

COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

*Peut-on traduire HMO...
en vaudois?*

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

4

JUIN
2001

Le LDL-C tombe.



NOUVEAU

LDL-C* -44%

La statine puissante

LIPOBAY[®]
CERIVASTATIN/E

Lipobay® 0.1, 0.2, 0.3, 0.4 mg (cérvastatine sodique), inhibiteur de la HMG-CoA-réductase. **Indication:** hypercholestérolémie primaire (type IIa et type IIb) chez les patients, qui n'ont pas suffisamment répondu à un régime approprié. **Posologie:** 0.1 à 0.4 mg 1 x par jour (dose initiale 0.1 mg 1 x par jour). **Contre-indications:** hypersensibilité à Lipobay, myopathie, trouble hépatique actif, élévation inexplicable persistante des transaminases sériques, grossesse et allaitement, femmes en âge de concevoir ne prenant aucune mesure anticonceptionnelle non hormonale efficace. **Précautions:** contrôle de la fonction hépatique avant le début du traitement et ensuite à intervalles réguliers. **Effets indésirables:** sinusite, maux de tête, rhinite, toux, insomnie, symptômes grippaux, myalgies, douleurs abdominales, arthralgies et dorsalgies. **Interactions:** aucune interaction cliniquement importante avec la warfarine, la digoxine, les antacides, la cimétidine, les inhibiteurs de l'ECA, les antagonistes calciques, les bêtabloquants et les diurétiques. Présentation: 0.1 mg: 28 comp., 0.2, 0.3 et 0.4 mg: 28/98 comp. OICM Liste B (mise à jour janvier 2000). **Toutes les formes sont remboursées par les caisses-maladie.** Pour des informations détaillées, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

*Ose L, Luurila O, Eriksson J, et al. Efficacy and safety of cerivastatin, 0.2 mg and 0.4 mg, in patients with primary hypercholesterolaemia: a multinational, randomised, double-blind study. *Current Med Res Opin* 1999, 15:228-240.

Bayer (Schweiz) AG
GB Pharma
8045 Zürich
e-mail: bayerpharma@baynet.ch
<http://www.baynet.ch>

Bayer 

1 Editorial

Les HMO et le Managed Care sous les projecteurs

Les HMO ne se développent pas uniformément dans notre pays; ils ont suscité et suscitent encore bien des réserves, de la part des médecins notamment, qui redoutent la mainmise des assureurs sur leur travail et craignent de se muer en gratte-papier pour justifier chacune de leurs décisions, ce qui les éloigne toujours plus longtemps de la mission pour laquelle ils ont été formés, c'est-à-dire soigner.

Pour éviter ce regard à la Big Brother jusque sur les contenus de la formation professionnelle, sans parler des fameuses guide-lines, la riposte des médecins alémaniques a été de constituer des réseaux de médecins de famille, qui jouent le rôle de portiers (gate-keepers) pour l'accès aux autres structures de soins.

En Suisse romande, quelques expériences ont été tentées, notamment à Genève, et vous en trouverez ici le reflet; mais la formule peine encore à séduire les confrères vaudois. Disons-le clairement, nous ne sommes pas opposés par principe à une structure de Managed Care. Mais nous disons que la qualité professionnelle du portier (gate-keeper) est essentielle au bon fonctionnement du système et que celle-ci n'est pour l'heure pas garantie dans tous les HMO. Ceux-ci se sont en effet constitués avec les médecins qui voulaient bien jouer ce jeu-là, sans autre examen de leur aptitude à assumer la mission exigée en toute sécurité pour les patients!

Dans ce dossier, nous avons voulu faire le point en commençant par le commencement: les HMO sont nés aux Etats-Unis, il est bon de savoir leurs forces, leurs faiblesses,

Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

Le Managed Care aux Etats-Unis: d'où vient-il, où va-t-il? Le développement des HMO en Suisse stagne depuis trois ans. Quels objectifs? Quel résultats? Peut-on traduire HMO... en vaudois? De la théorie à la réalité, l'expérience genevoise. L'avis d'un pionnier vaudois du Manager Care

16

Médecine en marche

Soins palliatifs: il reste beaucoup à faire en terre vaudoise

17

Courrier

Quelques remarques (non exhaustives) à propos de TarMed

19

Actualité

20

Calendrier médical vaudois

**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions

N° 5/2001
12 septembre 2001
(délai rédactionnel:
3 août 2001)

N° 6/2001
4 octobre 2001
(délai rédactionnel:
24 août 2001)

leurs dérives pour le cas échéant mettre en place les garde-fous nécessaires. Une photographie de la situation des HMO dans notre pays à ce jour est également fournie, dont certains éléments ont été présentés au cours d'une journée d'étude organisée début mai à Lausanne par l'Institut d'économie et management de la santé.

Ce dossier doit permettre à chacun de percevoir les atouts, mais aussi les risques du HMO et du Managed Care, et de réfléchir si nous, médecins vaudois et romands, ne devons pas proposer une solution différente, comme l'ont fait les généralistes alémaniques. Car il est un point sur lequel tout le monde est d'accord: la LAMal ne suffira pas à freiner les coûts de la santé, parce que ces derniers découlent des progrès de la technologie médicale, de l'exigence accrue des citoyens d'être en bonne condition physique et psychique aussi longtemps que possible, et du fait que les patients, devenus des consommateurs de soins, ont des exigences de consommateurs: ils veulent être informés et associés aux choix les concernant.

Du côté des patients comme des médecins, seul un changement d'attitude et d'habitudes permettra de réfréner les coûts de santé si nous voulons éviter des primes-maladie à 400 francs par mois et par personne, chiffre qu'évoquait tout récemment notre collègue et conseiller national Yves Guisan, en liaison avec le problème du rationnement des soins.

D^r Jean-Pierre Randin

Jeudi 28 juin 2001

**Journée annuelle du groupement
des médecins généralistes vaudois
Organisée conjointement avec le groupement
des médecins internistes vaudois**

L'animation et la modération des débats seront assurées par M^{me} Isabelle Moncada, journaliste à la Télévision romande.

Thème: **«Médecine et fusions»**
Lieu: **La Grange de Dorigny, dès 9 heures**

Pour les inscriptions et tous renseignements relatifs au programme détaillé, prière de vous adresser au D^r W. Gilgien, médecine générale FMH, route de Bossonnens, 1607 Palézieux, tél. 021/907 60 46, fax 021/907 60 49.

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM

D^r Charles-A. Favrod-Coune, président
D^r Charles Alexandre Steinhäuslin,
vice-président
D^{resse} Jacqueline Caillat
D^r Jean-Philippe Grob, secrétaire
D^r Daniel Laufer
Professeur Alain Pécoud
D^r Bertrand Vuilleumier

Comité de rédaction du CMV

D^{resse} Jacqueline Caillat
D^r Charles-A. Favrod-Coune
D^r Daniel Laufer
D^r Carlos Lima
D^r Jean-Pierre Randin
D^r Patrick-Olivier Rosselet

Secrétariat général

P. A. Repond, secrétaire général
Inka Moritz, secrétaire générale adjointe

Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1, Case postale 76
1010 Lausanne 10
Tél. 021/652 99 12
CCP Lausanne 10-1500-5
Fax 021/652 32 21
E-mail: SecGen.SVM@com.mcnet.ch

Fondation

pour la garde médicale
S.O.S. - Médecin de garde
Tél. 021/213 77 77 (24 heures sur 24)
Abonnements de déviation
et de télécommunications au service
des médecins de la région lausannoise

Administration et rédaction

Case postale 76
1010 Lausanne 10

Régie des annonces

Suisse romande:
inEDIT Publications SA
Chemin des Jordils 40
Case postale 74 - 1025 Saint-Sulpice
Tél. 021/695 95 95
Fax 021/695 95 51

Réalisation

inEDIT Publications SA

Dossier

Le Managed Care aux Etats-Unis: d'où vient-il, où va-t-il?

Il ne fait aucun doute que nos planificateurs de santé se passionnent pour le Managed Care. Deux chercheurs français ont consacré en 1998 une étude au Managed Care américain, assez descriptive pour rester largement valable. En voici des extraits, histoire de mieux réaliser, peut-être, où certains veulent nous mener, et d'apprécier au mieux gains et pertes.

Le Managed Care américain remonte... à la guerre d'Indépendance. En effet, le général George Washington contracta pour un prépaiement à prix fixe la délivrance de soins, notamment chirurgicaux, pour ses troupes. Mais c'est à partir des années 80 que le Managed Care (ci-après MC) a pris son essor: de nouvelles méthodes de gestion des soins, visant la réduction de leur coût excessivement croissant, ont démarré à l'initiative d'assureurs privés désireux de satisfaire de gros employeurs qui exigeaient non seulement une assurance maladie convenable pour leurs employés, mais encore un ensemble de prestations qui ne dépassaient pas les taux plafonnés des cotisations.

Pour répondre à cette demande, différentes modalités de soins gérés ont donc vu le jour. Les employeurs privés américains négocient avec les organismes de MC et souscrivent un contrat avec celui qui offre la meilleure qualité de soins au meilleur prix.

Pourquoi

On a estimé que le libre accès aux systèmes de soins favorisait la séparation entre les assureurs et les prestataires de soins. Le développement du MC a favorisé l'émergence de différentes structures organisationnelles qui

rapprochaient les assureurs et les fournisseurs de soins. L'introduction d'incitations financières et d'outils de gestion a entraîné la mise en place de procédures plus ou moins contraignantes qui permettent le partage du risque.

On peut classer la structure des organismes de MC en cinq modèles:

1. L'assurance maladie à gestion encadrée (managed indemnity)

C'est le remboursement d'une somme calculée de façon actuarielle pour tout service médical consommé (fee for service: paiement à l'acte) mais sous contrôle prospectif et continu sur l'utilisation des soins, par exemple l'utilisation des médicaments (*drug utilization review*).

2. L'assurance maladie incitative

Il y a incitation à se faire soigner au sein d'un groupement ou d'un réseau de soins dit PPO (Preferred Providers Organization). Il s'agit d'un groupe de médecins et d'autres prestataires de soins qui s'entendent avec l'assureur pour ne pas dépasser un prix plafonné des services.

3. L'intégration d'assurance maladie et de production des soins

C'est le Health Maintenance Organization (HMO) qui pratique le prépaiement des soins à un prix forfaitaire annuel, et restreint le choix des fournisseurs de soins. De plus, l'accès aux traitements est soumis à autorisation par un médecin, le plus souvent un généraliste, dit «gate-keeper» (celui qui garde la porte d'entrée ou littéralement le garde-barrière).

Ce type de modèle de HMO est lui-même organisé selon une des modalités suivantes:

- a) *Le staff model*: le HMO salarie les médecins qui travaillent en équipe pluridisciplinaire. Le HMO possède son centre de soins ambulatoires et son hôpital.
- b) *Le group model*: le HMO passe des contrats avec des groupes de médecins qui s'organisent en général en groupes pluridisciplinaires (multispeciality group practice) et reçoivent un prix fixe *per capita* pour les soins donnés sans tenir compte du volume des actes effectués.
- c) *L'Independent Physician (or Practitioner) Association (IPA)*: le HMO passe des contrats avec des médecins individuels ou des groupes de médecins indépendants qui exercent dans leurs propres cabinets et qui sont rémunérés à l'acte (fee for service). Mais certains IPA organisés en groupes choisissent un directeur médical qui négocie avec le HMO un prix forfaitaire *per capita* ainsi que le respect de certaines procédures de contrôle.
- d) *Le network model (réseaux)*: le HMO passe des contrats aussi bien avec des médecins organisés, en *multi-speciality group practice*, qu'avec ceux organisés en IPA ou en *staff model*. Il peut également passer accord avec certains hôpitaux et d'autres organismes de soins. Ce sont des filières et des réseaux de soins.

4. Le point of service plan (POS)

Il s'agit d'un HMO ouvert. C'est-à-dire que le HMO autorise le bénéficiaire du contrat de soins à être soigné en dehors du centre ou du réseau des traitements, à condition de payer une prime d'assurance plus élevée. On connaît aux Etats-Unis l'importance et la prolifération des HMO, qui gèrent à la fois les modalités de soins et leur financement. Mais, comme le montre cette classification, ce ne sont pas les seuls exemples de structures de MC.

5. Physician sponsored organizations (PSO)

C'est le modèle le plus récent: un groupe de médecins se met d'accord

ASSISTANTE EN PHARMACIE

cherche poste de réceptionniste chez un médecin ou autres, Lausanne et environs.

Tél. 021/624 33 90
ou 078/603 03 51.

pour négocier des prix et volumes par paiement à l'acte avec toute compagnie d'assurances, HMO, Health Plan ou hôpital qui s'intéresse à constituer avec le groupe une filière ou un réseau de soins. En général, les patients relevant du Medicare sont limités à 10 ou 15% et Medicaid est refusé.

Incitation à la maîtrise des dépenses

Etant donné que 70% des dépenses de santé sont directement liées aux décisions médicales prises par les médecins, les MCO (Managed Care Organizations) et les compagnies d'assurances tentent d'influencer les décisions médicales. Contrairement au système de paiement à l'acte en toute liberté dans les organismes de MC, les financeurs transfèrent aux médecins et autres prestataires de soins tout ou partie du risque financier, ce qui les incite à réduire les dépenses. Ainsi, même pour la tarification à l'acte, il existe divers systèmes de bonus et de rémunération basés sur des résultats sous forme d'un pourcentage retenu ou ristourné, selon que les dépenses ont dépassé ou non les limites initialement prévues. Cela est possible seulement parce qu'aux Etats-Unis l'ensemble des prestations à l'hôpital ou en ambulatoire font l'objet d'une codification détaillée permettant un chaînage des informations soit sur le médecin, soit sur le malade. En tout cas, ces incitations encouragent les médecins à pratiquer leur art de façon économe.

