

**VEILLE**

**Réseaux de soins intégrés:  
deux pas en avant, un pas en arrière**

*Par Sandra Spagnol, juriste à l'ARTIAS*

*Juin 2011*

Le Conseil des Etats persiste et signe: il refuse d'obliger les caisses-maladie à garantir aux assuré-es l'accès à un réseau de soins intégrés (RSI). Durant cette session d'été, la Chambre des Cantons a toutefois consenti à ce que le Conseil fédéral puisse forcer la main aux caisses si celles-ci n'étoffaient pas l'offre d'une manière satisfaisante dans un délai de cinq ans. Le Conseil national a, lui, par deux fois déjà, affirmé sa volonté de contraindre les caisses.

Autre point de divergence entre les deux Chambres: les incitations financières nécessaires à rendre lesdits réseaux de soins attractifs sachant que l'objectif du Conseil fédéral est de faire adhérer quelque 60% des assuré-es dans un RSI et de réaliser ainsi une économie d'environ un milliard de francs par an. Le Conseil des Etats a fixé la quote-part (part des factures payées par l'assuré-e une fois sa franchise atteinte) à respectivement 7,5% et 15% selon que les assuré-es rejoignent, ou non, un réseau – elle est actuellement fixée à 10%. Ces taux ont été jugés trop bas pour certain-es élu-es qui ont craint, ce faisant, des hausses de primes. Pour rappel, en mars de cette année, le National avait arrêté la quote-part à respectivement 10% et 20%.

Mais les deux Chambres divergent aussi quant à la participation financière qui serait due par les assuré-es selon qu'ils adhèrent, ou non, à un RSI. Le Conseil des Etats s'est dit favorable à inscrire dans la loi les plafonds respectifs annuels de 500 francs et 1'000 francs (700 francs actuellement). Le National, lui, a refusé jusqu'ici de fixer dans la loi un montant maximal pour la participation aux coûts.

## **1. Position de la Fédération suisse des patients**

La Fédération suisse des patients – qui regroupe quelque 5'000 membres et dont le siège romand est à Fribourg - soutient le développement des réseaux de soins intégrés. Pour son vice-président, le conseiller national Jean-François Steiert, ces réseaux qui regroupent en principe divers praticien-nes sont gages d'amélioration de la qualité des soins. Notamment parce qu'ils instaurent une meilleure collaboration entre prestataires de soins et, partant, une meilleure disponibilité. La fédération est d'avis qu'il faut abandonner l'idée du médecin solitaire, qui se sacrifie jour et nuit, 365 jours par an pour ses patient-es. Le développement des réseaux de soins permettra au contraire de décharger quelque peu les prestataires de soins en ce qu'ils pourront, notamment, confronter leur avis à celui d'autres collègues. Ce qui, au final, sera bénéfique également pour les patient-es.

Sur un plan économique, les RSI peuvent également contribuer à réduire les coûts. Dès lors que l'assuré-e doit toujours s'adresser en premier lieu au médecin de famille du réseau, ils permettent par exemple d'éviter que les personnes ne se rendent aux urgences pour des cas bagatelles.

Pour autant, la Fédération suisse des patients est d'avis qu'un réseau de soins ne doit pas offrir le même profil selon qu'il est situé dans une ville ou dans une zone rurale. Ainsi un réseau regroupant un seul médecin est concevable en certaines régions de campagne dès lors que le ou la praticienne est amenée à collaborer avec d'autres collègues et à travailler avec d'autres soignant-es. De nombreux actes peuvent par exemple être effectués par des infirmier-ières.

Pour étayer son soutien aux RSI, la Fédération suisse des patients s'appuie notamment sur l'expérience suisse alémanique, région où les RSI sont mieux développés qu'en région latine. D'une manière générale, elle y observe une majorité de médecins qui collaborent, qui se forment. Elle reste toutefois prudente: elle a conscience que les RSI vivent encore une phase pilote et que, dès lors, tant les praticien-nes que les caisses-maladie ont tout intérêt à se montrer disponibles et... conciliants. Car la coresponsabilité financière est l'une des pierres angulaires des RSI.

