DOC
LE RENDEZ-VOUS
DES MÉDECINS
VAUDOIS

Passer du silo aux réseaux

Les dangers du mille-feuille de la nouvelle relation triangulaire

Pour contenir les coûts de la santé, les réformes en cours misent sur les réseaux de soins. L'intention est louable, mais en empilant les structures, on risque de transformer les médecins en simples employé·es chargé·es de freiner les dépenses et d'oublier ainsi les cabinets indépendants.

Je suis médecin installé en cabinet indépendant. Je vois se dessiner une réforme qui, sous couvert de coordination, fait porter le poids des économies au médecin de premier recours, c'est-à-dire au médecin de famille. Les réseaux de soins peuvent améliorer la prise en charge des patient·es, à condition toutefois de ne pas faire des médecins les fusibles du système et de laisser une vraie place à celles et ceux qui exercent en indépendant·es.

Un système devenu illisible

Le financement est au cœur de toutes les réformes de la santé en Suisse. Or, notre système est devenu si complexe qu'il n'est plus ni gouverné, ni gouvernable. Les règles s'ajoutent aux règles, les actrices et acteurs se multiplient, et les relations entre l'État, les assureurs et les soignant·es manquent de transparence. Même le vocabulaire a changé : on ne parle plus de « maîtriser » les coûts, mais de les « piloter ».

La solution à la mode s'appelle « réseau de soins ». Le principe est simple : mieux coordonner les médecins, les hôpitaux, les soins à domicile et les autres professionnel·les autour des patient·es. Dans la réalité, c'est un mille-feuille. Aux réseaux mis en place par l'État s'ajoutent les réseaux existants, puis les pôles de santé et les alliances santé. Chacun a son organisation et son propre système informatique, rarement compatible avec celui du voisin. Et il n'existe toujours pas d'observatoire vaudois de la santé qui permettrait de mesurer ce qui fonctionne.

Les médecins, gardien·nes des coûts à leur insu

Faute d'accord politique sur la direction à prendre, une piste s'impose peu à peu, parce qu'elle est plus facile à faire accepter que de réformer le financement : faire porter l'effort sur les prestataires de soins, le maillon le plus faible de la chaîne. Concrètement, un assureur et un employeur (hôpital, groupe privé) s'associent pour créer une « maison de santé » et y engagent des médecins. Le tout est présenté comme une offre de soins coordonnés, sous l'étiquette rassurante de «projet pilote». Il se crée ainsi une nouvelle « relation triangulaire » : l'assureur finance, l'employeur organise, et les médecins, désormais salarié·es, se retrouvent face aux patient·es. Le terrain des économies n'est plus le financement, mais la relation thérapeutique.

Dans de nombreux modèles d'assurance, les médecins de famille jouent déjà ce rôle de gardien·nes : les patient·es doivent s'y référer avant de consulter un spécialiste. Avec ces nouvelles structures, leur mission change de nature. Il ne s'agit plus seulement d'orienter les personnes soignées, mais de freiner leurs demandes de soins, là où les assureurs n'y parviennent pas eux-mêmes.

Des responsabilités sans limites

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.

Simplifier l'administratif est une bonne idée. Mais un·e médecin qui devient salarié·e d'une maison de santé perd son statut de profession libérale, et ses tâches s'alourdissent. Le politique, l'assureur et l'employeur lui confient, sans le dire ouvertement, la charge de limiter les prestations. Il répond aussi de leur qualité, à travers des contrôles souvent plus bureaucratiques qu'utiles.

S'y ajoutent la formation continue, les gardes, les cercles qualité, les réunions interprofessionnelles et les éventuelles sanctions. Le tout pour un salaire fixe, sans incitation particulière. Le ou la médecin sert alors de fusible pour son employeur, de filtre pour l'assureur et de « navigateur de santé », autrement dit de gendarme, pour un·e patient·e souvent désorienté·e. En cas d'incident ou de plainte, c'est encore lui ou elle qui porte la responsabilité médicale, administrative et éthique.

On lui promet en échange que le forfait par patient·e, la « capitation », réduira la paperasse et lui laissera plus de temps pour la prévention et le dialogue. Je demande à voir. Combien de médecins motivé·es accepteront ces conditions sur la durée ?

Une promesse séduisante mais fragile

La première organisation de soins intégrés de Suisse, issue du secteur privé, promet des traitements efficaces et économiques plutôt qu'inutiles et coûteux. Elle incarne ce changement de modèle et cette relation triangulaire. Il faut lui reconnaître des mérites : elle fait travailler ensemble plusieurs professions et elle est bien acceptée par la population.

Mais le modèle a ses limites. Si les critères économiques priment, la qualité des soins peut en pâtir. Et croire qu'un·e seul·e médecin de référence peut coordonner tous les intervenant·es, avec leurs horaires, leurs disponibilités et leurs responsabilités propres, relève de l'utopie. Le vrai danger est de confondre le coût du système de santé avec le coût de la santé, et de faire des médecins l'outil d'un rationnement décidé loin du terrain. Le garde-fou existe : c'est à l'État de garantir l'accès aux soins pour toutes et tous et de surveiller les logiques économiques. Car au bout du compte, c'est le contribuable qui paie.

Le contrôle des coûts retombera sur les médecins

S'allier aux assureurs sans exiger d'eux plus de transparence serait une erreur. Aujourd'hui déjà, santésuisse, la faîtière des assureurs, vérifie via sa filiale Sasis SA si un·e médecin coûte « trop cher » par rapport à ses confrères. Cette méthode compare les coûts de chaque praticien·ne à une moyenne, en tenant compte de certains facteurs comme l'âge ou le sexe des patient·ess. Demain, la même méthode statistique s'appliquera aux réseaux et aux maisons de santé. Si les coûts moyens par patient·e dépassent la marge tolérée, c'est le ou la médecin, en tant que prescripteur ou prescriptrice, qui devra se justifier.

L'employeur, lui, aura investi dans des outils de mesure de la qualité, par exemple des questionnaires où les patient·es évaluent leur santé et leur expérience des soins. Face aux chiffres, il n'aura d'autre choix que de restreindre la liberté thérapeutique de son ou sa médecin, voire de s'en séparer.

Je ne suis pas opposé aux réseaux de soins. Je demande simplement qu'ils se construisent avec les médecins, et non sur leur dos. Pour cela, il faut ouvrir ces réseaux aux cabinets indépendants, qui doivent pouvoir y adhérer par contrat sans devenir salarié·es. Il faut aussi rendre publics les critères de contrôle des coûts, en tenant compte de la patientèle réelle de chaque médecin. Enfin, il faut créer un observatoire vaudois de la santé pour évaluer les projets pilotes avant de les généraliser.

Rassurons nos patient·es : les médecins de demain travailleront en réseau. Encore faut-il leur laisser le choix, et mener cette réforme aussi vite que possible, mais aussi lentement que nécessaire. Car un·e patient·e n'a

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.

pas besoin d’un gestionnaire de coûts, mais d’un·e médecin disponible.

Dr Christian Mathez
Spécialiste en médecine interne générale

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.