



HOME > SOCIÉTÉ >

A- A+

Managed Care

La santé en réseau

Par **Julie Zaugg** - Mis en ligne le 01.04.2010 à 09:43

MANAGED CARE. Ce modèle né aux Etats-Unis apparaît comme la panacée pour améliorer la qualité des soins et contrôler l'explosion des primes. Coup de projecteur sur une pratique que le Parlement songe enfin à encourager.

Ce jeudi 1er avril, les médecins de famille ont déposé leur initiative pour la défense de leur métier à la chancellerie, munie de près de 200 000 signatures. A grand renfort de brancards, de patients et de blouses blanches. A peine une semaine plus tôt, la Commission de la santé du Conseil national faisait savoir qu'elle s'était mise d'accord sur les principaux points de la révision de la loi sur l'assurance maladie (LAMal), destinée à promouvoir le managed care. Un projet crucial, qui risque bien de rendre le texte des médecins obsolète.

Car le système de santé suisse est à bout de souffle: les primes explosent, les pénuries de personnel médical s'aggravent et la méfiance envers les caisses maladie grandit. A cela se superpose une évolution sociétale. La population vieillit, mange mal, ne bouge pas assez, favorisant l'apparition de maladies chroniques comme le diabète, l'arthrose ou la démence. Parmi les affections traitées en cabinet entre 1988 et 2007, les maladies du métabolisme, de type diabète ou cholestérol, ont crû de 43%, alors que les affections cardiologiques diminuaient de 16% et les accidents de 20%. En parallèle, les attentes des citoyens envers la médecine ont changé: ils veulent pouvoir consulter en dehors des heures de bureau, sur leur lieu de travail et sans rendez-vous. Une modification radicale du paysage de la santé s'impose.

Fondateur du réseau Delta à Genève, Philippe Schaller est l'un des pionniers du managed care en Suisse. Il constate: «Le médecin travaillant tout seul dans son cabinet est un modèle obsolète. On doit désormais coordonner toute la chaîne de la prise en charge du patient, de la pharmacie à l'hôpital, en passant par le généraliste.» Concrètement, travailler sur un territoire de santé (une population de 100 000 personnes par exemple), sur lequel les cas les plus lourds (400 à 500 personnes) ont été identifiés et font l'objet d'une attention particulière.

La mise en œuvre d'un tel système peut prendre deux formes. Le réseau de médecins: un groupe de praticiens s'associe, conservant chacun son cabinet mais travaillant ensemble avec les outils du managed care. Ou la HMO (Health Maintenance Organization): un centre de santé qui réunit sous le même toit des généralistes, mais aussi des spécialistes, des infirmières, des psychothérapeutes, des physiothérapeutes, des diététiciens ou même des homéopathes.

Tags: **Managed Care**, **réseau**, **soins**,



HOME > SOCIÉTÉ >

A- A+

Page n°2

Si ce second modèle convient au contexte urbain, le premier est mieux adapté à la campagne, où il permet une large couverture du territoire. Les autres modèles bénéficiant de l'étiquette managed care, comme les listes de médecins établies par les assureurs ou les centrales de tri téléphonique des patients, usurpent l'appellation: ils ne permettent pas une vraie prise en charge intégrée du malade.

Médecins salariés. Les HMO et réseaux de médecins sont fréquemment organisés sous forme de SA. Les praticiens peuvent en être de simples employés, touchant un salaire mensuel, ou des actionnaires qui participent aux bénéfices. Une révolution. Le patient continue d'être facturé «à l'acte», soit selon le tarif Tarmed, mais le réseau de soins employant son médecin reçoit une somme fixe annuelle pour lui de la part de son assurance (système de capitation) qu'il investit comme il l'entend. Ce forfait dépend du risque que représente le patient, calculé en fonction de ses caractéristiques (âge, sexe) et des coûts qu'il a engendrés l'année précédente. «Pour les cas très chers, comme les transplantations, il existe des possibilités de réassurance», complète Nello Castelli, membre de la direction de Santésuisse. Par exemple, la CSS prend en charge 90% des coûts dès qu'ils dépassent 10 000 francs.