Transmission et analyse de l'information

Les *Managed Care Organizations* (MCO) ont des systèmes informatiques très élaborés qui permettent une analyse fine, non seulement de la comptabilité, mais aussi des dépenses par catégorie de malades et par catégorie de médecins et d'autres prestataires de soins. Ces systèmes permettent également de suivre individuellement les dépenses concernant un malade ou un fournisseur de services. En ce qui concerne l'information médicale, le codage des actes et des pathologies (Groupes homogènes de malades: *Diagnostic Related Groups*) sert de base au calcul du montant des remboursements aussi bien à l'hôpital qu'en ambulatoire. En ce qui concerne les médecins, des références médicales (*guide-lines*) constituent des outils d'évaluation d'une bonne pratique médicale.

Contrôle de l'utilisation des soins

Les organismes de MC exercent un contrôle continu avec suivi longitudinal des services médicaux (*concurrent review*: contrôle prospectif). Un

bon exemple concerne les séjours hospitaliers dont la durée est limitée. Dans certains cas, une prolongation soumise à autorisation peut être accordée. Le contrôle rétrospectif (*retrospective review*) des services est employé par certains organismes de MC. Sur l'avis d'un médecin expert choisi, ils peuvent refuser de rembourser des traitements inutiles, ou parfois même demander la restitution d'un remboursement.

Le contrôle des prescriptions (*drug utilization review*) utilise différents moyens d'économie, tel le remboursement limité aux médicaments génériques. Dans le programme Medicare, les médicaments ne sont pas remboursés, mais les pharmaciens font un rabais de 10% pour ces patients. Il existe aussi un système d'achat par correspondance de médicaments à prix contrôlé. Certains HMO et fondations demandent un prix forfaitaire pour les médicaments prescrits lors d'une consultation, qui s'élève à quelques dollars.

Contrôle de la qualité des soins

Des études d'évaluation des résultats des traitements (*outcome measures*) et de leur efficacité sont largement utilisées aux Etats-Unis. Elles servent à élaborer des références médicales. L'étude détaillée de la satisfaction des patients joue également un rôle important dans l'évaluation de la qualité des soins. L'évaluation des pratiques médicales par des pairs (*peer review*) est utilisée pour identifier les médecins qui transgressent trop fréquemment des références médicales.

Les hôpitaux et les HMO publics ont une obligation de qualité de soins «suffisante». Pour recevoir une subvention du gouvernement, ils doivent obtenir une accréditation. Celle-ci est donnée par une commission gouvernementale, la *Joint Commission on Accreditation of Health Organizations* (JCAHCO). Les hôpitaux et HMO privés ne sont pas obligés d'être accrédités. Mais en fait, le plus souvent ils demandent une accréditation à la JCAHCO en raison de la concurrence.

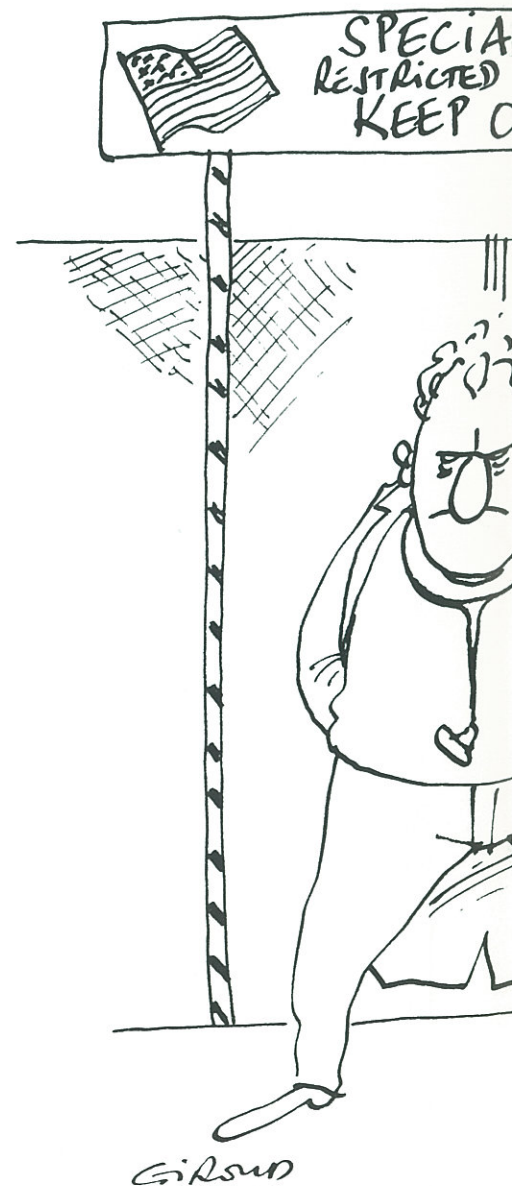
La bataille truquée des médicaments

L'application de ces quatre outils de gestion a conduit au développement de certaines pratiques ayant engendré une terminologie qui fait couler beaucoup d'encre aux Etats-Unis. L'un des termes concerne les prescriptions des médecins. C'est le *Pharmaceutical Benefit Management* (PBM): la gestion encadrée du financement des médicaments introduit donc un troisième partenaire dans l'arène du MC. En effet, certains organismes de MC, qui gèrent

une grande consommation de médicaments prescrits, sous-traitent avec des PBM. Ces derniers, en raison du large groupement d'achats, obtiennent des rabais de la part des laboratoires pharmaceutiques qui fabriquent les médicaments en question.

Disease management et Health care companies

Les malades pris en charge dans le cadre du *disease management* sont couverts pour un prix forfaitaire prédéterminé, souvent calculé par patient et par mois. Mais la question de l'assurance n'est pas le cœur du *disease management*. L'élément central en est en fait toute l'organisation des professionnels de santé entre eux. Pour encourager les médecins et les autres



prestataires de soins à adhérer aux références (*guide-lines*), le gouvernement américain a formé en 1989 l'*Agency for Health Policy and Research* (AHCPR), c'est-à-dire l'agence pour soins et recherche en santé. Cette agence a promulgué fin 1994 quinze références, parmi lesquelles les traitements du sida débutant, les douleurs chez les patients cancéreux, les tumeurs de la prostate, l'insuffisance cardiaque, les douleurs angineuses et les otites moyennes.

Les efforts d'intégration des différentes facettes du *disease management* ont conduit au développement de *Health care companies*, bureaux de conseil en gestion de santé. C'est-à-dire des façons d'intégrer au mieux et simultanément l'ensemble des soins ambulatoires et pharmaceutiques, les

analyses de laboratoire et d'autres investigations diagnostiques. De même pour l'hospitalisation et ses alternatives, la rééducation, le dépistage, la prévention, l'éducation des malades, etc. (cela correspond à la définition même du *disease management*). Ces bureaux de conseil font largement appel aux méthodes du *concurrent review* (contrôle prospectif et continu), du *retrospective review*, du *drug utilization and formulary reviews*. Lorsque des HMO et des hôpitaux font appel aux services de ces bureaux de *health care* ou à des assureurs qui proposent des *health plans*, il s'agit de l'introduction d'un troisième partenaire, et parfois d'un quatrième, entre le patient et le fournisseur de soins.

Les comportements ont changé

Actuellement, près de 70% des Américains sont inscrits dans un plan de MC, soit par le biais de leur employeur, soit individuellement, soit par des programmes de Medicare et Medicaid, malgré les contraintes. Les petits hôpitaux indépendants n'existent pratiquement plus, car les méthodes du MC ont abouti à leur faillite et aussi à celle de plus grands hôpitaux en raison du transfert des services de santé hors de l'hôpital vers les soins ambulatoires.

Les deux tiers des HMO sont privés à but lucratif. Les HMO qui restent bénéficiaires voient cependant poindre une diminution de leurs bénéfices et seront contraints d'augmenter le prix des contrats, notamment en raison de lois qui interdiront de sélectionner les souscripteurs.

Plus de 75% des médecins américains sont engagés dans des systèmes de MC, soit sous forme d'un emploi direct, soit au moyen d'un IPA ou d'un PPO. 20% exercent seuls en cabinet libéral, le reste travaille pour d'autres dans divers secteurs: hôpitaux civils et militaires, facultés de médecine, administrations, industrie pharmaceutique, santé publique, assurances, etc. Autrement dit, l'exercice libéral individuel ou en groupe a diminué de moitié depuis une dizaine d'années tandis que le travail salarié a pratiquement doublé.

Miroir aux alouettes?

On dit couramment que le MC aux Etats-Unis a contenu l'augmentation effrénée du coût de la santé, mais ce n'est pas l'avis de tout le monde car le coût de gestion des MCO est très important, voire phénoménal. Dans les MCO cotés en Bourse, le pourcentage des cotisations des assurés (*premium revenues*) affectées aux frais de gestion varie de 17 à 27%. Par

ailleurs, les salaires des PDG qui dirigent les grands MCO sont exagérément élevés.

En fait, la complexité du MC est telle que les meilleurs économistes nord-américains sont incapables d'évaluer exactement le coût global des transactions. Ils ne peuvent pas dire si ce coût, notamment les frais administratifs, n'absorbe pas une trop grande part des économies réalisées.

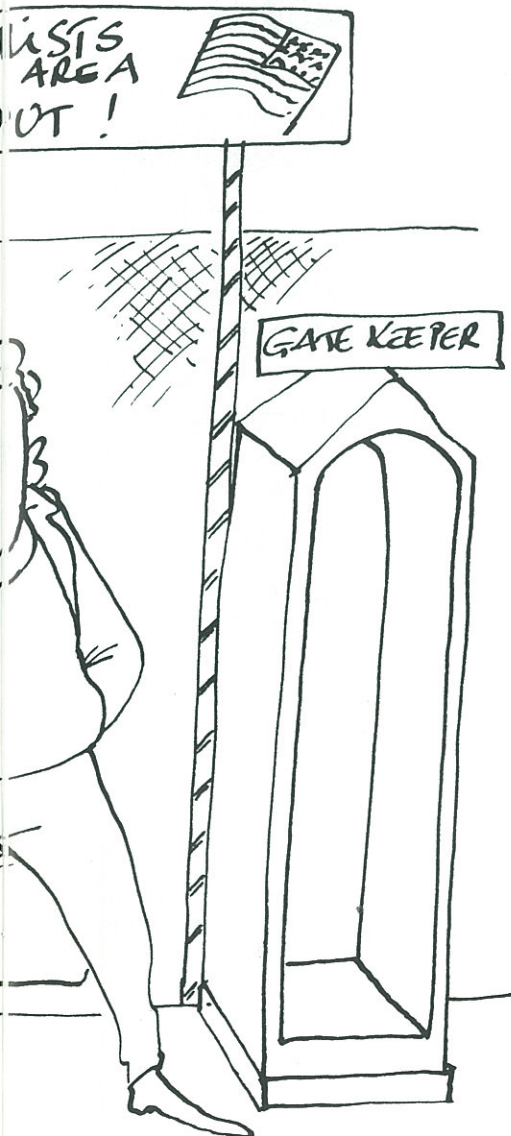
Jusqu'ici aucune enquête n'a tenu compte de tous les facteurs macroéconomiques tels les coûts sociaux ou le prix comparatif des alternatives à l'hospitalisation ou de la prévention. Sur le plan microéconomique, un des arguments concerne une enquête sur les coûts des patients sous régime Medicare, qui ont choisi d'être suivis dans des HMO. Leurs coûts sont de 6% plus élevés que dans le système de paiement à l'acte à prix déterminé par convention!

Ne pas confondre hiérarchisation et rationnement

Les progrès de la science et de la technologie ont largement contribué à augmenter le coût des soins dans le monde entier. Le problème de l'allocation des ressources la plus juste est donc devenu quasi universel, mais il est essentiel de ne pas confondre hiérarchisation avec rationnement. La hiérarchisation n'est pas le rationnement. Et devant l'augmentation continue des dépenses de santé, même contenue et bien gérée, personne ne nie que la hiérarchisation des besoins s'impose. On sait que la gestion rigoureuse nécessite des contrôles et des réglementations, des changements de comportements, des compromis dans la façon de pratiquer la médecine sans pour autant menacer la qualité des soins.

Depuis Hippocrate, parmi toutes les évolutions qui se sont produites au cours de l'histoire de la médecine, seul l'être humain n'a pas changé. Il est toujours constitué d'un corps et d'un esprit. *La relation médecin-malade primera donc toujours quel que soit le système de soins. Malheureusement, cette relation est affaiblie dans le système de MC porté à l'extrême. Pour la préserver, il faut rester très vigilant à l'égard des menaces d'aliénation de l'autonomie du corps médical et de la liberté totale du choix du soignant pour le patient.*

Extraits d'un document publié sur Internet signé de Sylvia Morin et André Morin
Clinique du Val Josselin, Yffiniac (résumé: Anne Mancelle)
<http://www.hospvd.ch/public/chuv/bdfm/cdsp/selection/managed.htm>



Oxygénothérapie

Des gaz médicaux
pour une meilleure qualité de vie

L'approvisionnement optimal
pour le traitement stationnaire
et ambulatoire.