### **1.1. Avantages et désavantages de la coresponsabilité financière**

La coresponsabilité financière est en effet au cœur des RSI. Pourrait-elle parfois induire les fournisseurs de soins à restreindre certains actes ou traitements? Positivement, la Fédération suisse des patients voit dans cette responsabilité partagée la possibilité pour le ou la praticien-ne de proposer des traitements hors catalogue, soit hors de l'assurance obligatoire des soins. Ce qu'il ne peut pas faire aujourd'hui.

Mais l'obligation de tenir un budget peut aussi avoir ses contre-indications. Indéniablement, le risque existe que les médecins affiliés à un RSI réduisent le temps d'écoute... Pour éviter cela, la Fédération suisse des patients défend l'option politique du Conseil fédéral, qui postule qu'environ 2/3 des assuré-es soient affilié-es à un RSI. Lesquels réseaux devraient à terme devenir le modèle standard, ainsi que le préconise le gouvernement. La fédération est d'avis que cette proportion est réaliste. Mais aussi souhaitable, si l'on veut éviter que les RSI ne deviennent l'apanage des jeunes, hommes en particulier, en bonne santé.

### **1.2. Incitations financières**

Pour encourager le plus grand nombre d'assuré-es à opter pour un RSI, l'association faitière des patients estime qu'une incitation financière est essentielle. Elle n'est pas favorable dès lors au projet défendu par le Conseil national. En exigeant des assuré-es une participation financière de 10% ou de 20% selon qu'ils ou elles adhèrent, ou non, à un réseau de soins, la fédération estime que le projet ne respecte pas la neutralité financière. En clair, à ses yeux, il ne s'agit ni plus ni moins que d'un transfert de charges sur les patient-es. Dans cette hypothèse, la Fédération suisse des patients – soutenue notamment par la gauche – a d'ores et déjà brandi la menace du référendum.

La fédération soutient pour sa part une quote-part réduite à 5% pour les personnes qui choisiraient d'adhérer à un RSI, éventuellement à 7,5%, contre 15% pour les autres, en prévoyant en outre une participation financière plus basse qu'actuellement dans un réseau.

Elle soutient évidemment un développement de l'offre des RSI, un vrai choix de l'assuré-e présupposant une offre en soins intégrés dans sa région. Pour autant, la fédération suisse des patients n'est pas favorable à contraindre les assureurs à offrir un RSI dans chacune des régions couvertes. Elle estime que l'impulsion doit revenir aux cantons. A ses yeux, dans le projet actuel, trop de pouvoir est donné aux assureurs de contracter ou non avec un réseau de soins.

## 2. Qu'est-ce qu'un réseau de soins intégrés?

La LAMal, entrée en vigueur le 1er janvier 1996, a institué les bases légales des formes particulières d'assurance. Dans son message concernant la révision de l'assurance-maladie (FF 1992 I 77), le Conseil fédéral espérant un effet modérateur sur les coûts a proposé d'inscrire définitivement les formes particulières d'assurance dans le nouveau droit, ce qui a été fait avec l'introduction de la LAMal, en vertu de l'art. 41 al. 4 LAMal.

Selon ledit article, l'assuré-e peut, en accord avec l'assureur, limiter son choix aux fournisseurs de prestations que l'assureur désigne en fonction de leurs prestations plus avantageuses. Dans ce cas, l'assureur ne prend en charge que les coûts des prestations prodiguées ou ordonnées par ces fournisseurs. Il est autorisé à réduire les primes des assurés qui optent pour un tel modèle (art. 62 al. 1 LAMal).

En peu de temps, les assureurs ont mis sur pied et offert à leurs assuré-es diverses formes particulières d'assurances basées sur ces dispositions. Ainsi,

- les HMO (Health maintenance organizations): soit des cabinets de groupe dans lesquels les médecins ont un statut d'employé-es et perçoivent un salaire fixe; les médecins responsables sont en outre intéressés aux résultats;
- dans les modèles «*médecin de famille*», la personne assurée choisit un médecin de famille dans une liste établie par l'assureur;
- dans les modèles PPO (Preferred provider organization), les assuré-es choisissent les fournisseurs de prestations dans une liste établie par l'assureur.