«**Gatekeeper**». Mais ce qui différencie vraiment les réseaux de soins du système actuel ce sont les outils utilisés. Tous sont fondés sur le principe du gatekeeping, c'est-à-dire que le patient possède un répondant qu'il doit toujours consulter en premier et qui est seul habilité à le transférer vers un spécialiste ou un hôpital. Il s'agit en général du médecin de famille, mais ce peut aussi être un oncologue pour quelqu'un souffrant d'un cancer ou un pédiatre pour un enfant. Ce dernier possède une vision d'ensemble sur le parcours médical de son patient et veille à ce qu'il reçoive un traitement optimisé.

Autre outil du managed care, le disease management qui consiste à établir des lignes directrices pour le traitement de certaines maladies (insuffisance cardiaque, diabète, asthme). Pionnier, le canton de Vaud a mis sur pied un programme pour le diabète à la fin de 2004. «Les patients sont pris en charge par des praticiens spécifiquement formés au traitement de cette maladie et ont droit à des prestations hors LAMal comme l'accès à un podologue, une mesure destinée à minimiser le risque d'amputation», détaille Pierre-Yves Maillard, le chef vaudois de la Santé.

Les cercles de qualité permettent pour leur part aux membres d'un réseau ou d'une HMO de se retrouver plusieurs fois par an pour discuter des cas les plus lourds, évaluer les nouveaux traitements disponibles ou revenir sur les éventuelles erreurs commises.

Tags: **Managed Care**, **réseau**, **soins**,



Quatrième élément du managed care, la délégation des tâches: «Les infirmières montent en grade et effectuent des tâches de médecine simples, alors que les assistantes en soins communautaires reprennent une partie des attributions des infirmières», détaille Philippe Schaller. En Grande-Bretagne ou aux Etats-Unis, ces advanced practice nurses font des coloscopies, trient les patients et vérifient qu'ils prennent leurs médicaments. Une tâche qui peut aussi être dévolue au pharmacien.

Le réseau Delta travaille avec une quarantaine d'officines genevoises, réunies sous l'appellation Retis. Il a lui-même formé leur personnel à ces nouvelles tâches.

Enfin, les réseaux de soins mettent l'accent sur la prévention, la meilleure arme contre les maladies chroniques. «Nous proposons des cours de rythmique gratuits aux personnes âgées pour leur apprendre à éviter les chutes, de la sophrologie aux patients souffrant de lombalgie ou les conseils d'une diététicienne aux personnes en surpoids», indique Philippe Schaller.

Un arsenal de mesures qui profitent directement au patient: bien souvent, elles lui évitent une hospitalisation, des complications ou un placement anticipé en maison de retraite. «Sur 1000 personnes arrivant aux urgences des HUG, le managed care aurait permis d'éviter une hospitalisation à 600 d'entre elles», relève le médecin genevois. Aux Etats-Unis, les patients diabétiques dont l'état est stabilisé sont passés de 44 à 61% grâce à leur inclusion dans l'organisation de managed care Kaiser Permanente. Les hospitalisations d'asthmatiques ont, elles, décréu de 13,5 à 9,1%.

Plus de doublons. Les économies sont aussi au rendez-vous. «Toutes les étapes du parcours médical du patient sont coordonnées par une instance unique, ce qui évite les doublons et les traitements inutiles, souligne Hansjörg Lehmann, auteur d'une thèse sur le sujet. Il devient ainsi facile de vérifier si une opération est vraiment nécessaire ou si une simple physiothérapie ne serait pas plus indiquée, si une tomographie s'impose ou si on obtiendrait le même résultat avec une radio.» Le système de capitation, qui fait participer le médecin au risque financier, l'incite aussi à se montrer économe, contrairement à la tarification à l'acte qui encourage plutôt à faire du volume.

Selon diverses estimations, le managed care permet de réaliser des économies de 10 à 20% (par rapport à une prise en charge traditionnelle). L'Institut de management de la santé de Winterthur a calculé que le traitement intégré de patients souffrant d'insuffisance cardiaque avait permis de faire baisser les coûts annuels de 2200 francs. Les économies sont particulièrement spectaculaires chez les personnes âgées: chez les 70-80 ans, les coûts bruts par assuré atteignaient 6000 francs en 2002 dans l'assurance de base normale, contre 1000 francs avec un modèle HMO.

