

Peter Berchtold

## Les soins intégrés – une demande à la fois légitime et justifiée

En Suisse, la première HMO (Health Maintenance Organization) a été fondée il y a vingt ans, et elle était perçue alors comme une provocation. Aujourd'hui, environ la moitié des médecins de premier recours, c'est-à-dire plus de 4200, sont membres d'un réseau de médecins ou d'une HMO. En quoi cela est-il important? Tout d'abord parce que les médecins décident *librement* de participer à ces modèles de soins (avec coresponsabilité budgétaire dans trois quarts des cas). Ensuite parce que les soins intégrés forment un concept orienté vers l'avenir promettant davantage de qualité et d'économicité, contrairement aux systèmes de santé traditionnels ayant cours dans le monde entier et dont les acteurs se trouvent fragmentés ou précisément «non intégrés» en raison de raisonnements contradictoires. L'intégration, comprise comme une évolution vers l'intensification du réseautage et vers une approche plus contractuelle de la coopération, est donc considérée comme un moteur de plus en plus important de l'accroissement de la qualité et de l'économicité, tout au moins lorsqu'il s'agit de prendre en charge des maladies complexes ou des patients multimorbides. A cet égard, les preuves scientifiques ne manquent pas. Les soins intégrés ne constituent donc pas une idéologie, et il est légitime et justifié de demander que ces modèles soient appliqués pour assurer l'avenir de notre système de santé.

### Les modèles de soins intégrés et leurs instruments

Les réseaux de médecins et les HMO ne représentent qu'une petite partie du concept des soins intégrés (l'expression «soins intégrés» est synonyme de celle, entretemps dépassée, de «managed care»), qui réunit l'ensemble des instruments de régulation et d'intégration du système de santé dans le but de promouvoir un approvisionnement médical adapté aux besoins, basé sur la qualité, et offrant un bon rapport coût-efficacité. Parmi ces instruments, on trouve d'une part des formes d'organisation intégratives (réseaux de médecins, HMO/centres de santé, réseaux de soins régionaux), et d'autre part des instruments d'intégration (*gatekeeping*, directives, gestion de cas, gestion de la maladie, gestion de la demande, modèles de soins aux malades chroniques). Une bonne partie du concept est devenue routine, et certains éléments se trouvent en phase de développement.

### Les soins intégrés en Suisse

Le graphique montre la croissance impressionnante des soins intégrés en Suisse. A l'heure actuelle, pour couvrir ses besoins en médecine générale, un assuré sur neuf a choisi l'un des 88 réseaux de médecins, resp. l'une des organisations qui fournissent leurs prestations conformément à un contrat réglant la collaboration avec les partenaires internes et externes au réseau ainsi qu'avec les assureurs. L'accroissement depuis 2008 s'élève à 31%; le canton de Zu-

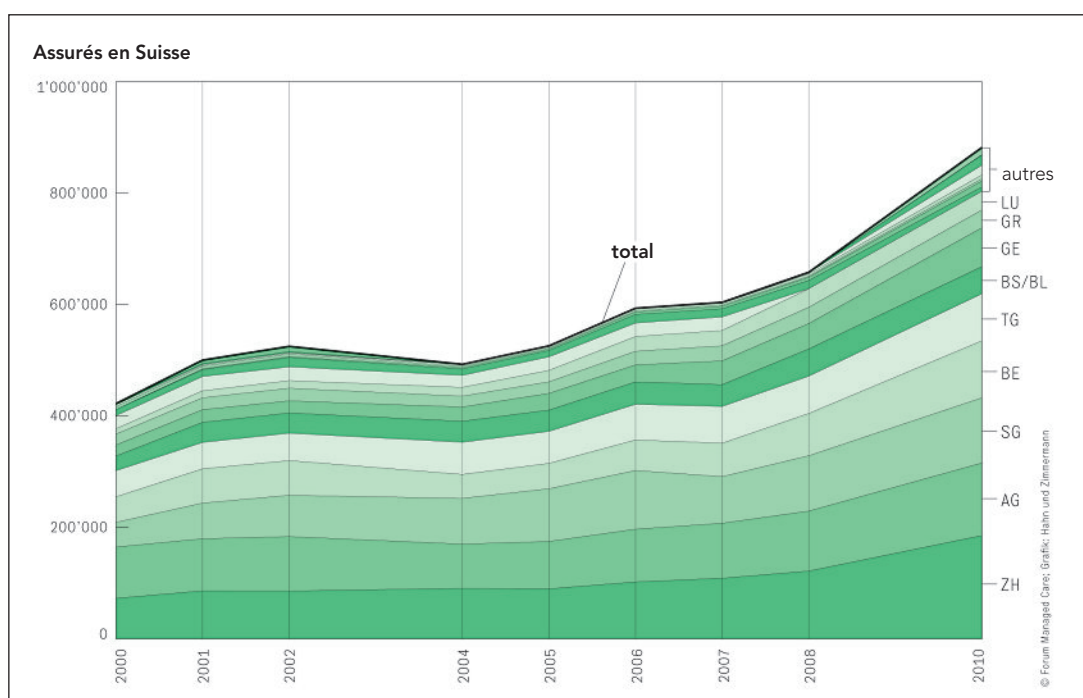


Figure 1  
Evolution croissante des soins intégrés en Suisse.