1 Concentrateur d'oxygène

2 Systèmes à oxygène liquide
Consistent des appareils fixes
et des unités portatives pour
l'oxygénothérapie mobile de
longue durée.



PanGas - l'avance dans la technique médicale.
Demandez-nous notre catalogue spécial.

E-Mail: info@pangas.ch • Internet: www.pangas.ch

compétent
rapide
aimable

PanGas[®]

Siège principal
Case postale, 6002 Lucerne
Tél. 041-319 97 00
Fax 041-319 95 35

La nouvelle Volvo S60



*L'alliance intelligente du confort, du dynamisme et de la sécurité,
pour vous et vos passagers... un rêve devenu réalité.*

Volvo S60, dès Fr. 37'950.-

VOLVO
for life

Votre concessionnaire exclusif pour Lausanne et environs:

MON REPOS  **AUTOMOBILE SA**

Rue Etraz 14 • 1003 Lausanne • Tél. 021/310 03 93 • Fax 021/310 03 90
monrepos.lausanne@bluewin.ch

Talon-réponse (01/14)

Veuillez m'envoyer votre documentation «d'encaissement»

Veuillez me téléphoner au numéro _____

vers _____ heures

Prénom: _____

Nom: _____

Adresse: _____

NPA/localité: _____

Tél. cabinet/hôpital: _____

Fax: _____

A renvoyer à:
FMH Inkasso Services
Rue de l'Orangerie 1
1211 Genève 7
Tél. 022/733 21 40
Fax 022/733 30 20

 **FMH INKASSO**
SERVICES ■

Votre partenaire pour le règlement de vos factures!

Avez-vous des patients mauvais payeurs? Si cela vous irrite, faites appel à notre expérience. Nous sommes des spécialistes, nous nous occupons de vos soucis de contentieux et encaissons pour vous les honoraires dus!

Et tout ceci à des conditions équitables, avec tact et compétence. Pour que vous puissiez vous concentrer sur l'essentiel. Pour le bien de vos patients et patientes.

Vos avantages:

- Pas d'abonnement annuel.
- Conditions transparentes (facturation suivant le principe du consommateur-payeur).
- Nous connaissons vos problèmes en détail.
- Vous êtes déchargé des tâches fastidieuses.
- Vous recevez une aide précieuse et efficace.
- Vous économisez du temps et de l'argent.

Le développement des HMO en Suisse stagne depuis trois ans

Depuis une dizaine d'années, l'ordonnance V sur l'assurance-maladie autorise les caisses-maladie à introduire des «formes particulières d'assurance». Deux grandes catégories peuvent y être décelées, à savoir l'assurance avec un choix limité de fournisseurs de prestations et l'assurance avec bonus pour bénéficier d'une réduction de primes. Nous n'examinerons ici que la première alternative, celle du choix limité de fournisseurs de prestations.

Plusieurs moyens sont à la disposition des caisses-maladie pour réaliser un *choix limité de fournisseurs de prestations*, mais le modèle HMO est le plus connu. Toutefois, cette appellation «Health Maintenance Organization» (une invention des Etats-Unis) n'est pas encore tout à fait comprise partout dans notre pays, car les démarches entreprises par certaines caisses sous cette appellation n'ont pas produit l'appel d'assurés que l'on en attendait, et certaines de ces caisses ont même renoncé à développer cette structure particulière!

C'est que l'effort demandé aux patients constitue une véritable révolution des mentalités, dans un pays – le nôtre – où le libre choix du médecin est considéré comme une liberté fondamentale voilà bien peu d'années encore. Pour merveilleux et agréable qu'il soit, le libre choix a malheureusement un défaut: celui de multiplier les consultations, examens, analyses et contrôles technologiques plus poussés par des assurés qui, vu le montant de leurs primes, estiment qu'ils y ont droit!

Avec un système HMO, les patients ne s'adressent donc jamais directement à un spécialiste ou à l'hôpital: le sésame du HMO, c'est le *médecin de premier recours*; sans lui, impossible d'accéder à un radiologue, un cardiologue, etc. Lui seul est habilité à ouvrir la porte vers d'autres fournisseurs de prestations. Le médecin de premier recours, c'est donc le portier (*gate-keeper*). Dans un système HMO/IPA (*Individual Practice Association*), on pourrait dire qu'il y a deux cercles: au cœur se trouve le HMO avec son réseau de médecins conventionnés. Dans le cercle extérieur, on trouve aussi bien les spécialistes que les hôpitaux; les patients s'adressent via le HMO aux médecins conventionnés qui les orientent sur tel ou tel service de soins. Un *réseau de soins* est presque identique au schéma précédent, avec un ensemble de médecins

conventionnés auxquels les patients s'adressent directement et qui réorientent (sans structure HMO).

Les HMO fonctionnent souvent par le biais de cabinets médicaux de groupe, qui disposent parfois aussi de salles de physiothérapie, de postes de travail pour le personnel paramédical, d'infirmières et d'infirmiers de santé publique voire de locaux dans lesquels sont donnés des cours de prévention ou de maintien de la santé.

L'organisation de santé Swica est un peu différente. Les centres de santé Swica sont en principe ouverts à toutes les personnes intéressées, y compris à des assurés d'autres compagnies d'assurances. Mais seules les personnes affiliées à l'assurance correspondante de Swica peuvent bénéficier de primes plus avantageuses. De tels centres existent dans les grandes villes allemandes, mais sont plus rares en Suisse romande. A Bâle, le HMO a connu un tel succès qu'on y a adjoint un modèle d'IPA (*Individual Practice Association*). Une convention a donc été signée avec certains médecins généralistes de la région bâloise qui exerceront pour le HMO en qualité de médecin de famille tenant le rôle de médecin orienteur. Les réductions de prime qui découlent de ces restrictions sont de l'ordre de 15%.

A Genève, le réseau *Medinet* peut être considéré comme un réseau HMO; les prestations fournies par les médecins de ce réseau sont payées conformément au tarif cantonal, le réseau retenant pour ses besoins 10% des montants remboursés. Si les coûts réels correspondent au budget, ces 10% sont reversés aux médecins. Un bénéfice supérieur est reporté sur l'exercice suivant.

Une autre formule, *Caremed*, rembourse les médecins en fonction des prestations médicales fournies; promoteurs du modèle et médecins associés sont convenus de supporter ensemble une éventuelle différence qui résulterait d'un déficit entre les soins fournis et le rabais accordé sur les primes.

On citera enfin le PPO, pour *Preferred Providers Organization*, qui peut limiter l'accès à une partie des médecins seulement, ou à une partie des hôpitaux.

Le choix d'un demi-million de Suisses seulement

En 1999, plus d'un demi-million d'assurés émargeaient à l'un ou l'autre de ces modèles dans notre pays, à savoir 380 000 sur le modèle du médecin de famille, 100 000 via les HMO et 50 000 sur un choix limité de type PPO. On compte seulement 40 000 patients affiliés à un tel système en Suisse romande. Essentiellement implantés dans les grandes agglomérations urbaines, ils comptent en général entre 2500 et 4000 assurés; seuls deux HMO comptent plus de 5000 assurés. Ces trois dernières années, le développement des HMO stagne, en termes de nombre d'affiliés.

Différences entre HMO et modèle du médecin de famille

HMO	Modèle du médecin de famille
<i>Cabinet de groupe avec médecins employés</i>	Médecins (prestataires de base) ayant leur propre cabinet et affiliés à un groupe sur le plan régional ou local
<i>Financement par des forfaits individuels qui couvrent les frais internes et externes de la fourniture des soins</i>	Financement actuel presque exclusivement selon le schéma classique, via un décompte de prestations individuelles
<i>Responsabilité budgétaire</i>	Groupes isolés, chacun gardant son autonomie budgétaire, mais parfois participation calculée au prorata des résultats
<i>Contrat avec une ou plusieurs caisses-maladie</i>	Contrat avec une ou plusieurs caisses-maladie
<i>Système du médecin de premier recours</i>	Système du médecin de premier recours

On voit que les cantons qui recourent le plus à ces formules sont Bâle, Argovie, Thurgovie, Appenzell, Saint-Gall et les Grisons (c'est-à-dire la Suisse orientale) avec 10 à 22% des assurés. Zurich et Berne en comptent de 5 à 10%. Ce nombre est de l'ordre de 1 à 5% seulement dans les cantons de Vaud, Genève et Lucerne, mais quasi nul en Suisse centrale, à Schaffhouse, en Valais, au Tessin, à Fribourg, à Neuchâtel et au Jura.

La contre-attaque des médecins de famille

La photographie de 1999 dénombrait 71 réseaux de médecins de famille, soit 378 039 assurés pour 3699 médecins. Le quart de ces réseaux compte moins de mille assurés, un autre quart en compte plus de 7000.

Ces réseaux, généralement fondés à l'initiative de médecins ou de sociétés de médecins cantonales, ont pour la plupart des contrats avec plusieurs partenaires assureurs. Ils ont souvent été créés de manière réactive, c'est-à-dire plus pour contrecarrer l'extension des HMO que pour mettre en place un vrai système de *managed care* (MC). On constate en effet que la collaboration au sein des réseaux du médecin de famille est peu développée.

Pour que les réseaux «médecin de famille» deviennent vraiment performants, il faudrait que l'extension du nombre des assurances se renforce presque selon le rythme constaté ces dernières années et qu'un véritable système de *managed care* soit mis en place. Les comportements et les idées dans ce domaine exigent une révolution mentale, car un tel système im-

plique une restriction d'autonomie du médecin en cabinet, et une disposition à la transparence et à la collaboration. On comprendra mieux la réaction des médecins de famille alémaniques si l'on souligne que les HMO se basent sur une médecine factuelle, ce qui signifie un nombre accru de directives en matière de traitement et un choix restreint de médicaments, sans toutefois rejoindre la caricature en la matière, celle des Etats-Unis. Ainsi, les directives ne sont pas imposées aux thérapeutes, mais suggérées, via des discussions de cas et des analyses comparatives de données concernant des traitements et des prestations. Un *controlling* médical a été implanté dans tous les HMO pour compléter les principes d'économie d'entreprise (l'OFAS dixit).

Pour quelles économies?

Selon certaines études (notamment Prognos, Bâle), les coûts des soins chez les assurés de réseaux de médecins de famille apparaissent effectivement inférieurs à ceux des assurés traditionnels d'environ 20%. Par conséquent, les réductions de primes de 10 à 15% sont justifiées.

Et là, reprenons l'argumentation de l'OFAS: «On ne peut discerner de prime *abond* avec certitude si cet écart est *juste* ou s'il provient parfois d'une *saisie imparfaite des risques*. Une *caisse-maladie (CSS) est arrivée à la conclusion, en affinant l'évaluation du risque, que le véritable avantage en matière de coûts est infime et que la formule du médecin de famille dans sa forme actuelle ne vaut pas pour les assurés; elle a dénoncé ses contrats*

avec les réseaux du médecin de famille à fin 1999. D'autres assureurs sont aussi plutôt sceptiques quant à la véritable économie, mais ils ne veulent pas se focaliser sur cet élément alors que les réseaux n'existent que depuis peu.»

Le problème de l'évaluation du risque

Dans les HMO, les coûts par assuré sont certes inférieurs à ceux des réseaux du médecin de famille, et *a fortiori* à ceux des assurés traditionnels. Même en affinant l'évaluation du risque, il reste un écart de coûts qui justifie les réductions de prime de 15 à 20% dans la majorité des cas, même si la manière d'établir des coûts au moyen de comptes parallèles suscite quelques critiques. Il est difficile de cerner pour l'heure l'évolution des HMO, dont le nombre d'adhérents stagne depuis trois ans. Y aura-t-il jonction accrue entre HMO et réseaux du médecin de famille, selon le modèle bâlois?

Dans un proche avenir, la question de l'évaluation correcte du risque jouera un rôle encore plus important, car on peut prévoir que dans les réseaux du médecin de famille également, le remboursement au moyen de forfaits individuels gagnera du terrain.

Indispensables outils de pilotage

En conclusion, le système de *managed care* n'est pour l'instant pas parfait, mais de nouveaux modèles devraient pouvoir apparaître. Comme le soulignait le Dr Rita Baur, de l'institut Prognos à Bâle, il importe de développer des instruments internes de pilotage, par exemple:

- réaliser une observation annuelle et établir un rapport sur l'évolution tendancielle, fondée sur des discussions spécialisées et des évaluations de publications;
- effectuer des relevés statistiques de façon biennale ou triennale auprès des payeurs et des prestataires de services.

On peut enfin souligner que l'objectif du *managed care* ne devrait pas seulement être la réduction des coûts. Il devrait aussi viser une amélioration de la collaboration et de la communication entre les divers acteurs autour du malade et une meilleure responsabilisation des patients, ce qui implique de les informer mieux pour qu'ils puissent opérer leur choix de traitement en toute connaissance de cause.

Anne Mancelle, rédactrice

3^e Journée de la Société vaudoise de médecine Jeudi 11 octobre 2001 dès 14 heures

De la route...
au Château d'Oron



Dans un cadre magnifique, VOTRE journée vous permettra de découvrir le talent de vos confrères peintres, sculpteurs, écrivains, musiciens! Les membres honoraires seront fêtés et les nouveaux membres accueillis. D'autres surprises vous attendent, gourmandes également! Alors, réservez d'ores et déjà cette date dans votre agenda!