Tags: **Managed Care**, **réseau**, **soins**,

Où trouve-t-on ces réseaux miracles? Il existe 18 HMO et 68 réseaux de médecins en Suisse. Près de 30% des patients et 50% des médecins de famille ont opté pour le managed care. Les différences régionales restent toutefois énormes, avec une concentration de l'offre sur la Suisse orientale, Berne et Zurich (voir la carte en page 22). La Suisse romande fait office de mauvais élève: en 2008, seuls 12,1% des adultes valaisans, 17,1% des neuchâtelais, 18,6% des fribourgeois et 18,7% des vaudois appartenaient à un réseau de soins, contre 39% des thurgoviens et 38,3% des saintgallois. Seule exception, Genève tire son épingle du jeu grâce aux 60 000 membres du réseau Delta. La cause? Les médecins romands seraient «plus individualistes» ou «plus méfiants face aux assurances auxquelles le managed care est souvent associé», selon plusieurs observateurs. Il y aurait aussi plus de spécialistes de ce côté-ci de la Sarine, hostiles aux soins gérés car ils leur enlèvent une partie de leurs prérogatives au profit du généraliste.

De Genève à Tramelan. Mais les choses commencent à bouger: les fondateurs du réseau Delta prévoient l'ouverture, en octobre 2011, d'un grand centre de santé, appelé Cité Générations. Il regroupera sur un même site des médecins généralistes, un laboratoire, une permanence ouverte vingt-quatre heures sur vingt-quatre, des infirmières de soins à domicile, des appartements médicalisés pour personnes âgées, le centre de médecine communautaire des HUG, un pôle de médecine douce et des thérapeutes. Misant sur un concept semblable, la commune de Tramelan vient de donner le premier coup de pioche d'un nouveau centre médico-thérapeutique.

La situation reste toutefois insatisfaisante. «Les assureurs n'ont que peu utilisé la marge de manœuvre très large que la LAMal leur laisse pour créer et promouvoir des modèles originaux de managed care», déplorait en 2004 déjà le Conseil fédéral. Bien souvent, ils n'ont fait que s'en servir pour attirer des personnes jeunes et en bonne santé (chasse aux bons risques) en leur offrant un rabais sur leurs primes. Or, les soins gérés n'ont de sens que s'ils attirent des cas lourds, soit les 10% de malades engendrant 70% des coûts.

Mais pour capter cette catégorie d'assurés, il faut prévoir des incitatifs adaptés: «Les rabais sur les primes permettent d'attirer les bien-portants; en revanche, une participation aux frais (quotepart) plus basse va intéresser les personnes en mauvaise santé, qui ont recours à des soins, explique Jacques de Haller, le président de la Fédération des médecins suisses. Quant aux malades chroniques, qui dépassent de toute façon leur maximum annuel de participation aux frais, le meilleur incitatif reste la qualité des soins. Ils adopteront le managed care, s'ils pensent qu'il leur permettra d'éviter une hospitalisation ou s'il leur donne accès à des prestations habituellement non remboursées (diététicien, podologue).»

Tags: **Managed Care**, **réseau**, **soins**,

Reste à convaincre les caisses de se jeter à l'eau. Pour cela, il faudra adopter une compensation des risques affinée. Actuellement, elle ne prend en compte que l'âge et le sexe des assurés, ce qui ne reflète pas vraiment leur état de santé. «Or, les assureurs ne vont pas lancer des modèles de managed care susceptibles d'attirer des malades chroniques s'ils perdent de l'argent avec», souligne Nello Castelli. Dès 2012, la compensation des risques inclura toutefois les hospitalisations de l'année précédente. Le nouveau chef du Département fédéral de l'intérieur, Didier Burkhalter, aimerait y adjoindre un index de morbidité. Le réseau Delta le fait déjà: «Nous classons les patients en 17 catégories en fonction des médicaments qui leur sont prescrits, détaille Philippe Schaller. Un patient diabétique de 50 ans coûte 5000 francs par an. Le même, en bonne santé, 500 francs.»

