

Zeitschrift: Domaine public

Herausgeber: Domaine public

Band: - (2012)

Heft: 1954

Artikel: Les réseaux de soins conjuguent qualité et gestion optimale des ressources

Autor: Delley, Jean-Daniel

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1024607>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 14.03.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Les réseaux de soins conjuguent qualité et gestion optimale des ressources

Jean-Daniel Delley • 4 mai 2012 • URL: <http://www.domainepublic.ch/articles/20488>

Dix ans de débats parlementaires trouveront leur conclusion dans les urnes le 17 juin

Le modèle du réseau de soins n'est pas nouveau. Il fonctionne à satisfaction depuis une vingtaine d'année et regroupe aujourd'hui 1,3 million d'assurés dans une centaine de réseaux.

La révision de la loi sur l'assurance-maladie, attaquée en référendum, ne fait qu'entériner ce modèle tout en prévoyant une modeste incitation financière pour le rendre plus attractif aux yeux des assurés. Pourquoi donc ce projet suscite-il des oppositions?

Pour le corps médical et les soignants en général, le réseau de soins intégrés représente un véritable changement de paradigme. Dans le modèle libéral, le patient choisit librement son médecin, voire ses multiples thérapeutes. Il entretient plusieurs relations bilatérales avec son généraliste et divers spécialistes. Les prestations fournies sont remboursées par l'assurance de base. La logique économique de ce modèle valorise les maladies plutôt que la santé: la rémunération est fonction du nombre d'actes exécutés.

Dans le réseau de soins intégrés, le patient est pris en charge de manière à optimiser les ressources disponibles: tous les soignants du réseau coopèrent au traitement, c'est le règne du multilatéralisme. La collaboration et l'échange de savoir au sein d'une équipe doivent garantir une meilleure qualité des soins et même des économies grâce à la chasse aux doublons. Le budget négocié avec les assurances donne le cadre financier des rémunérations. Les dépenses dépassent-elles ce cadre, le réseau devra prendre en charge la moitié du dépassement, tout comme il encaissera la moitié d'un éventuel bénéfice: une incitation à éviter les actes superflus.

Ou la porte ouverte à une médecine au rabais, comme le prétendent les adversaires du projet? L'accusation ne tient pas puisque l'intérêt du réseau réside précisément dans la bonne santé de sa clientèle. Des traitements de mauvaise qualité péjorent l'état de santé des patients. Ils finissent par coûter cher aux assurances et à ternir la réputation du réseau. Les réseaux vont donc miser sur la qualité et même élargir l'offre de prestations remboursées au-delà de ce que permet l'assurance de

base (nutrition, médecines alternatives...); la nouvelle loi les y autorise. Tout comme elle leur facilite la prise en charge des cas lourds, en particuliers les malades chroniques: la compensation des risques entre assurances ne prendra plus seulement en compte l'âge et le sexe, mais également les séjours hospitaliers et la morbidité.

On comprend que les médecins spécialistes et les hôpitaux voient d'un mauvais oeil le rôle de pilote attribué aux réseaux. Il y perdront une partie de leur clientèle s'ils rechignent à passer contrat avec ces derniers.

Mais que viennent donc faire les syndicats et la gauche dans cette galère d'oppositions très intéressées? Les assurances sortent affaiblies de cette révision. D'une part elles devront abandonner la gestion des réseaux de soins et renoncer à toute participation financière dans ce secteur: à chacun son travail. D'autre part elles seront confrontées à des partenaires puissants – des réseaux de plusieurs milliers de patients – capables de négocier d'égal à égal.

Certes dans ce système le libre choix absolu du médecin disparaît. Mais dans

un réseau qui devrait regrouper plusieurs dizaines voire plus de cent fournisseurs de prestations, le soignant ne sera pas pour autant imposé au patient. Et un réseau n'aura aucun intérêt à refuser à l'un de ses patients de continuer à recourir à un spécialiste qui le suit de longue date.

L'incitation au développement des réseaux n'empêchera pas les assurés qui le veulent de s'en tenir au libre choix complet. Il leur en coûtera une participation annuelle aux frais de de 1000 francs au maximum, soit 300

francs de plus qu'actuellement. Il n'y a pas là matière à une opposition frontale de la gauche, qui semble avoir opté pour la politique du pire en vue de favoriser son initiative pour une caisse maladie unique.

Le modèle du réseau de soins a fait l'objet de débats parlementaires depuis une décennie. Le compromis réalisé n'est certainement pas parfait. On aurait pu choisir d'obliger les caisses à contracter avec les réseaux, comme c'est le cas avec les médecins indépendants. Plutôt que de faire porter le

poids des incitations financières aux assurés partisans d'une médecine libérale, on aurait pu imaginer une diminution des tarifs pour les soignants réfractaires au travail en réseau. Mais un échec du projet retarderait de plusieurs années le développement d'un modèle qui répond au besoin de coordonner et d'optimiser les interventions d'une médecine moderne toujours plus complexe. Un modèle qui conjugue les exigences d'économicité et de qualité.

Vaud: pénurie de logements, abondance de remèdes

Albert Tille • 6 mai 2012 • URL: <http://www.domainepublic.ch/articles/20495>

Un tout d'horizon des propositions et enjeux

La population vaudoise a augmenté de 100'000 habitants en dix ans et la construction de logements est loin de suivre une telle croissance.

La thésaurisation du sol n'est pas étrangère au problème, affirme la commission de gestion du Grand Conseil dans son rapport annuel⁶ (p. 90). Pour contribuer à le résoudre, elle suggère au gouvernement une mesure en vigueur dans le canton de Fribourg. Lorsqu'un terrain change d'affectation, passant par exemple de zone agricole en zone à bâtir, le

propriétaire a dix ans pour construire. Passé ce délai, le changement d'affectation est annulé.

Ce souhait de la commission est le dernier en date d'une série de remèdes présentés pour résoudre une pénurie particulièrement sévère en région lémanique.

L'association des locataires a ouvert les feux en lançant une initiative populaire (DP 1907⁷). Selon ce texte, les communes ont l'obligation d'investir 20 francs par habitant pour la construction des logements à loyer modéré, sur leur territoire ou en collaboration avec d'autres communes. Elles ont en outre le droit d'exproprier les

terrains nécessaires.

De son côté, le Conseil d'Etat propose une importante modification⁸ de la loi sur l'aménagement du territoire. Fidèle à sa politique de frein à l'éparpillement des constructions et au mitage du sol, il entend densifier les centres urbains. Pour combattre la thésaurisation du sol, qui touche deux-tiers des surfaces constructibles, il voulait, dans un premier temps, introduire un clair droit d'emption permettant aux collectivités publiques d'acheter, au prix du marché, des terrains situés en zone à bâtir mais trop longtemps non construits. Vivement