

Rainer Hurni

# Les soins intégrés au carrefour des secteurs primaire et tertiaire (cabinet-hôpital) - En quoi est-ce qu'ils diffèrent?

## Financement des hôpitaux par les DRG et soins intégrés - Concurrence ou complémentarité?

De façon pour ainsi dire inaperçue pour nombre d'entre nous – les esprits chagrins diront «comme une tumeur maligne progressant à bas bruit» – a été décidée la mise en place en Suisse d'un nouveau système dans la couverture hospitalière, d'ailleurs déjà testé dans certains établissements hospitaliers pilotes. Swiss DRG est le terme consacré. «Swiss» pour souligner que le système, en partie extrêmement mal noté dans certains pays qui nous entourent, a subi quelques retouches propres à la Suisse, censées le débarrasser de tous ses inconvénients ...

Entre-temps, il semble que ce changement soit inéluctable et tout le monde, y compris nous médecins du secteur ambulatoire l'avons enfin réalisé: le 1<sup>er</sup> janvier 2012 verra la révolution du système dans notre pays. Swiss DRG est une affaire conclue. Et ni les hauts cris, ni les appels au moratoire n'y changeront probablement quoi que ce soit: le Conseil fédéral et les Chambres ont donné leur aval et les conditions cadres ont été fixées. Il manque toutefois encore les *dispositions d'application*, qui seront justement d'une importance capitale dans le domaine ambulatoire. Et il n'y a pour l'heure pas de consensus politique en la matière.

Ce que nous savons, c'est que les hôpitaux vont recevoir davantage d'autonomie et que certaines administrations hospitalières procèdent d'ores et déjà à une extension de leur bureaucratie. On engage des codeurs qu'on prépare aux nouvelles tâches. Les parlements cantonaux devront payer la facture sans pouvoir dire leur mot, comme c'était le cas jusqu'ici pour la planification hospitalière. Il y a fort à parier que ce n'était pas l'intention au départ et que tous ne s'attendaient pas à cela! Dans quelle mesure l'*activité ambulatoire des hôpitaux* peut et doit être autonomisée constitue parmi les insiders un sujet brûlant, mais pour lequel aucune décision n'a encore été prise (selon une déclaration de Carlo Conti, Vice-président de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, mars 2010).

Les conséquences en amont et en aval (par ex. les médecins de famille, les EMS, les soins à domicile, les structures de réhabilitation) devraient dans le fond être connus avant de répondre à la question évoquée en titre. Il faut absolument éviter la variante d'un simple transfert sans contrôle des dépenses de santé vers le secteur ambulatoire, accompagné d'une augmentation des primes ou d'une réduction de la valeur du point. L'introduction de la LAMal impliquait en effet, comme chacun le sait, un budget limité, donc global, dans le domaine de la médecine ambulatoire.

Les explorations d'accompagnement pourtant nécessaires viennent trop tard pour contrôler cette évolution et les esprits critiques ne sont plus les seuls à le dire. Le projet pilote «Reason for encounter» (RFE) de la Société de médecine lucernoise constitue une exception louable et qui fait l'objet d'un article véhément à l'intention des lecteurs et lectrices de ce numéro.

Mais trêve de lamentations. Quelles que soient les décisions finales, les réseaux peuvent et doivent s'adapter aux nouveaux défis. Espérons qu'ils les percevront plutôt comme une chance unique à saisir en vue d'une percée du concept des soins intégrés. En tant qu'organisations bien dirigées, les réseaux devraient peser de tout leur poids sur

l'élaboration du nouveau système hospitalier et participer à celle du système de prise en charge ambulatoire. Ils devraient en particulier mener des négociations avec les hôpitaux dans les domaines suivants:

- des accords contractuels concernant le suivi des patients avant et après l'hospitalisation;
- éventuellement négocier avec plusieurs hôpitaux et ainsi assurer la sécurité des soins et la qualité des traitements, notamment par la reconnaissance et la prévention des erreurs;
- la préservation des intérêts des structures de soins ambulatoires aussi vis-à-vis des administrations hospitalières fortes sous la forme d'une liberté de choix en matière d'hospitalisations.

Et il va également falloir agir dans les domaines suivants:

- amélioration et éventuellement mise en place des interfaces entre soins à domicile (CMS, Spitex), structures de réhabilitation, EMS, etc.;
- intégration de ses propres structures du cabinet, y compris les assistantes médicales, dans le suivi thérapeutique post-hospitalier et les traitements à domicile;
- réflexions sur l'organisation et l'adaptation des services de garde, éventuellement aussi par l'intégration de grands cabinets associés aux réseaux dans la chaîne de traitement;
- négociations avec les médecins agréés des cliniques pour trouver des solutions nouvelles;
- prise en compte, en tant que premier devoir des réseaux, des besoins et des intérêts des patients polymorbides.

Vu sous cet angle, nous parviendrons, en notre qualité de membres de réseaux, à survivre au chaos initial annoncé, sans compromettre les préceptes imaginés ci-dessus. L'acceptation du nouvel article sur le Managed Care constituerait une aide certaine. Le Conseil national a donné un signal positif à ce propos par son oui du 16 juin. La responsabilité budgétaire (avec le risque négociable du réseau), combinée avec l'amélioration prévue de la compensation des risques et avec la liberté d'adhésion à ce système pour les patients, les caisses maladie et les médecins sous réserve des contrôles de qualité et d'efficience, pourrait se concevoir dans la perspective de la mise en place de nouveaux modèles de couverture de soins et de meilleures chaînes de prise en charge économiquement viables et gérables par l'intermédiaire de réseaux intégrés.

D'une manière ou d'une autre et tôt ou tard – et je conclurai ainsi pour l'heure –, les Swiss DRG nous contraindrons nous, nos patients et nos partenaires traditionnels des milieux hospitaliers à d'importants changements d'habitudes: les situations de concurrence dans les domaines ambulatoires et hospitaliers sont à prévoir, dans la mesure où elles ont été planifiées et voulues par les initiants des Swiss DRG; elles sont donc inhérentes au système. En évitant de nous fermer aux opportunités évoquées précédemment, nous donnerons un coup de pouce important à la mise en place du concept des soins intégrés. Alors, au travail!

Correspondance:

Dr Rainer Hurni, VR zmed, Ressort MC, Vorstand medswiss.net  
Zurlindenstrasse 292, 8003 Zürich, rhurni@hin.ch