«**Club des Romands**». Des incitatifs que la nouvelle loi se chargera de préciser. Bloquée au Parlement depuis 2004, celle-ci a bénéficié d'un coup d'accélérateur avec l'arrivée de Didier Burkhalter à la fin de 2009. Les principaux acteurs de la santé – «le club des Romands», comme on les appelle en référence au fait qu'ils sont tous francophones (Claude Ruey, de Santésuisse, Jacques de Haller, de la FMH, Charles Favre, de H+ et Pierre-Yves Maillard, de la CDS) – se rencontrent aussi en toute discrétion tous les deux mois depuis un an pour faire avancer le dossier. Didier Burkhalter lui-même a récemment pris part à l'une de ces réunions. Un document sur le managed care est né de ces entrevues, transmis au National en début d'année.

Dans sa forme actuelle, la révision veut faire passer la quote-part à 20% dans l'assurance de base, contre 10% pour les modèles de soins gérés. La participation aux frais maximale sera également réduite de moitié pour ceux-ci. Enfin, les assurés qui choisissent un modèle de managed care devront y rester trois ans au moins. La commission a en outre introduit «une obligation pour les assureurs de proposer au moins un modèle de managed care et, pour les médecins, de prendre une coresponsabilité budgétaire dans le réseau de soins auquel ils participent», indique Ruth Humbel (PDC/AG), présidente de la sous-commission qui a préparé le projet. La loi passera au Conseil national en juin et, si tout se passe comme prévu, entrera en vigueur en 2012. La révolution est en marche...

«LE MÉDECIN TRAVAILLANT TOUT SEUL DANS SON CABINET EST UN MODÈLE OBSOLÈTE.» Philippe Schaller, fondateur du réseau Delta
SUR 1000 HOSPITALISATIONS, 600 AURAIENT PU ÊTRE ÉVITÉES GRÂCE AU «MANAGED CARE».

Tags: **Managed Care**, **réseau**, **soins**,

LES RÉSEAUX DE SOINS EN CHIFFRES

600 patients sur 1000 arrivant aux urgences auraient pu éviter une hospitalisation grâce au managed care.

10 à 20% c'est le potentiel d'économies d'un réseau de soins par rapport à une prise en charge traditionnelle.

30% des patients ont déjà opté pour ce modèle, tout comme près de 50% des médecins de famille.

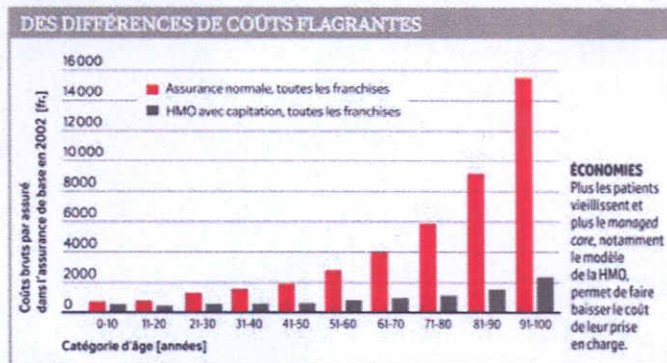
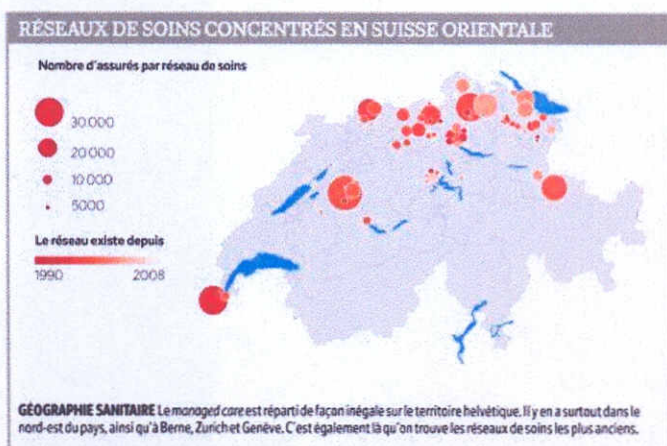
LES 4 RÈGLES D'OR DES SOINS GÉRÉS

GATEKEEPING Le patient consulte toujours en premier son médecin de famille, qui le dirigera (ou pas) vers un autre acteur du système de santé.

DISEASE MANAGEMENT On se met d'accord sur des lignes directrices pour traiter certaines maladies de façon optimale (diabète, insuffisance cardiaque, douleurs dorsales).

