DOC
LE RENDEZ-VOUS
DES MÉDECINS
VAUDOIS

Autonomie médicale

Les réseaux : outil ou emprise ?

« Réseau » : le mot est partout, mais désigne des réalités très différentes. La vraie question n'est plus d'adhérer – la plupart des médecins de premier recours sont déjà affilié·es à un réseau – mais à quelles conditions.

Le mot recouvre quatre réalités :

- Le fonctionnement en réseau, d'abord : travailler avec les collègues, l'hôpital, les soins à domicile – notre quotidien ;
- Le modèle « liste produit d'assurance », ensuite : l'assuré·e choisit un·e médecin de famille, sans réseau derrière ;
- Le « vrai » réseau de médecins, lié aux assureurs par contrat : Delta en Suisse romande, ou le Réseau de Soins Neuchâtelois (RSN), avec 160 médecins, un·e Neuchâtelois·e sur cinq affilié·e, des cercles de qualité et des primes réduites ;
- Enfin certaines alliances hôpital-assureur, parfois avec l'État, qui vont dans deux directions : coordonner les soins (comme le Réseau Bleu de la CSS avec le RHNe, décliné dès l'été 2026 à Neuchâtel avec le RSN), ou les intégrer par capitation (comme le Réseau de l'Arc, réunissant Visana, Swiss Medical Network et le canton de Berne), où le prestataire touche un forfait par assuré·e et porte le risque financier.

Pourquoi adhérer ?

Les raisons ne manquent pas : être épaulé·e par l'organisation, mieux coordonner les prises en charge, échanger entre pairs, offrir aux jeunes collègues la pratique collective qu'ils ou elles recherchent. Le mouvement est là : selon le Forum suisse des soins intégrés, 81 % des médecins de premier recours appartenaient en 2025 à une organisation de soins intégrés (au sens large). Reste à savoir à quelles conditions. Le « vrai » réseau type RSN montre une voie : gouverné par des médecins, il renforce le rôle des médecins de famille au lieu de les déposséder.

Qui tient la barre ?

Soyons lucides sur les contreparties. Plus un réseau est structuré, et surtout plus il est piloté par un assureur, un groupe privé ou même un hôpital, plus la question de l'indépendance se pose. Qui définit les parcours ? Qui détient les données ? La LAMal, elle, ne dit rien de la capitation ni de la gouvernance des réseaux. Faute de cadre fédéral, ce sont les acteurs privés qui écrivent les règles. Et le glissement vers le salariat, dans des structures dont nous ne tenons pas la barre, n'a rien d'une fiction.

Le serment d'Hippocrate ne parle ni de *gatekeeping* ni de capitation. Il parle des patient·es. La liberté thérapeutique n'est pas un privilège corporatiste : c'est la garantie que la décision se prend en concertation et pour leur bien. Et non pas dans un tableur ! Un réseau doit demeurer un outil au service des patient·es. Le jour où les médecins sont au service du réseau, on a inversé les rôles.

Adhérons donc, mais en gardant la main sur la gouvernance. C'est là que tout se joue !

Les modèles en un coup d'œil

Ce contenu peut être utilisé dans un cadre privé ou pour la formation postgraduée et continue. Toute autre utilisation est subordonnée à l'autorisation écrite préalable de la Société Vaudoise de Médecine (SVM), éditrice et détentrice exclusive des droits.

Modèle	Exemples	Avantages	Inconvénients
Fonctionnement en réseau (informel)	Collaboration ville–hôpital, cercles de qualité libres	Souplesse, aucune contrainte contractuelle	Pas de reconnaissance tarifaire, ni de soutien structurel
Modèle « produit d'assurance »	Produits « médecin de famille » de nombreuses caisses	Prime réduite pour les assuré·es, aucune contrainte pour les médecins	Aucune gouvernance ni rémunération de coordination ; médecin parfois listé·e à son insu
Réseau de médecins contractuel (managed care)	Réseau Delta (pionnier 1992, GE, VD, FR, VS, JU), RSN (NE, dès 2010)	Gouvernance médicale, cercles de qualité, primes réduites (environ 15 % chez Delta), rôle central de la médecine de famille	Gatekeeping et bons de délégation, charge administrative, coresponsabilité budgétaire éventuelle ; chaque caisse définit sa liste de médecins reconnu·es
HMO / centre de santé en lien avec des assureurs	Centres HMO des assureurs, cabinets de groupe sous contrat	Interdisciplinarité sous un même toit, infrastructure partagée, décharge organisationnelle	Médecins souvent salarié·es, rémunération par capitation, pilotage par l'assureur
Réseau de soins coordonnés hôpital–assureur (sans lien au capital)	Réseau Bleu (5 hôpitaux, 4 cantons, CSS), réseau neuchâtelois RHNe–RSN–CSS (2026, présenté par la CSS comme « soins intégrés »), « Région en Santé » GHOL–Delta (hôpital–réseau de médecins, sans assureur partenaire direct)	Coordination hospitalier–ambulatoire, suivi infirmier des cas complexes, outils numériques partagés ; pas de prime spécifique	Gouvernance en partie hors des mains des praticien·nes installé·es, poids de l'assureur ; effet sur les primes non chiffré
Réseau de soins intégrés à capitation (avec lien au capital)	Viva Health (Visana–Swiss Medical Network) : Réseau de l'Arc (JU/BE/NE), Rete Sant'Anna (TI), Aare-Netz (LU/SO/AG)	Forfait global par assuré·e, incitation à la prévention, prime spécifique parmi les plus basses	Capitation complète : risque financier transféré aux prestataires ; participation capitalistique de l'assureur, salariat, intégration verticale

Dr Dominique Bünzli
Président de la Société Neuchâteloise de Médecine

Ce contenu peut être utilisé dans un cadre privé ou pour la formation postgraduée et continue. Toute autre utilisation est subordonnée à l'autorisation écrite préalable de la Société Vaudoise de Médecine (SVM), éditrice et détentrice exclusive des droits.