



Le Dr Philippe Schaller constate que le système actuel n'incite pas les hôpitaux à inscrire la médecine ambulatoire «privée» dans leur stratégie de soins.

Soins intégrés

«Une chance pour le système de santé»

Après une formation en gestion des systèmes de santé au Québec, le Dr Philippe Schaller a participé à la création du réseau de soins Delta à Genève en 1992 et bénéficie d'une excellente expertise dans les organisations de soins intégrés. – Interview par Laurent Aubert

Quelles réflexions vous inspirent le débat actuel sur les soins intégrés?

L'intégration des soins, c'est-à-dire la mise en réseau des différents professionnels et institutions, est une nécessité en raison des changements épidémiologiques liés au vieillissement de la population et de l'augmentation rapide des patients souffrant de maladies chroniques. Notre système de santé peine à développer des stratégies d'intervention partagée, des actions coordonnées ainsi qu'une bonne circulation de l'information entre les secteurs ambulatoire et hospitalier. Les hôpitaux, publics et privés, ont, dans le contexte actuel, un rôle important à jouer, pour participer au changement et pour engager le débat, au niveau régional, avec les autres acteurs dans une perspecti-

ve de qualité et d'abaissement des coûts. Mais, actuellement, il n'y a pas de réels incitatifs à inclure la médecine ambulatoire «privée» dans leur stratégie de soins. Les deux secteurs évoluent dans un environnement fortement cloisonné et ne sont pas poussés à chercher des collaborations.

Au stade actuel, la révision de la LAMal sur les soins intégrés laisse une très grande latitude dans l'organisation des réseaux. Qu'en pensez-vous?

Je pense qu'un réseau, pour être fonctionnel et apporter de l'efficacité, doit atteindre une certaine taille critique et se développer, de préférence, au sein d'un bassin de population. Il est possible ainsi de définir quels sont les besoins de cette population et de

développer des processus de soins adéquats. Actuellement, mon expérience, dans le cadre de la LAMal, se base sur le développement du réseau de soins Delta – qui regroupe 160 médecins et une quarantaine de pharmacies pour une population de 60 000 assurés. Grâce à sa taille, ce réseau a pu développer des programmes de «disease management» pour les personnes souffrant de diabète, d'asthme, d'insuffisance cardiaque. Il propose aussi des activités de prévention, notamment un projet de prévention des chutes pour les seniors.

Le rôle des hôpitaux dans les soins intégrés est disputé. Qu'en pensez-vous?

Les réseaux ne peuvent pas se développer sans la collaboration étroite des hôpitaux

privés et publics. L'hôpital est la composante à haute technologie du réseau, l'autre étant le médecin traitant qui accompagne son patient chronique ou complexe et assure le continuum des soins. L'intérêt majeur d'un réseau de soins intégrés est bien de développer cette collaboration Ville-hôpital. Certes, on n'a pas attendu l'avènement des réseaux, mais le fait que le réseau a la responsabilité budgétaire sur la totalité de la chaîne des soins incite à trouver les meilleures collaborations pour éviter les hospitalisations inappropriées et les journées non justifiées. Le réseau va devoir formaliser ce qui, à ce jour, dépendait de la responsabilité individuelle de chaque professionnel.

Justement, comment cela se concrétise-t-il dans la pratique?

Prenons un exemple à Genève. Chaque année, 400 insuffisants cardiaques sont hospitalisés aux HUG. A l'issue du traitement aigu, ils sont pris en charge en ambulatoire. Or, 20% d'entre eux doivent être réhospitalisés dans le mois qui suit, ce qui correspond aux données internationales. Lorsque l'on étudie de plus près les raisons de ces réhospitalisations précoces, on peut objectiver un certain nombre de procédures qui ne sont pas optimales dans les domaines de la circulation de l'information entre l'hôpital et les intervenants ambulatoires. L'enseignement thérapeutique du patient et son suivi à domicile interpelle aussi notre système de prise en charge des patients chroniques. Le constat est parfois sévère. Certains patients continuent à prendre les médicaments qui leur étaient prescrits par leur médecin de famille avant l'hospitalisation – alors que le traitement à la sortie de l'hôpital n'est pas le même qu'à l'entrée. Ou, malgré des signes de décompensation cardiaque, le patient tarde à recontacter son médecin traitant. Ou encore, les consignes transmises aux infirmières à domicile restent parfois sommaires. Ce type de problématique se retrouve au sein de tous les systèmes de santé, mais ceux qui ont développé des outils d'intégration des soins diminuent nettement les réhospitalisations.