DÉLÉGUER Le médecin se concentre sur les tâches complexes. Les infirmières et les assistantes en soins communautaires accomplissent des gestes médicaux simples.

PRÉVENIR On met l'accent sur les mesures de prévention, destinées à freiner la propagation des maladies chroniques.



Lire aussi

"Saint-Gall, capitale suisse du Managed Care"

Tags: [Managed Care](#), [réseau](#), [soins](#),



HOME > SOCIÉTÉ >

A- A+

Managed Care

Saint-Gall, capitale suisse du Managed Care

Par **Julie Zaugg** - Mis en ligne le 31.03.2010 à 13:54

PRÉCURSEUR. Le canton possède un nombre exceptionnellement élevé de réseaux de soins. Tant en ville qu'à la campagne.

Le grand bâtiment gris se trouve à un jet de pierre de la gare de Saint-Gall. A l'intérieur, les panneaux vert pomme et les parois vitrées lui donnent des airs de clinique high-tech. Cette HMO, créée en 2006, remplit pourtant le même rôle qu'un cabinet de médecins: consultations, examens basiques, petite chirurgie et vente directe de médicaments, une pratique autorisée dans ce canton alémanique. Tout au plus, accueillent-elle dans ses locaux une physiothérapeute.

Mais avec ses heures d'ouverture élargies et sa ligne téléphonique vingt-quatre heures sur vingtquatre, la disponibilité pour le malade est plus grande. «Chaque patient a son propre médecin de famille mais, en son absence, un autre praticien du centre peut le voir», explique Christian Simonin, le médecin responsable de la HMO. L'usage d'un dossier informatisé rend ce transfert possible.

Radios digitales. Dans la salle de radiographie, un appareil dernier cri est relié à un écran. «Les images sont digitalisées en direct et aussitôt intégrées au dossier du patient. Cela coûte moins cher que de développer des radios et le patient subit 30% des radiations en moins.» L'investissement de base – 150 000 francs, soit quatre fois plus que pour un appareil normal – est partagé par les quatre médecins du centre.

Appartenant au groupe Sanacare, qui possède 14 HMO en Suisse, ce centre de santé est un modèle hybride: ses actions appartiennent à Concordia et Sanitas, mais ce sont les médecins qui le dirigent. «Nous avons conclu des contrats avec 18 assureurs, détaille Christian Simonin. Ils nous versent un forfait pour chacun de nos patients.» Dans la salle d'attente, les photos des quatre praticiens œuvrant dans le centre sont affichées au mur. Parmi eux, trois femmes. Ce n'est pas un hasard. «Elles sont engagées à temps partiel, ce qui leur permet de concilier travail et vie familiale, précise Christian Simonin. Sachant que d'ici à quelques années, 90% des généralistes seront des femmes, ce type d'organisation – difficile dans un cabinet traditionnel – a de l'avenir.»

Hans Steiger, 75 ans, arrive pour son contrôle. Affecté du syndrome de Guillain-Barré, une maladie rare du système nerveux, il a eu l'occasion d'utiliser les infrastructures de la HMO à de multiples reprises. «Je suis très satisfait du traitement reçu ici. Je me suis tourné vers ce centre car je ne trouvais pas de médecin dans ma ville de Rorschach. Ici, on m'a immédiatement donné un rendez-vous.» Il a particulièrement apprécié «la bonne coordination et la transmission d'informations impeccable» lorsqu'il a fallu l'hospitaliser d'urgence.

Tags: **Managed Care**, **Saint-Gall**, **réseaux de soins**,

Pas de check-up. Christian Simonin en est convaincu: «Les gens qui viennent ici n'ont pas l'impression d'avoir dû renoncer à quelque chose. Au contraire, ils reçoivent un meilleur service pour un prix plus bas.» Car, ici, on ne fait pas «d'amortographie», image-t-il. «Dans un cabinet, le médecin doit faire du chiffre pour amortir ses investissements, ce qui n'est pas le cas dans une HMO où les médecins sont salariés. Il m'arrive de ne pas fixer de prochain rendez-vous à un patient. Je lui dis de revenir seulement si cela ne va pas.» De même, il refuse de faire des check-up de routine. «Je ne vais pas mener une batterie de tests, juste pour dire au patient que "tout va bien". Je préfère lui prodiguer des conseils de prévention ciblés sur ses risques (surpoids ou taux de cholestérol élevé).»

