

Résid'EMS - Assemblée générale 2010

Résumé de la conférence donnée par le Dr Didier Chatelain  
Membre du comité du réseau de médecins Remed de Genève et membre du conseil  
de l'A. M. G. (association des médecins du canton de Genève)  
Les réseaux de soins sont-ils la solution ?

### **Les réseaux de soins sont-ils la solution ?**

La réponse à cette question est oui et non !

Oui. <sup>1</sup>Pour tous les citoyens, ou les assurés qui peuvent choisir d'être dans un réseau moyennant un avantage qui est une baisse de leur prime maladie. L'inconvénient est de passer d'abord par un médecin de famille, son médecin référent. Cela n'empêche pas de s'adresser, par l'intermédiaire du médecin référent, à un spécialiste. C'est dans cette optique, et dans une certaine éthique, de garder la qualité des soins, du libre choix des patients de choisir son médecin référent, qu'un groupe de médecin genevois à fondé en 1994 un vrai réseau appelé « REMED ».

Non et non. Non aux réseaux de soins intégrés (Managed care) tels qu'entérinés récemment par la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N). L'inscription de cette modification dans la loi sera prochainement décidée par la sous-commission LAMal.

La presse s'est emparée du sujet, l'Hebdo dans son numéro du 1er avril <sup>1</sup>, a publié un article monstrueux qui est encore pire que celui paru dans la publication de Planète Santé <sup>2</sup> de décembre 2009.

Il s'agit, entre autres, de l'obligation faite à chaque assureur de proposer des formules de réseau aux patients. Il y a eu une pseudo réflexion menée en écoutant seulement les cantons alémaniques, où les réseaux sont déjà bien développés, que l'on appelle réseaux dits « à capitation ». Cela veut dire, des réseaux de soins intégrés à enveloppe budgétaire où chaque médecin reçoit pour chaque patient une somme d'argent annuelle basée sur les coûts de l'année précédente. C'est une absurdité administrative totale, comment savoir si un patient tombera malade ou pas ! La qualité des soins va baisser par un tas de mécanismes, le premier étant que lorsque les soins à certains patients dépassent l'enveloppe qui leur correspond, le médecin devra compenser avec l'enveloppe des patients qui n'ont pas été malades. Mais si ceux-ci tombent malades à leur tour en cours d'année, soit les soins seront rationnés soit ce sera au médecin de payer.

Le patient sera confronté à l'obligation de voir tel ou tel médecin, il ne pourra plus accéder aux médecins et spécialistes qui ne seraient pas dans le réseau.

Risque également pour les médecins de devoir adhérer à ces réseaux sans quoi ils devront renoncer à leur cabinet et ainsi à poursuivre une médecine de proximité (médecine de papa, ce que les patients souhaitent, mais pas les assureurs...)

---

<sup>1</sup> Disponible sur le site <http://www.residems.ch>

<sup>2</sup> **Planète Santé** : revue médicale grand public à disposition des patients dans les cabinets de médecin dans les cantons de Vaud, Genève et autres cantons romands

Avec ces nouveaux réseaux, c'est l'entrée dans la médecine « low cost », un peu comme les compagnies d'aviation, c'est de la consommation, en médecine ça ne doit pas exister...

Tôt ou tard, ces réseaux vont, économiquement, de moins en moins appartenir aux médecins, ils vont appartenir aux administrateurs, en général des assureurs (très puissants à Berne et majoritaires politiquement). Sous le couvert de faire des économies, c'est « l'argent » qui va être le moteur des réseaux à capitation. Comme il n'y aura pas de pertes, les gains iront aux réseaux et non pas aux patients, encore moins aux médecins travaillant dans les réseaux. En conséquence, tout le monde va devenir otage du système et la spirale vers le bas de la qualité des soins sera effective.

Nous avons tous connu l'ère Couchepin, maintenant avec M. Burkhalter, qui a fait comprendre que ça pourrait être autrement mais en réalité, le système ne va pas vraiment changer !

Même la majorité des Fédérations et Sociétés de médecins vont dans le sens du Parlement, celui-ci vient d'accepter le projet de loi à une forte majorité. Ceci est extrêmement grave. La loi passera au Conseil national cet été et si tout se passe comme prévu, elle entrera en vigueur en 2012. Un référendum reste possible, les organisations de patients pourraient lancer le référendum si, entre autres, les revendications en matière de qualité, de participation des assurés et le droit de sortie de caisse maladie ne sont pas satisfaites.