Quelle va être alors l'action du réseau?

Dans cet exemple, le réseau va développer des passerelles et des modes nouveaux de collaboration. Une «réconciliation thérapeutique» sera systématiquement établie entre le pharmacien de ville et le pharma-

cieu de l'hôpital afin de garantir la continuité du traitement médicamenteux. Une infirmière va rencontrer, avant la sortie de l'hôpital, le patient et lui donner des informations ciblées sur sa maladie, la manière de prévenir les rechutes. Avec l'accord du patient, cette infirmière va relever divers paramètres à domicile et suivre ainsi de manière plus «serrée» et systématique l'évolution clinique. Le médecin traitant recevra des informations pertinentes et pourra intervenir, si nécessaire, afin d'éviter une nouvelle hospitalisation.

En vous basant sur l'expérience de Delta, à combien évaluez-vous l'économie réalisable grâce aux soins intégrés?

Plusieurs études, financées par des fonds de recherche et la Confédération ont démontré que les réseaux de soins en Suisse avec responsabilité budgétaire peuvent faire des économies de l'ordre de 12 à 20%. Delta arrive à 18%, dans le cadre d'un budget établi sur une compensation des risques basée sur la prise en charge des maladies chroniques. Ces montants sont considérables. Mais pour que ces résultats soient robustes dans la durée, il est nécessaire de développer des soins ambulatoires fortement organisés et performants. Sans une implication des acteurs publics en collaboration avec la médecine de ville, les réseaux intégrés ne pourront pas se développer et le potentiel d'économie restera modeste.

«Il est nécessaire de développer des soins ambulatoires fortement organisés et performants.»

Comment fonctionne le financement par capitation mis en œuvre par Delta?

Nous avons différents modèles selon les assurances. Avec la CSS par exemple, le budget est établi selon les coûts prospectifs de tous les assurés. Cette capitation prend en compte non seulement l'âge et le sexe, mais aussi des paramètres comme les différentes classes de médicaments prescrits, la franchise choisie, les hospitalisations antérieures. A partir de ce budget, nous convenons avec les assurances partenaires d'un objectif d'économie basé sur les résultats des années précédentes. La marge bénéficiaire obtenue en fin d'année nous permet d'investir



Dr Philippe Schaller, Directeur médical et administratif du Réseau de soins Delta, Onex, Genève; 022 879 50 75, schaller@gmo.ch
www.philippe-schaller.ch

Managed Care: eine Chance

Mit seinen 20 Jahren Erfahrung kennt der Genfer Philippe Schaller die integrierte Versorgung als Insider. Er hat das Gesundheitsnetz Delta, das 160 Ärzte und 40 Apotheken umfasst, 1992 gegründet. Er ist überzeugt, dass die Haushaltverantwortung für die ganze Versorgungskette zu besseren Kollaborationen führt und damit unnötige Spitalaufenthalte vermeiden hilft: «Das Netz formalisiert das, was bis jetzt von der individuellen Verantwortung jedes Leistungserbringers abhing.» ■

dans les outils de gestion du réseau, la formation des professionnels ainsi que des programmes de prévention.

Comment le réseau fait-il face aux coûts parfois gigantesques générés par un assuré frappé soudain d'une maladie grave mais imprévisible?

Dans tous les contrats de capitation, un système de réassurance interne ou externe est prévu pour les «gros risques». Au-delà d'un montant de Fr 20 000.– par situation clinique lourde, l'assurance prend les frais en charge. De cette manière, il n'existe aucun incitatif à hospitaliser un patient aux coûts ambulatoires élevés, ni à éviter des traitements coûteux. Cette collaboration avec les caisses maladie a toujours été loyale et basée sur la compréhension. Au final, les relations développées grâce au Managed Care ont été pour moi un élément de surprise et de grande satisfaction professionnelle. ■