Importante bibliographie et textes en ligne sur Internet: <http://www.hospvd.ch/public/chuv/bdfm/cdsp/selection/20010504.htm>

HMO et Managed Care en Suisse

Quels objectifs? Quels résultats?

En consacrant ce numéro aux HMO, on peut dire que la rédaction du CMV tombe pile. En effet, il y a quelques jours à peine que le Conseil national a adopté une motion visant à rendre obligatoires sur tout le territoire suisse les HMO ou d'autres systèmes de gate-keeping. Pourquoi cette obligation? Qu'en attend donc le monde politique?

On peut dire que les modèles alternatifs d'assurance et produits similaires (regroupés dans cet article sous le vocable «Managed Care») répondent à deux catégories d'objectifs différents: les buts politico-économiques, et les buts médicaux.

Les objectifs économiques

La motion déposée par M^{me} Sommaruga au Conseil national montre bien que l'économie est au premier plan dans l'esprit de la majorité de nos politiciens. Le préambule est explicite: «Le Conseil fédéral et le Parlement se sont fixés comme but de maîtriser les coûts de la santé.» En demandant au Conseil fédéral «d'introduire dans l'assurance de base le modèle du médecin de famille – ou, le cas échéant, des modèles apparentés comme les réseaux de santé ou HMO – à titre obligatoire et sur l'ensemble du territoire suisse, ...», la motionnaire pense «éviter en particulier la nécessité de multiples examens et analyses». Plus loin elle détaille les effets pervers du «tourisme» pratiqué par les patients, autrement dit le fait de consulter plusieurs spécialistes, qui ne savent le plus souvent rien l'un de l'autre, ne font les mêmes examens et prescrivent leurs propres formes de traitement, ...». Ce tourisme «contribue... fortement à accroître les coûts du système de santé». Elle en conclut qu'un système de gate-keeper obligatoire devrait conduire à une réduction des coûts.

L'économie n'était pas à l'origine des premiers HMO américains

Or tel n'était pas l'objectif historique des réseaux de santé, ni le résultat observé dans les pays où ils sont répandus. Les HMO ont été développés aux Etats-Unis pour répondre à une organisation sociale bien particulière: l'assurance maladie devait être fournie aux salariés d'une entreprise

comme une prestation sociale. Il était logique que des entreprises adoptent un modèle entrepreneurial pour fournir ce produit. Soit le produire elles-mêmes (centres de santé d'entreprises), soit l'externaliser, mais à un prix négocié au mieux, comme n'importe quelle fourniture. Là encore, la logique locale conduit à la solution du HMO, car la direction d'une grande entreprise tend à négocier avec une entreprise de soins capable de fournir tous les services nécessaires à tous les employés concernés. La négociation avec des médecins individuels n'entre pas en considération à cause du grand nombre de contrats qu'il faudrait passer. A ces raisons s'ajoute une composante culturelle. Les Américains désireux d'une médecine libre la paient de leur poche, ce qui paraît normal dans ce pays où l'assurance est loin d'être généralisée, et où il est socialement bien vu d'avoir de l'argent et par conséquent de le dépenser. Les autres pays qui ont adopté les réseaux l'ont fait pour des raisons de santé publique, dont nous parlons plus bas.

Les HMO ne résoudre pas les problèmes de financement de la santé

Et quels sont donc les résultats économiques? Il suffira de rappeler que le royaume des HMO, les USA, est de loin le plus mauvais exemple mondial pour les coûts de la santé. Les études détaillées effectuées n'ont pas montré d'avantage significatif des HMO. Plus modestement, les expériences vaudoises montrent que les coûts ne sont réduits que faiblement. Le Conseil fédéral lui-même estime que les gains financiers sont inférieurs à 10%.

On doit donc malheureusement conclure, avec le Conseil fédéral, que les modèles de type HMO ne sont pas une solution aux problèmes de financement de la santé.

Bénéfices en termes de santé

Dans un contexte de changement technologique et démographique rapide, certains modèles de réseaux semblent en revanche plus intéressants pour la santé publique et la modernisation de la pratique médicale privée. En effet, on ressent le besoin d'une organisation plus moderne des soins médicaux dans plusieurs domaines.

Prenons un cas très courant: un diabétique hypertendu atteint de coronaropathie. La prise en charge de sa coronaropathie relèvera d'une équipe cardiovasculaire hautement sophistiquée et en majorité hospitalière. Elle interviendra lors de quelques épisodes bien précis: dilatation, contrôle ultérieur de la vascularisation. D'autre part, le contrôle de la TA (tension artérielle), son traitement médicamenteux ainsi que celui du diabète, de même que le contrôle de la bonne prise des médicaments, relèvent clairement de son médecin de famille. Les soins des pieds, la formation à l'exercice physique, le conseil diététique, la formation à l'auto-contrôle sont faits par des spécialistes d'autres professions. Et finalement, c'est l'équipe tout entière constituée autour du patient et de sa famille qui va l'encadrer, l'informer et le motiver pour gérer sa maladie au mieux des possibilités de la médecine et de la société.

Cet exemple montre bien que le modèle ultra-classique du dialogue singulier médecin-malade garde une place prépondérante, mais qu'il doit s'associer de plus en plus souvent à des interventions spécialisées et à des prises en charge non médicales.

Les nouveaux paradigmes de la santé

Cette évolution est particulièrement forte dans les domaines suivants:

- La participation du patient aux choix médicaux et sa perception du rapport coût/résultat.
- La sophistication croissante des techniques chirurgicales, diagnostiques et médicamenteuses.
- Le dépistage précoce et la prévention.
- La fréquence croissante des situations complexes et très complexes.

Dans tous ces secteurs, la place de la consultation médicale reste primordiale, que ce soit celle du généraliste ou celle du spécialiste. La nécessité d'une collaboration entre nous et avec d'autres professions ou institutions se fait de plus en plus impérieuse. Le rôle du médecin de famille (chargé des traitements de base et conseiller dans le recours aux techniques sophistiquées) de même que celui des spécialistes (détenteurs des moyens techniques sophistiqués de diagnostics et de traitement) sont tous deux valorisés par cette évolution.

Mais tout cela n'est qu'en vue du résultat thérapeutique et non d'une hypothétique diminution des coûts.

HMO? PPO? POS? EPO? PHO? TPA? MSO? Quelle est la bonne formule?

Pourquoi imposer un modèle, alors qu'il en existe d'autres?

Les réseaux de santé et le Managed Care (littéralement «soin géré») peuvent prendre d'innombrables formes. L'exemple ci-dessus décrit un réseau «ad hoc» ou un réseau spécialisé de type filière de soins, s'adressant à une pathologie déterminée. Les réseaux vaudois de type NOPS, au contraire, sont des réseaux généralistes, censés (et c'est peut-être leur talon d'Achille) répondre avec un égal bonheur à toutes les pathologies.

En vue de moderniser la prise en charge et d'améliorer les soins, le choix du type d'organisation est immense. La créativité de chaque communauté soignante est appelée à trouver la forme qui convient le mieux à sa culture. Les expériences en cours dans notre pays, particulièrement à Genève et Zurich, ont montré que c'est l'implication des médecins dans des processus de type *cercles de qualité* qui améliore le plus les résultats.

Au contraire de cette diversité, les modèles envisagés par la LAMal ou la motion Sommaruga s'inspirent d'un exemple unique: le HMO, dirigé par le responsable financier (assureur ou entreprise), et dans lequel les soignants sont écartés des décisions. Or, même aux Etats-Unis, patrie du HMO, d'autres réseaux existent. C'est par exemple le cas des systèmes de Case Management (litt. «gestion par cas»), où un administrateur est chargé de mobiliser les ressources médicales, soignantes et financières nécessaires aux cas les plus lourds. Et cela en collaboration étroite avec le ou les médecins impliqués.

En privilégiant uniquement le modèle du HMO dirigé par l'assureur, les politiciens fédéraux comprennent mal les objectifs de la mise en réseau, et

choisissent le plus mauvais modèle. Les assureurs eux-mêmes l'ont bien compris, surtout en Suisse romande, et vendent leurs produits alternatifs avec un manque de conviction flagrant.

En résumé, on peut conclure que:

- le Managed Care et autres HMO ne sont pas une solution au problème du financement public des soins, comme semblent le penser trop de politiciens;
- le Managed Care et la mise en réseau des systèmes de soins sont des outils de modernisation de la prise en charge qui peuvent répondre à l'évolution des besoins et des possibilités sanitaires;
- dans la culture helvétique, des modèles de Managed Care ne peuvent se faire autoritairement sous la direction hiérarchique des financeurs, mais seulement par coopération entre soignants, autorités sanitaires et assureurs;

- au vu de l'insuccès chronique des mesures fédérales, les soignants doivent développer eux-mêmes des propositions pour maîtriser les problèmes de santé actuels, en particulier par des modèles qui utilisent les capacités du secteur privé.

*Dr Charles-A. Favrod-Coune,
président de la SVM*



Peut-on traduire HMO... en vaudois?

Nous nous souvenons des vagues suscitées dans le canton de Vaud par l'arrivée du système HMO et d'une certaine assemblée de la Société vaudoise de médecine! Nous pouvions craindre un clivage entre les inconditionnels adhérents à ce système et les farouches récalcitrants, entre le «gate-keeper» tout-puissant et la cohorte des spécialistes désormais soumis...

Qu'en est-il aujourd'hui? Dans notre canton, une très faible minorité de patients/assurés ont adhéré à ce système, soit, en bref, de renoncer au libre choix du généraliste, ou du spécialiste, avec en contrepartie une réduction – très modeste – de leurs primes. Ceci pouvant d'ailleurs déjà expliquer cela. C'est donc le patient souverain qui a tranché... du moins pour le moment!

Le HMO, rappelons-le, assigne une limitation contractuelle et vise à réduire le tourisme médical, induit de redondance, d'effets pervers sur le plan thérapeutique et d'augmentation des coûts. Il s'agit là d'un réseau sous l'angle strictement économique.

Mais n'y a-t-il pas d'autres réseaux? L'idée fondamentale d'un réseau n'est-elle pas d'une évidente nécessité, pour les raisons que nous développons brièvement ci-après?

C'est un truisme que de rappeler la complexité croissante de la médecine dans ses procédures diagnostiques et thérapeutiques. C'est une banalité d'affirmer qu'aujourd'hui un médecin ne peut plus, seul, maîtriser l'ensemble de toutes les pathologies et que, dès lors, ce médecin doit s'entourer d'un cortège d'avis complémentaires, souscrire à une logique synthétique, à la «pensée complexe» (si chère au sociologue Edgar Morin), tout en préservant la subtile donne du colloque singulier du médecin avec son patient.

Un filet émaillé de compétences diverses

La multidisciplinarité est une nécessité impérieuse, mais centrée sur le patient. Je dirais que plus on a besoin de spécialistes, plus on a besoin de généralistes et plus on a besoin d'une saine et étroite collaboration entre les médecins dans le respect du code de déontologie de la Société vaudoise de médecine. L'arrivée du Web est à ce point providentielle et symbolise magnifiquement cette fondamentale philosophie du réseau... par définition!

C'est donc un réseau de compétences que nous entendons défendre. Il est par lui-même source d'économies. Et laissons le libre choix du patient: il appartient au médecin de penser «complexe», de pondérer son attitude en tenant compte de ce qui a déjà été fait, et le cas échéant de réorienter le patient dans la juste voie quand il mesure le dépassement de sa propre compétence.

Bien des jeunes femmes ne vont que chez le gynécologue

Pour exemple: un gynécologue est souvent le seul médecin de référence pour une jeune femme généralement en bonne santé; il doit donc toujours veiller à réorienter sa patiente si, à l'occasion d'un examen de routine systématique, il découvre une pathologie ne relevant pas de sa spécialité. Au fait, combien de femmes consulteraient-elle de *gate-keepers* pour leur examen gynécologique annuel, ou de mères, pour leurs enfants, dans les zones urbaines?

Nous insistons sur la notion fondamentale de *compétence* construite et alimentée par une formation pré- et post-grade de premier ordre. Je rappelle ici le concept fondamental de spécialité pour désigner la médecine

générale au sens FMH, et je souligne la nécessité d'une formation large comme préalable à la sous-spécialisation en médecine interne. C'est permettre à ce spécialiste d'assumer un patient dans sa globalité, quand une pathologie relevant de sa spécialité est la dominante du tableau clinique (oncologique, infectiologique, métabolique, etc.).

La compétence, source d'économies

Et l'aspect économique, me direz-vous? Nous venons de le dire: la compétence partagée est source de réduction des coûts, dans le choix pertinent d'examen diagnostiques limités, et d'un traitement rapide et approprié (*evidence based medicine*).

Pourquoi les HMO proposés n'ont-ils fait appel qu'à des médecins généralistes, en excluant d'emblée du réseau tous les spécialistes? Quels sont les critères d'inclusion? Sont-ils garants de compétences, agréés par la FMH ou par une autre instance de référence, par exemple universitaire?

Prudent pour ne pas dire méfiant, le patient vaudois n'adhère pas aux HMO qui nous viennent d'outre-Atlantique. Peut-être et d'abord parce que le HMO ne trouve pas de traduction en français... et encore moins en vaudois!

Dr Jean-Pierre Randin,
Lausanne

Appareil Abbott Vision

Les médecins disposant d'un tel équipement sont invités à l'annoncer au secrétariat de la SVM afin d'envisager la suite à donner au retrait de cet appareil.