### 2.1. Constat

Après un début rapide, dû à la flambée des primes de l'assurance-maladie d'une part et à l'accroissement des offres des assureurs d'autre part, l'effectif des assuré-es ayant opté pour des formes particulières d'assurance s'est mis à stagner. Malgré une croissance avérée dans certaines régions du pays ces dernières années, la proportion de personnes ayant choisi d'adhérer à un réseau reste faible.

Selon le Conseil fédéral, deux raisons peuvent expliquer cette stagnation: les assuré-es sont peu enclins à se limiter dans le choix des fournisseurs de prestations. En outre, les assureurs n'ont que peu utilisé la marge de manœuvre très large que la LAMal leur laissait pour créer et promouvoir des modèles originaux de «*Managed care*». Le Conseil fédéral a estimé qu'il était indispensable dès lors de renforcer les incitations visant à promouvoir ces modèles.

### 2.2. L'échec de la 2e révision de la LAMal

C'est au cours des mêmes débats parlementaires qu'il a été proposé d'introduire un modèle dénommé «*réseau de soins coordonnés*» - aujourd'hui rebaptisé «*réseau de soins intégrés*». Les réseaux de ce type sont rattachés au concept de Managed care (MC) parce qu'ils constituent un système de soins uniforme et global, comprenant toute la chaîne de soins. La personne assurée doit toujours s'adresser en premier lieu au médecin de famille du réseau, qui la dirige, le cas échéant, vers d'autres membres de la chaîne thérapeutique.

Dans son message relatif à la 2e révision de la LAMal (FF 2001 693) – qui a finalement été mise en échec –, le Conseil fédéral avait proposé que les assureurs soient tenus d'offrir au moins une forme particulière d'assurance dans l'ensemble de leur rayon d'activité. Le but était d'une part de les inciter à proposer davantage de formes particulières d'assurance et d'autre part de sensibiliser les assuré-es à l'augmentation des coûts et de se décider pour une limitation du choix du fournisseur de prestations.

### **3. Pour le Conseil fédéral, les RSI doivent exister en parallèle à la forme classique de l'assurance-maladie obligatoire**

Dans le cadre de la révision partielle de la LAMal - qui est actuellement débattue devant les Chambres fédérales et qui concerne spécifiquement les RSI -, le Conseil fédéral estime que les formes particulières d'assurance doivent rester en vigueur parallèlement à la forme classique de l'assurance-maladie obligatoire (FF 2004 1366). Les RSI doivent en outre être clairement définis comme un type de formes particulières d'assurance et ancrés dans la loi (art. 41 let.c P-LAMal), indépendamment de la question de la liberté de contracter.

Le Conseil fédéral entend également améliorer les conditions-cadres des modèles de managed care. Il considère que la liberté de contracter liée à de fortes incitations est le moyen le plus approprié pour promouvoir ces modèles.

A ce titre, le Conseil fédéral est d'avis que les modèles de MC, dont les RSI, ne doivent pas être imposés aux assuré-es. De même, il convient de ne pas obliger tous les fournisseurs de prestations à collaborer au sein desdits réseaux, *«car la qualité des modèles de MC dépend dans une large mesure de l'échange d'expérience entre les fournisseurs de prestations au sein de ce qu'on appelle les cercles de qualité»*.

Enfin, et contrairement à l'idée émise lors de la révision avortée de la LAMal, le Conseil fédéral a renoncé dans l'actuel projet à obliger les assureurs à offrir des réseaux de soins. *«D'une part, les assureurs sont nettement désavantagés lors des négociations avec les fournisseurs de prestations parce que, contrairement à ces derniers, ils sont contraints de conclure un contrat prévoyant une responsabilité financière. D'autre part, cette obligation ne garantit pas que des modèles de managed care dignes de ce nom soient effectivement proposés partout. Au contraire, ils doivent être clairement définis comme un type de formes particulières d'assurance et ancrés dans la loi indépendamment de la question de la liberté de contracter»*.

Le moins que l'on puisse dire, c'est que la question d'obliger les caisses-maladie à garantir aux assuré-es l'accès à un réseau de soins intégrés divise les deux Chambres.