rich est en tête avec 52%, suivi par les cantons de Berne (35%), de Thurgovie (26%), d'Argovie (21%) et de St-Gall (18%) (fig. 1). Le *gatekeeping* représente le levier de pilotage fondamental des réseaux de médecins, et il partage son importance avec le travail constant et structuré sur la qualité au sein des CQ (dans presque tous les réseaux), avec l'application d'un catalogue de directives ou encore avec les initiatives plus récentes sur le suivi des patients chroniques de longue durée. L'intégration progresse également en dehors des réseaux de médecins, par ex. avec les modèles de télé-médecine (centres d'appel médical) qui servent également à assurer le suivi des patients chroniques.

### Quelques questions légitimes sur les soins intégrés

Cette évolution ne va pas sans susciter quelques questions. Non sans raison, car l'adhésion à un réseau et les autres conditions que le médecin s'engage à respecter par contrat restreignent sa liberté d'action. La coresponsabilité budgétaire, appliquée actuellement dans 80% des réseaux, fait elle aussi l'objet d'une controverse. Rappelons que cette coresponsabilité est établie dans les contrats entre réseaux de médecins et assureurs, et qu'elle représente un objectif de coûts pour la prise en charge d'une collectivité d'assurés. Cet objectif de coûts ne concerne en aucun cas un médecin ou un patient pris individuellement. Il est difficile de réfuter l'argument selon lequel la coresponsabilité budgétaire entraîne un rationnement plus ou moins caché voire même la privation de prestations

(indispensables); il est tout aussi difficile de réfuter l'affirmation selon laquelle la rémunération à la prestation, en usage dans le système de soins traditionnel, est dommageable au patient parce qu'elle favorise une surenchère de prestations (non indispensables). Mais une chose est claire: en stipulant le partage des responsabilités, la coresponsabilité budgétaire veut prévenir le superflu et le discutable, et éviter les dédoublements.

### Conclusion

Les soins intégrés sont trop souvent confondus à tort avec une idéologie. Ils représentent au contraire une réponse prometteuse aux défis que doivent relever les médecins, en particulier les médecins de famille, dans un contexte de travail toujours plus complexe. Les collègues qui ont opté pour un réseau de médecins montrent que le travail au sein d'un modèle de soins intégrés peut même être enrichissant.

---

Correspondance:  
PD Dr Peter Berchtold  
Präsident Forum Managed Care  
Freiburgstrasse 41  
3010 Bern  
peter.berchtold@fmc.ch

Wolfgang Steinke

## Une collaboration étroite et systématique entre médecin de famille et spécialiste – le potentiel d'une situation win-win classique

Dans les relations entre médecins de famille et spécialistes, le médecin de famille intervient le plus souvent en tant que mandataire d'un consilium et le spécialiste en tant que «prestataire» d'examens ou de traitements spécifiques. C'est de cette collaboration que naît un bénéfice pour les deux protagonistes: le médecin de famille répond à l'attente du patient souhaitant une prise en charge compétente dans des cas particuliers et le spécialiste reçoit les «clients» dont il vit en définitive. Par nature, les domaines des généralistes et des spécialistes se recoupent dans une zone grise où les deux offrent des prestations facturables. Plus un spécialiste s'éloigne de son domaine de prédilection, plus il empiète sur le champ d'action du généraliste.

En pratique quotidienne, ce point peut à juste titre poser problème au médecin de famille, par exemple lorsque le spécialiste étend sa zone grise et conserve trop longtemps les patients pour la suite du traitement, alors que le généraliste aurait pu s'en charger depuis quelque temps déjà. Cette limite sensible de la passation du patient – dans un sens comme dans l'autre – peut être déplacée dans une certaine mesure avec des arguments médicaux et économiques. Si le spécialiste tend trop à tirer ce délicat équilibre à lui pour des motifs économiques (à court terme), le médecin généraliste perd la part de prestations qui lui revient et dont il vit lui aussi. Il réfléchira bien par la suite à quel spécialiste il va confier ses pa-

tients. Un spécialiste qui se concentre sur son domaine propre et qui retourne le patient dans les mains compétentes du médecin de famille pour la suite du traitement est un élément positif pour un équilibre à long terme profitant aux deux parties. Une condition pour un bon fonctionnement est une excellente compétence thérapeutique, ainsi qu'un bon service flanqué d'une communication efficace, mais aussi une confiance mutuelle dans les compétences du collègue.

Ces réflexions de base ont conduit à la mise en place d'un modèle de cabinet de chirurgie ambulatoire fonctionnant de manière très pratique. Je vis au quotidien depuis plus de deux ans, dans mon activité au cabinet, la relation évoquée plus haut entre le généraliste et le spécialiste. Notre collaboration est sans complication aucune et fonctionne très bien, pour la plus grande satisfaction du référent, du patient et de moi-même. Bref, une situation classique win-win.

---

Correspondance:  
Dr Wolfgang Steinke  
Chirurgie FMH, Executive MBA HSG  
Hochstrasse 165  
8200 Schaffhausen  
steinke@hin.ch