



Dans son dernier numéro datant de décembre 2009, *Planète Santé* publiait un dossier de Philippe Barraud sur les réseaux de soins intitulé « Le réseau, la meilleure parade face aux maladies chroniques ». Cet article a provoqué la réaction de deux médecins genevois dont nous publions ici le contenu.

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

DR JEAN-PIERRE GRILLET – FMH DERMATOLOGIE ET VÉNÉRÉOLOGIE  
DR DIDIER CHATELAIN – FMH MÉDECINE GÉNÉRALE

Dans le numéro précédent, les avantages des réseaux de soins ont été bien démontrés. Patients mieux suivis pour un coût moindre. Bref, rien que des avantages. La FMH désire voir se développer différents types de réseaux et laisser le choix à chacun d'y participer ou non. Mais le choix est-il réel quand il existe, dans une période économiquement instable, une différence de prix importante entre réseau et non-réseau ? Y a-t-il un choix réel quand les patients devront quitter leur médecin auquel ils sont attachés et qui les a suivis pendant des années, celui-ci n'appartenant pas au réseau choisi sur des bases économiques ?

Les assureurs accordent des rabais aux clients des réseaux, preuve que les soins y sont meilleur marché, pour autant que l'opacité des comptes des assureurs soit en mesure de démontrer quoi que ce soit. Ou alors preuve que les assureurs ont d'autres bonnes raisons de choyer les assurés-réseaux, comme le fait de toujours tout savoir sur leurs clients (ce qui est capital pour les assurés ayant en même temps une assurance privée...) : forcément, le « médecin attiré » détient toutes les données du patient et il suffit donc de l'interroger. Impossible pour le patient d'aller, une fois, demander son avis à un autre spécialiste ou de faire une consultation pour un problème plus intime, sans que cette consul-

tation apparaisse dans les dossiers du réseau. Tout doit passer par le « MPR » - le médecin de premier recours. Il y a dans le système des réseaux un aspect « big-brother » qui nous dérange...

D'un autre côté, les assureurs accordent généralement un rabais d'environ 20% aux clients du réseau. Cela peut signifier plusieurs choses : les médecins de premier recours travaillent-ils différemment si le patient est membre d'un réseau ou non ? Les médecins et les patients restés hors du réseau gaspillent-ils réellement un cinquième des ressources ? Une consultation sur cinq est-elle inutile ou les séances de physiothérapie sont-elles 20% trop nombreuses ? Comment expliquer cette différence entre soins dans le réseau et hors-réseau, alors que dans la pratique des réseaux, pour consulter un spécialiste, il faut passer chez le médecin répondant qui fait un bon de délégation, soit une consultation en plus, et un rapport à faire pour le spécialiste qui sera aussi facturé... et malgré cela les primes sont nettement plus basses dans les réseaux... Le mystère n'est, pour nous, pas résolu.

Mais le plus grand danger du managed care réside, selon nous, dans les responsabilités financières que les réseaux vont devoir endosser. Ils recevront une « enveloppe budgétaire », et quand celle-ci sera épuisée, mieux vaudra ne pas être malade ! C'est dans la mise en

place de règles très strictes que les décideurs, et tout particulièrement la FMH, devront être extrêmement vigilants, surtout quand on connaît la fourberie des assureurs à l'égard des médecins, assureurs qui n'ont jusqu'ici respecté aucune des conventions signées lors de l'introduction du TARMED.

Les réseaux de soins seront assimilés tôt ou tard à des entreprises commerciales qui, par définition, devront dégager des bénéfices pour continuer à travailler. Or, si les réseaux se développent comme le souhaitent les politiciens et la FMH et qu'ils sont des affaires rentables, ils seront créés par – et appartiendront, pour certains, à – des groupes de médecins (comme le réseau Delta), d'autres à des assureurs, d'autres enfin à des groupes financiers. C'est dire que le profit devient alors le vrai moteur du système et non plus les patients et la qualité des soins.

Les réseaux commenceront à se livrer une concurrence par patients interposés. Il s'agira d'avoir les primes les plus basses et de gérer au plus près tous les points sur lesquels on peut économiser. Il s'agira aussi d'éviter les patients qui coûtent cher (les patients chroniques...), afin de rester compétitif. Ainsi sera née la médecine type low-cost, comme on connaît les compagnies d'aviation ou les chaînes alimentaires. Elles ont l'avantage d'avoir fait baisser les

prix des billets d'avion et de certaines denrées, mais chacun sait que, dans ces entreprises, la prestation de base est effectivement remplie, mais parfois dans des conditions peu brillantes et avec une qualité à l'échelle du prix payé.

Les diminutions des coûts seront faites sur le nombre et les salaires des employés et s'il le faut sur celui des médecins eux-mêmes, en diminuant les prestations, les examens, les consultations spécialisées, les examens préventifs... Dans ces conditions, quels soins seront vraiment administrés aux patients ? Que deviendra, dans ce système, la relation médecin-malade, si importante pour la réussite d'un traitement, pour le suivi d'une pathologie chronique ?

Si le réseau Delta, qui a été décrit dans le numéro précédent, a des côtés très enthousiasmants, il est pour l'instant l'un des deux vraiment fonctionnels à Genève. En quelque sorte l'appartenance-témoin. Que deviendra-t-il lorsque la concurrence féroce le poussera à sacrifier certaines prestations pour maintenir des prix compétitifs ? Le danger de voir une évolution de ce type existe réellement. On va simplement assister au transfert du système de sélection des risques, actuellement opéré par les assureurs, vers les réseaux de soins et les médecins qui devront choisir le type de patients en fonction des coûts qu'ils vont engendrer... ■