Le plan de santé de l'Université de Genève, s'inspirant largement des grands principes du Managed Care a démarré au mois d'octobre 1992. Il fut le premier réseau de soins créé en Suisse romande.

Ce plan a pris le relais de l'assurance-maladie collective des étudiants, qui accusait un déficit important depuis de nombreuses années. Avec ce changement, l'assurance-maladie Avenir et le rectorat voulurent expérimenter une nouvelle voie, autorisée dès décembre 1989 par la législation fédérale.

Travaillant depuis plusieurs années autour de projet de Managed Care, nous avons pu mettre en pratique, à travers ce plan de santé, un certain nombre de concepts issus autant d'exemples de la littérature que de réflexions personnelles.

Modifier les relations entre partenaires

Le changement culturel introduit par ces réseaux de soins est de modifier les relations entre les acteurs du système de santé:

- modification de la relation médecin-patient (ce dernier se détermine pour un médecin de famille qui devient le fameux «gate-keeper»);
- modification de la relation assureur-médecin (le soignant est associé à la gestion financière des soins prescrits);
- changement de la perception de l'assureur par l'assuré (le premier ne s'identifiant plus seulement comme un rembourseur de prestations mais encore comme une entité ayant la responsabilité d'organiser les soins).

Plus spécifiquement, ce sont bien la responsabilisation du patient par son acceptation de consulter un médecin de famille, la formation continue des médecins (création des premiers cercles de qualité), la circulation de l'information (grâce au développement des nouvelles technologies de l'information) entre les acteurs du système de santé, la gestion de l'incertitude (appréhendée par l'*evidence based medicine* et l'analyse décisionnelle), l'information et l'éducation du patient qui induisent la mutation. Dès le départ, nous n'avons développé aucune procédure pour effectuer du *controlling* financier *a posteriori* ni du *profiling* des médecins, techniques en revanche largement utilisées par les assurances-maladie.

HMO et réseaux de santé

De la théorie à la réalité, l'expérience genevoise

Plus d'accompagnement, moins de technique

Dès la première année, les résultats financiers du collectif des étudiants montrèrent une économie de 23%, réalisée surtout par une diminution des prestations médico-techniques, les prestations «intellectuelles» ayant plutôt tendance à augmenter¹. L'étude de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Genève portant sur l'évaluation du plan de santé n'a pas relevé de changement dans l'état de santé des assurés.

Dès 1995, la société de services Arcovita (regroupement de quatre grandes caisses-maladie) a voulu développer un modèle de réseau de soins qui est venu se greffer sur l'organisation du plan de santé de l'Université. Ces différents projets ont constitué le réseau de soins Delta qui regroupe actuellement une cinquantaine de médecins de famille installés sur l'ensemble du territoire genevois. Ces médecins assurent les consultations de 12 000 assurés de ces différentes caisses-maladie. Sur le plan des résultats économiques, le montant des dépenses de santé entre l'assurance-maladie traditionnelle et le réseau Delta reste inférieur d'environ 20%, prenant en considération les classes d'âge et le sexe. Depuis une année, une expérimentation de capitation est en cours, dont nous publierons les résultats prochainement.

Les blocages face à cette révolution

Malgré ces résultats encourageants², une solide littérature plaide pour le développement des réseaux et filières de soins, ainsi qu'un discours politique favorable à une médecine de premier recours, l'essor des HMO reste marginal en Suisse (7% seulement de la population est inscrite dans les différents modèles helvétiques).

Quels sont les freins au développement des réseaux de soins en Suisse? Ils proviennent de divers horizons:

1. De nombreux assureurs ne sont pas convaincus des économies réalisables; ils estiment que celles-ci relèvent essentiellement la sélection

des risques³. Ce phénomène de sélection pose une problématique importante, la difficulté est de pouvoir l'évaluer en termes monétaires. Ce phénomène soulève par ailleurs une question plus générale sur le processus de sélection et d'ajustement des risques: c'est celui de la concurrence entre les caisses-maladie traditionnelles, que seule la compensation des risques (âge et sexe) corrige actuellement. Cette sélection existe, et la disparité toujours plus grande du montant des primes entre caisses l'atteste.

2. Les professionnels de la santé restent réticents à s'occuper d'argent, les spécialistes s'opposent farouchement à ces modèles. Notre pays n'a pas une tradition du médecin de famille et de programme de santé publique.
3. Les dérives des HMO américains ternissent l'image et la représentation que s'en font les décideurs et la population en général.
4. La législation ne permet pas d'abaisser de plus de 20% le montant des primes de l'assureur considéré⁴. Peu d'assurés sont prêts à renoncer à la liberté thérapeutique pour une somme aussi modique.
5. La reconstitution de réserves obligatoires, notamment en cas de passage au sein de l'effectif d'un même assureur, alourdit sans aucune justification les comptes des modèles alternatifs. Il en va de même pour la compensation des risques; ce collectif ne devrait pas constituer une communauté de risque particulière pour un même assureur et devrait être inclus dans l'effectif de l'assurance-maladie pour éviter une déformation statistique⁵.
6. C'est surtout au niveau des coûts hospitaliers que le Managed Care, aux Etats-Unis, induit le plus d'économies. L'octroi de subventions aux traitements hospitaliers entrave fortement le développement de la gestion des soins. Le financement dual (Etat et assurance-maladie) empêche une optimisation des collaborations et des procédures de soins, notamment pour les maladies chroniques et les per-

sonnes âgées en perte d'autonomie; le médecin de réseau n'a aucune autorité pour agir sur le traitement stationnaire.

7. L'absence d'un système intégré d'information ne permet pas d'assurer le succès de l'intégration et de la continuité des soins et des services.

Ni LAMal ni TarMed ne juguleront les coûts

L'avenir des réseaux de soins est lié à l'avenir de notre système de santé. Il est illusoire de croire que la LAMal actuellement en vigueur puisse avoir une influence notable sur la réduction des coûts de la santé. La croissance des dépenses restera supérieure à celle des salaires et des prix; les fameux mécanismes concurrentiels contenus dans la loi n'auront que peu d'effet – malgré l'optimisme de M^{me} Dreifuss et de l'OFAS. La concurrence semble, malheureusement, être l'unique instrument de régulation à la disposition de nos décideurs, et l'évolution du système de santé helvétique semble inéluctablement se faire dans une perspective où seule la logique économique domine.

Le TarMed ne jugulera pas la spirale ascendante des dépenses en matière de santé, contrairement à ce que pensent certains décideurs. S'il permet une plus grande transparence des actes prescrits, il ne rend malheureusement pas le système plus «intelligent» et ne permettra pas d'améliorer la coordination et la continuité des soins.

Seul un changement de mentalité permettra de faire face...

Seul un changement de mentalité, «une révolution culturelle» permettra de s'adapter au fait que de plus en plus de patients ont besoin de plus de services, plus souvent et par plus d'un professionnel. Seuls les systèmes de soins intégrés ou réseaux ou encore filières – peu importe le nom que l'on veut bien leur donner – répondront aux impératifs de coopération et de coordination. Les réseaux de soins que nous connaissons aujourd'hui ne sont que les balbutiements de ce que seront demain les organismes de soins intégrés.

Ces organismes mettront en cohérence leur système clinique, leur système de gestion et de financement ainsi que leur système d'information. Ils s'organiseront soit autour de clients ou de problématiques définies, soit autour de pathologies (*disease management*). Ce seront des dispositifs opérationnels prenant en charge des populations définies: personnes âgées, programmes de santé (diabète, asthme, maladies infectieuses...).

Il existe de nombreux exemples d'organismes de soins intégrés dans divers pays de l'OCDE (Organisation de coopération et de développement économiques), comme le projet de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie au Québec. Ces organismes devront se doter d'indicateurs et de résultats, de programmes d'évaluation de la qualité, de protocoles de soins et de collecte d'informations utilisant les outils informatiques. La qualité et la pertinence de cette information seront un enjeu majeur de la relation médecin-malade⁶.

Les barrières à l'innovation

Malheureusement, la LAMal ne laisse que peu d'espace pour imaginer l'émergence de telles organisations de soins intégrés. La fragmentation du financement et des responsabilités, le cloisonnement entre la médecine ambulatoire et stationnaire, entre le public et le privé sont autant de barrières législatives, culturelles, professionnelles et financières à l'intégration des soins.

De plus, notre système de santé est trop abondant pour être soumis à la contrainte de performances économiques afin d'assurer sa survie et organiser, par la force des choses, le

changement. C'est aussi pour cela que le succès des réseaux de soins est mitigé.

Toutefois, il subsiste l'espoir que les professionnels de soins conservent des espaces d'autonomie suffisants pour pouvoir innover. Innover dans l'organisation des soins, innover dans les modes de rémunération, innover dans de nouvelles pratiques de coopération.

*D^r Philippe Scheller,
D^r Marc-André Raetzo, Genève*

¹ Evaluation du HMO de l'Université de Genève, Thomas Perneger, Jean-François Etter, Béatrice Schaad, IMSP.

² L'évaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie de Prognos AG, mandaté par l'OFAS, estime que les HMO en Suisse génèrent des économies pouvant aller jusqu'à 35% par rapport à un système d'assurance traditionnelle.

³ Beck C., Keller D.: *Risikoselection in Hausarztmodellen. Ein Plädoyer für differenzierte Risikokorrektur*; CSS Versicherung, 1998.

⁴ Art. 101, al. 3 LAMal.

⁵ Schneider J.-A., Raetzo M.-A.: *Primes et qualité des soins: les organisations de maintien de la santé (OLMS) et la LAMal*, Revue suisse des assurances sociales et de la prévoyance professionnelle, tome 43, 1999.

⁶ De Karvasdoué Jean; *La puce et le stéthoscope*, Sanesco, novembre 1997.

L'avis d'un pionnier vaudois du Managed Care

Certains médecins ont cru dans le Managed Care alors qu'il était encore peu connu. Voici le récit de l'un d'entre eux.

Pour des raisons familiales et professionnelles, j'ai eu l'occasion de m'installer en 1992 dans un centre médical du sud de la ville avec plusieurs collègues. Celui-ci offre une infrastructure médico-technique permettant de faire une médecine générale et de premier recours de pointe. Le corollaire est que j'ai vécu pleinement l'attitude désordonnée de patients désinvestis et assistés, pensant que la médecine est magique et peut tout réparer, ceci en s'appuyant sur les merveilleux progrès médico-techniques

réalisés ces dernières années et en se justifiant par le fait qu'ils paient des primes. La solidarité existe de moins en moins. Nous sommes dans une pure dynamique de marché déshumanisée: un système de santé basé sur une pseudo-mutualité.

Comment retrouver mon identité médicale perdue alors même que j'étais fier de pouvoir offrir un tel confort au patient? Il fallait réagir car je ne pouvais adhérer à une médecine purement commerciale dont paradoxalement j'étais l'un des fondateurs.

R.C PONT ASSURANCES S.À R.L

(ASMAC MEDISERVICE en Romandie)

VA BEAUCOUP PLUS LOIN QUE

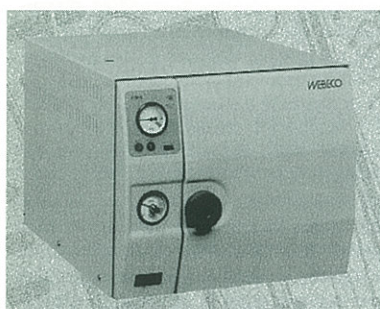
GÉRER VOTRE PORTEFEUILLE D'ASSURANCES ET VOUS
PROPOSER **LES MEILLEURS CONTRATS DISPONIBLES...**

POUR EN SAVOIR PLUS: **HTTP://WWW.RCPONT.COM**

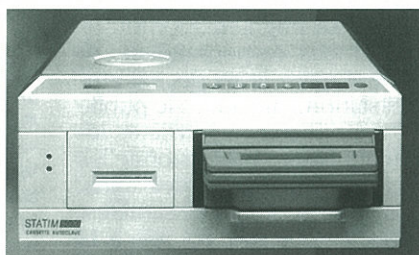
72, RUE DE LAUSANNE CASE POSTALE 62, 1211 GENEVE 21, TÉL. 022 731 25 26, FAX 022 731 24 64, E-MAIL: RPONT@RCPONT.COM

 **MARCEL BLANC-CIE**

S.A.



Confiance - Continuité



La nouvelle gamme d'autoclaves conformes aux normes, classes N, S ou B classiques **WEBECO** ou «à cassette» **STATIM-S**

Avec le service après-vente
...qui va avec!
Entretien annuel sur contrat!

En Budron C 2
1052 Le Mont-sur-Lausanne
Tél. 021/654 30 80 – Fax 021/652 44 10
E-mail: mblanc@worldcom.ch
Internet: marcel-blanc-cie-sa.ch

Clinique chirurgicale et Permanence de Longeraie

S.O.S. MAIN

- Centre de traumatologie et de chirurgie réparatrice de la main et des extrémités
- Chirurgie reconstructive des nerfs périphériques et du plexus brachial
- Microchirurgie
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique et reconstructive
- Physiothérapie et rééducation fonctionnelle
- Ergothérapie
- Urgences jour et nuit

1001 Lausanne – Avenue de la Gare 9 – Téléphone 021/320 33 01 – Fax 021/312 49 07

Des **DOSSIERS MÉDICAUX** sur mesure?
La solution: une équipe performante à votre disposition!