Autre source d'économie, les prestations achetées à l'extérieur. «Avec ses 80 médecins, Sanacare a assez de poids pour négocier avec les laboratoires et entreprises pharmaceutiques des rabais intéressants», dit-il. De même, lorsqu'il faut envoyer un patient chez un spécialiste ou à l'hôpital, les médecins de la HMO consultent une liste où ils ont répertorié les prestataires de soins les plus avantageux, mais aussi les meilleurs. «Nous avons rayé de la liste un rhumatologue qui surfacturait, mais aussi un praticien qui faisait attendre les patients plusieurs heures en salle d'attente.»

Plus au sud, dans la région montagneuse de Sargans et du Werdenberg, c'est un gigantesque réseau de médecins qui s'est développé, appelé PizolCare. «Nous en avons marre d'entendre les assureurs et les politiques dire que nous coûtions trop cher, alors nous avons décidé d'agir», raconte Urs Keller, son président. Créé en 1999, il regroupe 114 praticiens, dont 41 généralistes et 55 spécialistes, répartis sur tout le territoire de cette zone semirurale.

En 2008, il avait 12 100 patients. Il s'agit d'une SA, dont les médecins sont les actionnaires et qui travaillent avec un budget commun. Le réseau a délégué la gestion de son administration (négociations avec les assureurs, facturation, etc.) à la firme zurichoise MedSolutions. «Cela permet aux médecins de se concentrer sur leur métier de base, la médecine», relève Urs Keller.

Le réseau utilise la plupart des outils du managed care: cercles de qualité, lignes directrices pour le traitement de certaines maladies (douleurs dorsales, neurologie, ORL), ligne d'urgence téléphonique. Il propose aussi aux assurés des prestations complémentaires gratuites, comme des cours de diététique ou le vaccin contre la grippe. «Le patient apprécie la qualité de la prise en charge et le rabais sur les primes. Les médecins aiment la concertation avec leurs collègues et le partage des gardes.»

Tags: **Managed Care**, **Saint-Gall**, **réseaux de soins**,



HOME > SOCIÉTÉ >

A- A+

Page n°3

Point Tarmed bas. Outre ces deux exemples de managed care, le canton de Saint-Gall contient neuf autres réseaux de soins et trois HMO (gérées par Swica). Il possède aussi l'une des plus hautes proportions d'assurés affiliés à un modèle de managed care de Suisse (38,3%). Pourquoi cet engouement? «Le point Tarmed est bas à Saint-Gall, avance Urs Keller. Les médecins doivent donc se regrouper pour assurer leurs marges. Et il s'agit d'un canton rural, où les patients ont l'habitude de se tourner en premier lieu vers leur médecin de famille. Le principe du gatekeeper ne leur fait donc pas peur.» Et la caisse Swica, très active dans le managed care, est extrêmement bien implantée en Suisse orientale.

Les autorités ont également fait preuve de volontarisme. «Dans une zone du canton, nous avons obtenu la signature d'un accord (letter of intent) entre les hôpitaux régionaux et les réseaux de soins, indique la conseillère d'Etat en charge de la santé, Heidi Hanselmann. Il prévoit que l'hôpital remette les patients à leur médecin de famille le plus rapidement possible. En contrepartie, les généralistes s'engagent à collaborer plus étroitement avec les établissements publics.» Sousentendu: à les privilégier, plutôt que les cliniques privées.

Résultat, le canton se porte plutôt bien en termes de fourniture de soins: «Actuellement, nous ne subissons pas vraiment la pénurie des médecins de famille à Saint-Gall, souligne la socialiste. Seul un cabinet, dans le Toggenburg, n'a pas pu être repourvu.»

«JE NE FAIS PAS DE CHECK-UP. JE PRÉFÈRE DISPENSER DES CONSEILS DE PRÉVENTION CIBLÉS.» Christian Simonin, responsable de la HMO Sanacare

Lire aussi

"Managed Care: la santé en réseau"

Tags: [Managed Care](#), [Saint-Gall](#), [réseaux de soins](#),