effet, au fil des ans, la seule réponse des caisses aux bons résultats économiques obtenus avait été une diminution des budgets alloués selon le principe «vous avez pu faire avec tant, essayez de faire encore mieux avec moins».

Dans un cas, le réseau avait capoté lorsque les caisses avaient voulu imposer à l'omnipraticien toute la tâche de négociation et d'analyse des coûts générés par le (ô combien fleurissant) secteur hospitalier ambulatoire du réseau (dans le cas d'une enveloppe budgétaire globale des coûts ambulatoires). Le refus des collègues de ce réseau avait stoppé net l'expérience.

Le réseau COSAMA (regroupement de différentes caisses) avait généré des économies de l'ordre de 10%, un des buts avérés du système. Malgré ces bons résultats, paradoxalement, le réseau s'était petit à petit dilué. Pourquoi? L'hypothèse évoquée lors de notre atelier tient au fait que les objectifs cachés ultimes des caisses ne sont pas tant de récupérer des cacahuètes (10% sur la masse générée ne correspondent pas pour elles à un incitatif suffisant) mais se trouvent plutôt dans une volonté de prise de pouvoir, de limitation du catalogue de la LaMAL pour favoriser les contrats nettement plus juteux du domaine des assurances complémentaires.

Un collègue nous a fait part de son expérience dans un réseau où le budget est alloué annuellement à une SA par les caisses selon le principe de capitation (somme donnée par cas et pathologie). Ce sont des médecins avec l'aide d'un secrétariat qui gèrent le montant global. Les prescripteurs de ce réseau envoient leurs notes d'honoraires directement à la SA qui les règle selon le principe du tiers payant. Pour l'omnipraticien, l'absence de contentieux ainsi qu'une charge administrative limitée (hormis le bon de délégation à remplir lors du recours à un spécialiste, la paperasse ne semble pas différente que dans une pratique habituelle) sont des éléments porteurs. Le fonctionnement par l'intermédiaire d'une SA soulage le praticien de la responsabilité financière en cas de mauvais résultats éventuels. Même en cas de faillite du système, la SA serait seule à endosser la charge.

Dans cet exemple, comme dans d'autres, la notion même de réseau introduit un biais de sélection en faveur des patients à bon risque. On sait que les patients âgés rechignent à changer de caisses, gardant historiquement l'idée utopique et désuète de caisses mutuelles, solidaires avec eux, qu'il ne faut pas surcharger en travail administratif. L'offre pour un contrat d'assurance dans un réseau ne semble pas être proposée à tous les patients mais certainement à une population bien choisie.

Même si un système de budget par capitation et versement à une SA semble attrayant, l'aspect économique qu'il introduit exposera aussi à des négociations sans fin lorsque les caisses décideront de revoir le financement à la baisse. De plus, combien d'entre nous pourront garder leur ligne éthique de traitement soumis à cette nouvelle pression? Combien de temps s'écoulera-t-il avant de rechigner sur tel examen que l'on jugeait jusque-là essentiel?

## Notre proposition de modèle de réseau

Après un repas de terroir local sur une terrasse ombragée, notre groupe s'est attaché à définir un modèle de réseau correspondant le mieux à notre ligne de conduite. Toute la réflexion préalable a guidé ce développement.

La liberté du médecin de participer au réseau ou de s'y retirer devrait être garantie. Le réseau se réserverait le droit de refuser un membre «déviant» (mouton noir!) n'adhérant à l'évidence pas à une philosophie commune définie préalablement (dimension éthique). Notre réseau devrait être avant tout basé sur les besoins des patients et des médecins. Les critères de qualité seraient définis par le médecin pour son patient. Notre intérêt pour la dimension économique de la santé en général permettrait «l'appel d'offre» envers les caisses (savoir être sexy pour être crédible). Le besoin d'une masse critique pour avoir un poids de négociation suffisant avec les caisses impliquerait un travail de terrain d'information important préalable. Lors du fonctionnement du réseau, le critère économique ne devrait pas être pris en compte. Tout incitatif financier pour le médecin est à exclure (système bonus/malus).

La régionalisation garderait les spécificités des médecins et des patients et permettrait une adhésion plus importante à un réseau auquel on pourrait s'identifier. Si la philosophie commune du réseau est parlante, une fédération de chaque région serait alors possible. Finalement, les recettes éventuelles du réseau seraient réinvesties dans son développement (prévention, formation, enseignement thérapeutique). Les spécialistes seraient les bienvenus uniquement dans le cadre de la participation à la formation et aux cercles de qualité, pour ne pas déroger au principe voulu du *gate keeping*.

## Un sentiment global mitigé

Globalement, le sentiment final de notre groupe était tout de même empreint de pessimisme, car personne ne semblait dupe: la pression économique qui tôt ou tard nous sera imposée brisera nos derniers rêves. Tant que politique et assurances-maladie marcheront main dans la main, quoi qu'on fasse, la bataille semble d'ores et déjà perdue. L'omnipraticien s'est pendant des années contenté de son sort malgré les limitations toujours plus strictes qu'on lui imposait. Pour lui, devenir proactif est contre nature et chronophage alors même que le temps a pris une dimension envahissante. La révolte est la seule solution; elle est nécessaire et urgente!

---

Correspondance:  
Dr Laurent Reuge  
2053 Cernier  
lreuge@bluewin.ch