NOUVELLE ADRESSE!

IMPRIMERIE FLEURY IPH & CIE

ZI Petits-Champs 13 • 1401 Yverdon-les-Bains • Tél. 024/425 90 19 • Fax 024/425 62 12 • E-mail: fleury@fastnet.ch

Un réseau centré sur le patient

J'ai alors eu l'idée de créer un réseau centré sur le patient et dirigé par le médecin de famille, comme cela se pratique couramment à la campagne. Malheureusement, la création immédiate d'un tel réseau n'était pas réaliste, car je n'aurais jamais pu trouver un partenaire assureur avec un rendement financier à l'époque aussi faible.

La situation étant encore pire au bout du lac, nos collègues genevois avaient un peu d'avance sur nous. Deux d'entre eux avaient déjà commencé leurs tractations avec une caisse-maladie, qui avait accepté d'entrer dans ce jeu-là car elle était en péril. Elle s'est d'ailleurs fait racheter par un groupe concurrent quelques années plus tard.

Ces collègues genevois m'ont contacté à la demande de ladite assurance, qui désirait également s'étendre dans le canton de Vaud. J'ai saisi cette opportunité afin de pouvoir bénéficier de l'expérience et du soutien de confrères et de me sentir moins seul. En effet, dans le canton de Vaud, des réactions épidermiques plus ou moins violentes commençaient déjà à se faire sentir.

Un handicap intercantonal...

Nous avons démarré un premier réseau sur environ deux ans, que j'ai dû résilier, car la collaboration Vaud-Genève n'était malheureusement pas possible pour des raisons politiques. J'ai proposé ensuite à cette caisse-maladie de poursuivre le réseau avec une association comme partenaire, afin de ne pas me retrouver tout seul, ce qu'elle a refusé. Ce réseau fonctionne toujours, mais de la même manière que l'assurance traditionnelle.

Ensuite, je suis entré dans un deuxième réseau en tant que simple médecin actif. Ce réseau démarrait avec grand fracas au sein de la SVM, avec une assurance appartenant au même groupe que celle avec laquelle je traitais... mais concurrente. Afin d'éviter le clivage du corps médical et de permettre d'étudier scientifiquement les choses, j'ai demandé à faire partie de la commission paritaire de ce deuxième réseau, ce qui m'a été refusé, justement pour des questions de concurrence.

Une alliance thérapeutique entre le médecin et son patient

Fin 1995, la situation n'était plus tenable, raison pour laquelle j'ai créé

avec quelques collègues une association définissant la philosophie médicale que nous souhaitons promouvoir dans ces réseaux. Cette association a pour but une médecine de qualité à juste prix. A cet effet, elle tente de sensibiliser les médecins à la relation médecin-malade pour qu'en découle une alliance thérapeutique. Pour y parvenir, elle souhaite favoriser la circulation de l'information entre le médecin et le malade, et permettre une meilleure gestion de la santé. Par cette politique, elle espère également lutter contre le rationnement des soins et favoriser une juste reconnaissance intellectuelle et financière de l'acte médical.

Le 26 janvier 1996, la Société vaudoise de médecine (SVM) prenait acte de la création de cette association, le comité ayant estimé que les buts de cette association étaient parfaitement méritoires et que la réflexion qu'elle souhaitait entreprendre était nécessaire. Le comité de la SVM espérait que cette association suscite l'intérêt des médecins qui pourraient s'en sentir proches.

Parallèlement, nous entrons en négociations avec deux autres groupes intéressés par notre approche du Managed Care.

Comme nous souhaitons nous centrer sur le patient et lutter contre le clivage du corps médical, nous avons invité des médecins de toutes spécialités à entrer dans notre association, sans nous soucier de leur croyance ou leur origine, mais uniquement de leur formation médicale, qui doit être FMH ou équivalente. C'est ainsi que nous avons été amenés à collaborer avec des confrères spécialistes pour lesquels la «philosophie réseau» était loin d'être acquise.

Une deuxième association...

Afin de conclure des contrats avec des caisses-maladie sans être satellisés et sans faire éclater notre association, nous avons dû créer une deuxième association composée de membres de la première qui s'intéressaient aux réseaux. De cette manière, nous restions libres de faire une expérience de Managed Care sans mettre le système en péril. Cette deuxième association nous a donné beaucoup de fil à retordre, étant donné les profondes résistances de certains confrères au sein de la SVM. Après une longue lutte, nous avons finalement pu démarrer deux réseaux de type IPA (Individual Practice Association), nouvellement HMO et

anciennement anti-HMO. Comme vous le voyez, les problèmes de définition en termes de Managed Care ne sont pas là pour simplifier les choses!

Nous gérons nous-mêmes notre formation continue

Le système compliqué qui a dû être mis en place pour la réalisation de ces réseaux nous a permis d'être des partenaires et de financer nos réseaux sans que les caisses-maladie puissent s'ingérer dans la formation continue: en effet, un montant forfaitaire d'un franc par assuré et par mois est accordé à la deuxième association signataire des conventions avec les caisses-maladie.

Celles-ci rétrocèdent alors une partie du montant à la première association... pour lui permettre d'assurer la formation continue. Celle-ci consiste essentiellement en la création de colloques qui n'existent nulle part, parce que non réalisables par les organisateurs traditionnels (firmes pharmaceutiques ou structures étatiques). Il s'agit de colloques interactifs visant essentiellement à analyser la relation médecin-malade et à proposer des mesures de prévention en fonction de l'âge du patient. Ce système ne pourra survivre que si les budgets sont tenus: la caisse-maladie nous fournit chaque année les résultats financiers du réseau, sur lesquels nous avons un droit de regard. En contrepartie, nous nous engageons à gérer l'économicité dans notre pratique afin que le projet puisse continuer.

Ces deux réseaux fonctionnent, bien que l'un d'eux soit ralenti en raison de la démission d'une des caisses y participant. De nos modestes sondages, l'autre semble donner satisfaction aux patients, ainsi qu'aux assureurs et aux médecins. Le climat y est serein avec du plaisir et du respect mutuels.

En conclusion, je pense que ces projets nous conduisent vers une médecine plus humaine centrée sur une relation médecin-malade de qualité, sans pour autant être obligés de renoncer aux merveilleux progrès médico-techniques dont nous bénéficions depuis quelques années. Cela est possible grâce à la gestion de l'économicité des traitements dans notre pratique quotidienne.

Dr Yves Ecoffey

Médecine en marche

Soins palliatifs: il reste beaucoup à faire en terre vaudoise

Les soins palliatifs sont constitués d'un ensemble d'interventions destinées à soulager les souffrances induites par un large éventail de maladies évolutives. Leur qualité dépend de la reconnaissance, par tous les soignants, des besoins des patients. L'Unité des services de santé de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive a réalisé, sur mandat du Service de la santé publique et du Service des hospices cantonaux, un bilan de la situation des soins palliatifs auquel ont participé les institutions et les médecins vaudois¹.

Les principaux problèmes soulevés ainsi que les grands traits de l'organisation proposée au canton sont présentés ici.

Une large majorité des institutions vaudoises ayant répondu au questionnaire sont dans l'incapacité de définir ce que sont les soins palliatifs en général, et à plus forte raison d'énoncer une définition opérationnelle de ce type de soins, comprenant des critères de début et de fin de traitement. *Il en résulte que de trop nombreux professionnels réduisent les soins palliatifs aux soins terminaux.* Les soins palliatifs sont actuellement pratiqués le plus souvent au bénéfice de patients atteints de cancer. Or, de nombreuses autres affections très répandues nécessitent des interventions palliatives, dont il est manifeste qu'elles ne sont actuellement pas proposées. Les réponses apportées par les médecins et les institutions indiquent un faible degré de développement des soins palliatifs dans le canton de Vaud, notamment au-delà du contexte des affections oncologiques. En raison de l'étendue des besoins en matière d'antalgie et de contrôle des symptômes liés aux maladies évolutives, seule une politique reposant d'abord sur une mobilisation des ressources de première ligne paraît à la fois réaliste et compatible avec le souhait, généralement admis, d'être soigné dans le cadre de son lieu de vie habituel.

Un besoin urgent et omnidirectionnel de formation

De nombreux obstacles doivent être levés afin que les médecins traitants puissent assumer leur rôle de pivot dans la prise en charge communautaire. Le niveau de formation des médecins et des autres professionnels doit être amélioré, et dépasser nettement le stade de la sensibilisation. Des conseils spécialisés sont indispensables aux médecins, aux CMS et aux équipes d'EMS, par une référence médicale et infirmière qui puisse être atteinte par téléphone en tout temps et se déplace au besoin au domicile du patient. Les prestations des CMS sont actuellement insuffisantes en intensité ainsi qu'en disponibilité, par exemple la nuit, en fin de semaine. L'accès aux lits de toutes catégories est parfois difficile, ce qui peut dissuader de maintenir à domicile des patients potentiellement instables. Dans l'état actuel des appuis fournis par les réseaux, le temps consommé par la prise en charge de situations de soins palliatifs compromet souvent l'activité courante de la pratique privée. La rémunération des médecins est en outre insuffisante, compte tenu du temps nécessaire aux aspects directs et indirects de la prise en charge.

En EMS, les médecins responsables n'ont pas tous suivi une formation spécifique en soins palliatifs et la forma-

tion des soignants ne s'inscrit en général pas dans le contexte d'un projet institutionnel. Les instruments d'évaluation sont axés sur le statut fonctionnel, et ne permettent pas la détection des besoins en matière d'antalgie et de contrôle d'autres symptômes. L'implication de la psychogériatrie dans les soins palliatifs n'est pas manifeste, bien qu'elle soit indispensable à la fois pour une détection des besoins chez des patients dont les capacités de communication sont altérées et pour une prise en charge efficace de la souffrance psychique. Enfin, le financement forfaitaire des soins pour les patients vivant en EMS constitue une barrière à l'accès aux soins palliatifs dès que ceux-ci deviennent complexes et exigent l'intervention de professionnels spécialisés.

En seconde ligne, la demande pour les lits des CTR dépasse l'offre et les patients souffrant d'affections autres qu'oncologiques n'y sont que peu représentés. La charge particulièrement lourde, notamment en investigations et traitements, qu'impliquent certaines pathologies n'est pas étrangère à cet état de fait. Par ailleurs, les CTR sont pour la plupart décentrés, alors que l'éloignement du lieu de vie habituel est une contrainte qui pourrait être évitée, et leur accès est difficile par les transports publics, ce qui peut poser problème aux proches souvent eux-mêmes âgés. L'accès aux lits des cliniques privées reste limité aux patients ayant contracté une assurance complémentaire, sauf convention particulière négociée au cas par cas. Dans les hôpitaux de soins aigus, il n'existe en général pas de lieu défini, d'aménagement particulier, de responsabilité identifiée ou d'inscription spécifique dans les cahiers des charges. L'identification des besoins repose sur les ressources habituelles des services, alors que les soignants ne sont pas toujours suffisamment formés pour connaître les possibilités de soulagement offertes par les développements récents des soins palliatifs. Les anesthésistes sont sollicités pour conseiller dans le

domaine de l'antalgie; cependant, une prise en charge palliative ne saurait se limiter à ce genre d'intervention, trop ponctuelle pour s'inscrire dans la durée comme le nécessite la perspective des patients souffrant d'affections chroniques. L'accès à l'hôpital par le service des urgences, enfin, est particulièrement inadéquat pour des patients dont la prise en charge relève de soins palliatifs.

Le niveau tertiaire (universitaire) est sous-développé. La Division de soins palliatifs du CHUV a une fonction exclusivement de consultation et ne dispose d'aucun lit lui permettant d'accueillir des cas complexes ou d'assumer une formation complète de stagiaires.

Proposition d'organisation

Les constats faits dans l'enquête auprès des institutions et des médecins vaudois conduisent à une proposition d'organisation *au niveau des réseaux*.

I. Réponse de base aux besoins courants en matière d'antalgie et autres symptômes de maladies évolutives, pour des patients relativement stables pris en charge ambulatoirement ou à leur lieu de vie habituel, non limitée dans le temps et engageant les ressources de première ligne: médecins

traitants, CMS, médecins et personnel d'EMS), *au niveau des régions*.

II. Réponse aux besoins de patients nécessitant un renforcement de la prise en charge en raison de la complexité de leur cas ou de passage par une phase subaiguë ou aiguë, apportée au domicile lorsque le patient le souhaite et dispose d'un environnement personnel suffisant, ou en milieu institutionnel) et au niveau du canton.

III. Réponse aux besoins complexes et/ou aigus dépassant les compétences du niveau II, mise à disposition de l'ensemble des réseaux pour leurs besoins d'expertise). Ces trois niveaux sont décrits en détail dans un document facilement accessible².

Ce qu'il faudrait entreprendre

Les projets développés récemment par plusieurs réseaux (antennes téléphoniques, équipes mobiles, soins hospitaliers à domicile, etc.) trouvent leur place dans les niveaux I et II. Parmi les axes à développer à l'échelle du canton figurent la formation des médecins et des autres professions intervenant dans les soins palliatifs, la création d'une unité d'hospitalisation tertiaire, la mise en place d'une antenne pédiatrique, le renforcement du rôle de la psychiatrie, de la psychogé-

riatrie et de la psychologie, la mise en place d'un dossier de soins palliatifs pluridisciplinaire suivant le patient à travers les niveaux de soins, l'élaboration d'un système d'information à partir de ce dossier, la recherche de mécanismes de financement ou de régimes sociaux favorisant l'accès aux soins palliatifs et, enfin, l'information du public. Ces composantes sont les éléments indispensables d'un programme cantonal dont le premier but est de généraliser l'accès de la population aux traitements antalgiques et de gestion des symptômes, dans le cadre d'une prise en charge palliative respectueuse des aspects psycho-sociaux.

*D^r Brigitte Santos-Eggimann,
PD & MER,*

*Institut universitaire
de médecine sociale et préventive,
Lausanne*

¹ Renard D. Chérif C. Santos-Eggimann B. *Organisation des soins palliatifs dans le canton de Vaud*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2001 (*Raisons de santé*, 64).

² La proposition d'organisation figure dans la section «Synthèse et recommandations» du rapport mentionné dans la note précédente. Cette section peut être téléchargée à partir du site Internet www.hospvld.ch/iump (rubriques: télécharger, Rapports, USS), ou demandée à l'IUMSP (tél. 021/314 72 52).

Courrier

Quelques remarques (non exhaustives) à propos de TarMed

Il y a quelque temps, la presse a fait état de la «grande peur des médecins» à propos de TarMed (voir *24 heures* du 23 avril 2001 page 7).

Il ne m'appartient pas d'analyser les conséquences de ce tarif, plus particulièrement de cette structure tarifaire uniforme pour toute la Suisse, exigée par l'article 43 alinéa 5 LAMal pour les diverses catégories de médecins spécialistes, voire pour les généralistes. Les intéressés sont sans doute beaucoup mieux à même que moi pour le faire.

Je me pose toutefois un certain nombre de questions, demeurées pour l'instant sans réponses.

J'ai soutenu en 1961 une thèse de doctorat consacrée aux tarifs médicaux au sens de l'article 22 alinéa 1 de l'ancienne LAMA de 1911. J'avais alors constaté que l'on rencontrait en pratique deux genres de tarifs médicaux: les tarifs détaillés et les «tarifs-blocs». Les premiers reposaient sur une notion restrictive d'intervention du médecin; ils étaient censés contenir une position pour chaque acte. Les seconds portaient d'une notion plus large d'intervention du médecin et regroupaient un certain nombre d'actes médicaux dans la même rubrique. A titre d'exemple, je mentionnais dans mon étude le tarif-bloc du canton de

Berne comportant ... 19 (sic) positions, pour l'opposer aux tarifs détaillés des cantons de Soleure, qui comprenait... 135 (sic à nouveau) positions, et de Vaud, qui en comptait 243 (soit près d'une centaine de plus)! Je donnais ma préférence aux tarifs-blocs.

4600 prestations différentes!

Je suis littéralement tombé des nues lorsque j'ai appris que la structure tarifaire uniforme concoctée par les acteurs de la scène de la santé que sont le CAMS et la FMH comporterait quelque 4600 prestations médicales recensées. Cela dépasse l'imagination de l'assuré/patient le plus inventif.

Certes, l'activité médicale est riche et variée. Mais de là à la disséquer en 4600 actes répertoriés, il y a un pas que je n'aurais jamais osé franchir. Et il faudra compter en outre avec les lacunes qu'une telle nomenclature comportera obligatoirement: les juristes savent bien que les risques d'oublier une situation particulière se multiplient avec l'inflation des dispositions légales destinées à régir un domaine particulier du droit. Même si TarMed devait contenir des positions qui se recourent ou qui se répètent, on resterait de toute façon fort loin des 243 positions du tarif détaillé vaudois de 1961!

Il faut prendre en compte certaines différences

Si l'idée d'une nomenclature uniforme sur le plan suisse peut se défendre à certains égards – pour éviter par exemple que le même geste thérapeutique ne soit objectivement mieux rémunéré dans certaines parties de notre pays que dans d'autres –, il n'est certainement pas admissible d'ignorer par exemple des différences imputables aux conditions économiques et autres habitudes régionales qui peuvent avoir une influence non négligeable sur la rémunération et sur les formes de thérapie appliquées.

La dissection des traitements en de multiples actes thérapeutiques est en revanche à mes yeux tout simplement incompréhensible. Comme déjà relevé plus haut, une liste aussi détaillée recèle le risque quasiment inéluctable de rencontrer des gestes thérapeutiques qui ne figureront pas dans la nomenclature dressée – avec pour conséquences des complications lorsqu'il s'agira de combler les lacunes du tarif afin d'être en mesure de rémunérer les actes en question. Les difficultés subsisteront même s'il en est qui devraient être réputés compris dans certaines positions; affirmer que tous les actes non mentionnés expressément dans le tarif ne donneront pas lieu à rémunération ne serait guère équitable, surtout si seules certaines spécialités étaient concernées par le problème.

Une comparaison imagée

En outre, et l'expérience de la vie l'aura certainement appris à maints lecteurs, plus le nombre d'actes susceptibles d'être facturés est grand, plus on sera incité à procéder à ces actes et à les mettre en compte, en toute légalité. Une comparaison avec le phénomène des supermarchés est tentante (elle est peut-être incongrue, je le concède, s'agissant de l'art médical, mais elle est parlante): on sait pertinemment que le grand nombre d'articles proposés aux acheteurs a un ef-

fet incitatif sur le client-consommateur, pour la plus grande satisfaction du commerçant.

Un gestionnaire spécialisé au cabinet?

Mais, même sans forcément multiplier les actes thérapeutiques, TarMed favorisera certainement les fournisseurs de soins qui ont la chance d'avoir à leur service des spécialistes de la facturation (le terme «spécialiste» ne comportant ici aucune connotation péjorative). Les médecins auront en effet tout intérêt à engager des personnes connaissant parfaitement le tarif et ses innombrables positions ainsi que ses possibilités d'utilisation optimale dans le cadre de la loi. Faut-il en déduire que l'on compte dans certains milieux sur la complexité des choses et sur la passivité sinon la lassitude des intéressés pour réaliser des économies (en espérant qu'ils ne sauront ou ne voudront pas tirer pleinement parti du tarif mis en place)?

Ou, dans d'autres cercles, sur cette nomenclature hypertrophiée pour augmenter ses revenus? Et je ne m'arrêterai pas à une éventuelle autorisation de mettre en compte une taxe pour rémunérer les médecins à raison du temps consacré à l'établissement de factures conformes à TarMed... Contrairement à ce que l'on semble vouloir faire croire au public, multiplier les positions tarifaires est certainement synonyme d'augmentation des frais, sans prêter aucune malice aux fournisseurs de soins concernés. Des frais administratifs d'abord. Des frais de traitement ensuite, et surtout.

Une coûteuse transparence

Sur le plan administratif, le tarif pourra à première vue amener une certaine transparence, dans ce sens que l'on verra sans doute mieux quels actes auront été effectués. Mais cela ouvrira sans doute la porte à maintes contestations portant sur la nécessité de procéder ou non à une mesure déterminée. Il serait illusoire de penser que la possibilité de mettre en compte un nombre considérable d'actes thérapeutiques va pouvoir conduire à une réduction des coûts de la santé qui résulterait de la transparence souhaitée.

Certes, il sera théoriquement possible de déterminer la fréquence de la mise en compte de certaines positions et se faire une idée de la pratique de chaque médecin. Mais, outre le travail administratif qu'un tel contrôle impliquera (vu le grand nombre des positions entrant en ligne de compte) pour qu'il soit crédible, sinon efficace, cela ne vaudra pas encore dire que cette connaissance sera très utile pour se

prononcer sur le caractère justifié ou non des actes en question dans chaque cas concret. Quant à juger du caractère justifié ou non d'un examen faisant l'objet d'une position du tarif en se fondant sur des statistiques du genre de celles établies par le CAMS, cela serait à mes yeux inadmissible, au regard des critiques dont ces instruments sont l'objet (elles ont été réitérées récemment encore par des professeurs de l'Université de Lausanne). On se gardera en outre d'oublier que l'on se trouve en présence d'une question qui touche à la responsabilité civile du médecin. Or, on ne saurait d'une part exiger des praticiens qu'ils aient une pratique économique au sens de la LAMal – en les sanctionnant le cas échéant en se fondant sur des statistiques –, et leur reprocher d'autre part, en cas de complication ultérieure, de ne pas avoir fait bénéficier les patients, venus les consulter pour être soignés conformément aux règles de la LAMal, de toutes les possibilités offertes par la médecine moderne. Ce genre de problème pourrait devenir aigu avec un tarif selon le modèle TarMed.

Les vérifications ont un coût

Quant à la maîtrise des coûts, j'ai déjà évoqué la question du contrôle, indispensable pour amener effectivement une limitation des frais de soins. Or, la multiplication des positions va augmenter la nécessité des vérifications, lesquelles devront être ciblées: au grand nombre des positions du tarif devra correspondre un contrôle détaillé lui aussi de l'application faite des règles posées. Invoquer les statistiques du CAMS pour les opposer au coût de la pratique d'un fournisseur individuel ne devrait être possible que si ces statistiques étaient établies sur des bases comparables à celles du tarif, sous peine d'aboutir à des conclusions faussées, donc erronées. A cet égard, le contrôle de l'application faite d'un tarif-bloc serait certainement beaucoup plus simple que celui de l'application d'un tarif détaillé. Cela tombe tellement sous le sens qu'il est inutile de justifier cette affirmation, qui en fait est un constat. Dès lors, soutenir que la multiplication des positions va conduire à une diminution des frais administratifs et du coût global des soins ne peut – pour le moins – que laisser songeur.

Tout cet exercice ressemble à celui auquel on s'est livré maintes fois dans le passé et qui consiste à se battre sur le plan tarifaire pour fixer la valeur de la consultation à un niveau permettant de limiter au minimum la rémunération des médecins, et cela quand bien même on ne dispose d'aucun moyen sérieux pour contenir le

nombre de consultations nécessaires pour mener à chef un traitement: on sait bien qu'en pratique seuls les abus manifestes peuvent être sanctionnés, même si l'on se réfère aux statistiques. Ce ne sont pas celles du CAMS qui contrediraient mon propos statistique dont je répète que des experts ont récemment mis en cause le sérieux et la crédibilité. On attendra du reste avec impatience que le Tribunal fédéral des assurances ait tranché la question de savoir si les procès en polypragmasie qui fleurissaient sous l'ancien droit sont encore possibles sous l'empire de

la LAMal, voire si les statistiques du CAMS peuvent toujours être invoquées pour contester le caractère économique de la pratique d'un fournisseur de soins, au regard des nouveaux avis d'experts auxquels j'ai fait allusion ci-dessus.

Oublie-t-on les défauts?

Au vrai, je me pose la question de savoir comment il se fait que FMH et CAMS aient pu se mettre d'accord sur un tarif tel que TarMed, et l'on est donc fondé à se demander qui peut bien avoir intérêt à l'entrée en vigueur de

cet instrument. Il existe certes la menace de voir l'Autorité fédérale compétente promulguer une structure tarifaire établie par ses soins, à défaut d'entente des intéressés. Mais une telle structure présenterait-elle des risques comparables à ceux que recèle TarMed? J'ai pour ma part beaucoup de peine à le croire. Mais je serais heureux que l'on me démontre qu'un tarif de 4600 positions présente des vertus telles que l'on peut en oublier les défauts.

*Pr Jean-Louis Duc,
Professeur honoraire UNIL*

Actualité

Nouveau réseau de prise en charge des requérants d'asile SUPRA-Farmed 2

La nouvelle convention relative à l'affiliation des requérants d'asile à l'assurance-maladie obligatoire, convention signée le 3 janvier 2001 par l'Etat de Vaud, la FAREAS et la SUPRA, sans consultation préalable de la SVM, ne présageait rien de bon...

Obligation pour les requérants d'asile, urgences exceptées, de s'adresser pour toute prestation de soins, en premier lieu, aux centres de santé de la FAREAS qui ont reçu mandat de leur donner les soins de base et leur délivrer les médicaments de premiers recours, maintien du tiers payant à condition que les prestataires de soins acceptent un rabais de 10% sur leurs honoraires, voilà, entre autres contraintes, ce qui a fait réagir le comité de la SVM.

Des doutes

Une task force, formée par les Drs Steinhaüslin, Francillon et le soussigné, a reçu pour mandat d'exiger de la SUPRA qu'elle présente à ses partenaires une nouvelle convention acceptable par toutes les parties. Les négociations, qui se sont déroulées en présence d'un représentant de l'Etat, ont porté leurs fruits, d'autant plus que l'assureur s'est montré particulièrement sensible aux arguments développés par les représentants du corps médical. Reste que les dirigeants de la FAREAS (et ce ne sont pas les seuls) craignent une nouvelle explosion des coûts inhérents à la prise en charge des requérants d'asile (chat échaudé craint l'eau froide) et voient d'un mauvais œil les infirmiers de leurs centres dépossédés d'une part de leur pouvoir et de leur statut de «médecins de triage».

Acquis...

Les acquis les plus importants de cette nouvelle convention sont les suivants:

- maintien du tiers payant sans contrepartie financière;
- attribution de chaque requérant d'asile à un médecin de référence (généraliste, interniste ou pédiatre) responsable de sa prise en charge;
- accès direct aux gynécologues, ophtalmologues et centres de planning;
- possibilité pour les requérants d'asile habitant à plus d'une demi-heure de leur centre de santé de consulter directement leur médecin de référence;
- possibilité également pour les enfants jusqu'à l'âge de 16 ans de consulter leur médecin, sans passage préalable par les mêmes centres de santé de la FAREAS;
- maintien, bien sûr, de la clause d'urgence.

... et embûches

A côté de ces points positifs, la convention SUPRA Farmed 2 contient malheureusement encore passablement de contraintes, en particulier administratives, et de risques liés en particulier au rôle de *gate-keeping* que la FAREAS tient à attribuer à ses centres de santé.

Nous n'y sommes pas personnellement farouchement opposés, tant les infirmiers et infirmières de la FAREAS se sont montrés jusqu'à présent et dans leur grande majorité utiles, «collaborants» disponibles, compétents et conscients de leurs limites.

Le très aimé et très respecté infirmier du centre de la FAREAS de Bex n'était-

il pas appelé «Docteur Ernest» par les requérants d'asile eux-mêmes, ce qui en dit long sur le rôle que ces derniers lui attribuaient! Un dialogue permanent entre médecins et infirmiers de la FAREAS, la mise sur pied de cercles de qualité régionaux, rassemblant tous les intervenants, y compris les pharmaciens et les physiothérapeutes, devrait limiter les risques au minimum.

Au demeurant, ce modèle de convention, parfaitement conforme à la LAMal faut-il le souligner, n'est pas en contradiction avec notre vocation de médecins de premier recours, médecins de la globalité et de la continuité, responsables de la prise en charge de nos patients dans un esprit de dialogue, de complémentarité et de partenariat avec les autres prestataires de soins.

Quant aux partenaires payeurs, il se font peut-être un peu trop d'illusions sur la capacité d'un tel réseau de générer des économies. Tout au plus permettrait-il peut-être de limiter les coûts. La rentabilité est en effet affectée par deux paramètres: les procédures administratives et le maintien de la contribution au fonds de compensation.

Un piège détecté

Si les médecins de premier recours sont prêts à appliquer le principe de l'économicité du traitement, ils continueront cependant à soigner les requérants d'asile comme tout autre malade, sans tomber dans le piège d'une médecine à deux vitesses. Ce ne sera donc pas à eux qu'il faudra faire le reproche de l'éventuel échec financier d'un tel système.

Pour conclure, le nouveau réseau des requérants d'asile SUPRA-Farmed 2 vaut ce qu'il vaut, avec ses qualités et ses défauts. Chaque médecin de premier recours (généraliste, interniste ou pédiatre) a pu y adhérer librement ou renoncer à le faire en son âme et conscience. Le plus important est finalement que les requérants d'asile continuent de profiter d'un système de soins de qualité. Fasse que l'avenir confirme cet espoir.

Dr Jean-Marc Mermoud, Aigle

*Le billet du président** *Le touriste et le cachottier*

Le Parlement fédéral peine vraiment à renouveler son approche des problèmes de santé publique. La dernière motion en date, celle de M^{me} Sommaruga, témoigne bien de cette impuissance créatrice. Empreinte d'une bonne volonté admirable (elle appelle à la qualité des soins et à la maîtrise des coûts), elle ne fait cependant que ressasser vieux préjugés et recettes éculées. Selon son analyse, les coûts excessifs de la santé ont deux causes: le tourisme médical (culpabilité des patients), et la répétition des examens (culpabilité et cupidité des médecins). La motionnaire dit précisément ceci:

«Le *tourisme* pratiqué par les patients, autrement dit le fait de consulter plusieurs spécialistes, qui ne savent le plus souvent rien l'un de l'autre, refont les mêmes examens et prescrivent leurs propres formes de traitement, ne donne pas seulement des résultats insatisfaisants pour les patients, il contribue, en outre, fortement à accroître les coûts du système de santé.»

Que pouvons-nous en penser, nous qui voyons des patients tous les jours? Quelles sont les motivations de ceux qui consultent plusieurs fois pour la même affection? De toute évidence c'est l'insatisfaction ou le doute engendrés par le traitement précédent.

C'est donc l'insatisfaction qui engendre le tourisme et non le contraire.

Que cette insatisfaction soit objective ou subjective est un autre problème. Si la multiplication des consultations provient d'une personnalité revendicatrice ou d'un état anxieux, cela nécessite traitement. Et chacun sait que ce type de diagnostic va être lourd à traiter, principalement par le fait que le patient ne reconnaît pas la cause de ses souffrances.

Quant aux examens, le résultat insatisfaisant d'un traitement va évidemment en engendrer de nouveaux. Si un patient consulte pour une toux persistante après traitement de bronchite, on va refaire une radio du thorax (ou la faire, car il n'y en aura probablement pas eu au début d'une simple bronchite). Pour Mme Sommaruga, c'est de la polypragmasie, alors que pour le patient et le médecin c'est la recherche légitime d'une néoplasie ou d'une tuberculose en présence d'une évolution suspecte. Si le deuxième médecin ne la fait pas, il induit une troisième consultation (avec RX ou scanner bien entendu), ou il risque de priver le patient d'un traitement nécessaire. De toute façon la motion actuelle ne sert à rien, puisque le ta-

rif OFAS règlera le problème, les examens effectués ne rapportant presque rien au médecin.

Ce *tourisme* coûte-t-il vraiment cher à la communauté? Les assureurs eux-mêmes n'ont pas vraiment cette impression. Pourtant, il leur est facile de détecter ces cas et de les ramener à l'ordre: il suffit de soumettre à examen les patients pour qui il y a des factures de plus de 4 ou 5 ou X médecins différents pendant le même semestre.

Tout cela donne la fâcheuse impression qu'à Berne, on propose des mesures contraignantes en méconnaissance totale de la réalité des faits. Pourtant, il y a au Parlement de nombreux assureurs qui disposent de statistiques, plusieurs soignants et peu de médecins. Il serait facile aux divers motionnaires de se renseigner sans même sortir de l'hémicycle. Les trop rares médecins élus (dont notre très actif confrère Guisan) ne sont probablement pas assez nombreux pour faire entendre la voix de la raison. Notre profession devra en tirer les leçons pour l'avenir.

Votre président
Charles-Abram Favrod-Coune

* Ce texte exprime uniquement les opinions personnelles de son auteur, et n'engage pas la rédaction du CMV ni la SVM.

Calendrier médical vaudois

Période du 2 juillet au 21 septembre 2001

MARDI 3 JUILLET 2001

8 h 15-9 h 45: Séminaire de lecture psychanalytique – D^r J.-M. Porret et Professeur F. Ansermet: «Le narcissisme» – Lausanne, Consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A – Renseignements et inscriptions: tél. 021/314 19 60. Strictement réservé aux cadres (médecins et psychologues) et chefs de clinique SUPEA intéressés.

JEUDI 5 JUILLET 2001

14 h 15-15 h 45: Séminaire universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – D^r O. Bonard: «Au delà du principe de plaisir» – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A, Renseignements et inscription: tél. 021/314 19 60.
14 h 30-18 h: Colloque ORL – D^r R. Maire: «Pièges en audiométrie clinique» – CHUV, auditoire 4 Matthias-Mayor, NH 08 – Renseignements: D^r L. Bron, tél. 021/314 11 11.

VENDREDI 6 ET SAMEDI 7 JUILLET 2001

8 h 30-17 h 30: Séminaire ouvert aux psychiatres, psychothérapeutes et aux médecins installés – «Aspects biologiques et psychanalytiques dans le traitement des troubles de l'humeur» – Lausanne, Centre de consultations de Sévelin, av.

Sévelin 18 – Renseignements et inscriptions (avant le 25 juin): CEPP, M^{me} L.-E. Ruchti, tél. 021/316 79 75 ou e-mail: Louise-edith.ruchti@inst.hospvd.ch

MARDI 10 JUILLET 2001

17 h: Colloque de la Division d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme – D^r A.-M. Salinas: «Evaluation clinique de la glande thyroïde et dosage de la TSH et de la T4 libre chez la femme enceinte de niveau socio-économique bas, vivant à 4100 m d'altitude» – CHUV, séminaire n° 301, BH-10 - Renseignements: tél. 021/314 05 96.

DIMANCHE 29 AU MARDI 31 JUILLET 2001

Séminaire de formation pour professionnel-le-s – D^r V. Klein Ph.D.: «Anatomie de la violence, intervention et prévention» – Puidoux, Crêt Bérard – Renseignements et inscription (avant le 25 juin 2001): Faire le pas, tél. 021/329 19 19. www.fairelepas.ch

JEUDI 6 SEPTEMBRE 2001

14 h-17 h 30: Formation continue en maladies infectieuses – «Controverses actuelles selon l'emploi des vaccins» – CHUV, Lausanne – Renseignements: tél. 021/964 12 05.

JEUDI 13 SEPTEMBRE 2001

14 h 15-15 h 45: Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – D^r O. Bonard: «De quelques mécanismes névrotiques dans la jalousie, la paranoïa et l'homosexualité» – Lausanne, Consultation du Bugnon, Rue du Bugnon 23A, 1^{er} étage – Renseignements et inscriptions: tél. 021/314 19 53.

VENDREDI 14 SEPTEMBRE 2001

Séminaire – «Workshop incontinence anale» – CHUV, auditoire César-Roux - Renseignements et inscriptions: M. Herranz, tél. 021/314 07 01 ou e-mail: Maribelle.Herranz@hospvd.ch.

MARDI 18 SEPTEMBRE 2001

18 h 30: Colloque hospitalo-régional de Morges – Professeur G. Pantaleo: «Progrès récents dans la pathogenèse de l'infection du VIH: implications cliniques» – Morges, Hôpital de Morges, Auditoire de l'ESIM.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 24 septembre et le 12 octobre 2001: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 20 août 2001.

Votre administration



Mettez le turbo à l'administration de votre cabinet et réduisez immédiatement vos dépenses. En professionnalisant la gestion de vos débiteurs vous provoquez un paiement plus rapide de vos notes d'honoraires, le délai d'acquittement s'en trouvera ainsi grandement amélioré. La Caisse des Médecins met à votre disposition les logiciels nécessaires. Cette offre intéressante, vous ne la trouverez qu'à la Caisse des Médecins.

Plus rapide, meilleur, plus simple – avec la Caisse des Médecins



ÄRZTEKASSE



CAISSE DES MÉDECINS

CASSA DEI MEDICI

Route de Jussy 29 · 1226 Thônex GE
 tél. 022 869 45 50 · fax 022 869 45 01
www.caisse-des-medecins.ch
direction04@caisse-des-medecins.ch

innovant

PressTab – développé pour abaisser spécifiquement l'hypertension artérielle

admis aux caisses



Enatec® PressTab

Enalapril

- 2 possibilités posologiques sous une seule forme!
- Facilement sécable – une légère pression suffit.

mepha



Okay avec les génériques Mepha

Enatec® 5 / 10 / 20

C: Enatec® 5, 10, 20 contiennent resp. 5 mg, 10 mg et 20 mg de maléate d'énalapril. I: Tous les degrés de l'hypertension essentielle, hypertension réno-vasculaire, insuffisance cardiaque symptomatique. Dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique avec fraction d'éjection < 35%, prévention de l'insuffisance cardiaque symptomatique. P: Posologie usuelle: Hypertension: dose initiale 10 mg 1 x par jour pour une hypertension légère, autres stades 20 mg par jour. Dose maximale 40 mg par jour. Dose d'entretien 20 mg 1 x par jour. Hypertension réno-vasculaire: dose initiale 5 mg ou moins. Adaptation de la dose aux besoins du patient, la plupart du temps 20 mg 1 x par jour. Insuffisance cardiaque symptomatique, dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique: dose initiale 2.5 mg par jour. Augmentation en 2-4 semaines jusqu'à 20 mg par jour. Posologie spéciale chez le vieillard, lors d'un traitement parallèle par diurétiques, dans l'insuffisance rénale: v. Compendium Suisse des Médicaments. CI: Hypersensibilité à l'égard de l'énalapril ou des autres constituants. Anamnèse d'œdème angioneurotique après administration d'inhibiteurs de l'ECA. Grossesse. **Effets indésirables**: Vertige, céphalée, toux, fatigue, asthénie. Hypotension (orthostatique), syncope, nausée, diarrhée, crampes musculaires, exanthèmes. Anomalies de la fonction rénale, insuffisance rénale, oligurie. Réactions d'hypersensibilité, œdème angioneurotique. Très rares: Infarctus du myocarde, accident cérébro-vasculaire, douleurs thoraciques, palpitations, arythmies, angor. Troubles digestifs, nerveux psychiques, respiratoires, cutanés. Impuissance, érythème, dysgueusie, acouphènes, glossite, troubles visuels, diminution de la libido, sécheresse buccale. Altération d'examens de laboratoire standards. **Interactions**: Autres antihypertenseurs, bêta-bloquants, méthylodopa, antagonistes du calcium: potentialisation de l'effet hypotenseur. Potassium et diurétiques à épargne potassique: ascension de la kaliémie. Lithium: diminution de l'excrétion de lithium. Insuline, antidiabétiques oraux: réactions hypoglycémiques. AINS: atténuation de l'effet hypotenseur d'Enatec®. Liste: B. Pour les informations complètes, voir le Compendium Suisse des Médicaments.

Vous trouverez d'autres informations sur Enatec® à l'adresse de notre Service Littérature: medizinschweiz@mepha.ch

Mepha Pharma SA, CH-4147 Aesch/BL, Tél. 061/705 43 43, Fax 061/705 43 85, www.mepha.ch