

Le modèle de l'interlocuteur/interlocutrice personnel de santé (IPS)

Une réforme nécessaire pour garantir la qualité et l'efficacité des prestations de base ambulatoires

Commentaires

Le modèle de l'interlocuteur/interlocutrice personnel de santé (IPS) est une proposition de réforme soutenue par les organisations suivantes :

- *Association suisse des médecins-assistant(e)s et des chef(fe)s de clinique (ASMAC)*
- *Syndicat suisse des services publics (ssp)*
- *Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI)*
- *Fédération suisse des associations professionnelles du domaine de la santé (FSAS)*
- *Association suisse des ergothérapeutes (ASE)*
- *Union syndicale suisse (USS)*
- *Association des médecins indépendants (VUA)*
- *Fédération suisse des sages-femmes (FSSF)*
- *physioswiss*

La prise en charge globale menacée

Ces dernières années, la diversification et les spécialisations ont considérablement augmenté dans le domaine médical et de prestation des soins. Corrélativement, les besoins d'une vision d'ensemble, d'une coordination des différentes phases du traitement et de garantie d'une approche globale n'ont cessé de croître, afin que les patient(e)s soient pris en considération sous tous leurs aspects. Traditionnellement, ces fonctions sont assumées par les médecins de famille. Il est donc particulièrement inquiétant que ceux-ci aient perdu en importance ces dernières années et que menace un manque de médecins généralistes.

L'absence d'une fourniture de soins globale a pour conséquence une répétition d'examens aux méthodes similaires (p. ex. les radiographies), des traitements thérapeutiques non coordonnés, des investigations inutiles et quelquefois même des thérapies et des actes inappropriés. Les prestataires peu rigoureux, moins attachés à viser un traitement optimal qu'à augmenter le plus possible leur chiffre d'affaires et leurs profits, ont ainsi la partie facile. Tout cela débouche sur des coûts inutiles et des charges superflues pour les patient(e)s. Si l'on ne donne pas un coup de barre, ces évolutions vont se renforcer à l'avenir, car les hôpitaux, poussés dans ce sens par l'introduction actuelle des forfaits par cas, sont en train de chercher à se débarrasser le plus rapidement possible des malades. Ceci ne fait qu'accroître les exigences en matière de coordination et de vue d'ensemble (p. ex. clarification concernant les possibilités de prise en charge à domicile, transmission des informations médicalement pertinentes, etc.).

Pour ces motifs, un fort besoin d'agir existe en ce qui concerne la garantie de soins de base globaux.

Les questions ouvertes de la politique de santé : le diktat des caisses s'impose toujours plus !

La politique suisse de la santé est actuellement pleine de questions ouvertes en relation avec cette crise latente des soins de premier recours. Le moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets de médecin — introduit par crainte d'une vague de médecins venant s'établir à la faveur de la libre circulation des personnes — est passé largement à côté de son objectif et sera définitivement levé à fin 2009. Il a entraîné des conséquences paradoxales et intenable : de très nombreux cabinets médicaux sont aujourd'hui vendus au plus offrant à des prix surfaits, car la reprise d'un cabinet permet d'acquérir l'autorisation de

pratiquer qui lui est liée. Les acheteurs sont très souvent des médecins établis en provenance de l'étranger. En revanche, les jeunes praticiens formés en Suisse n'arrivent pas à s'établir, ne pouvant s'offrir cette installation au prix fort.

Actuellement, les Chambres fédérales discutent de l'avenir des modèles de Managed Care (soins intégrés). Nombre de ces modèles entraînent de sérieux inconvénients. Ils se basent sur des contrats particuliers entre les caisses-maladie et des réseaux de médecins. En outre, il est prévu de transférer la responsabilité budgétaire aux réseaux de médecins. Ils peuvent faire du profit lorsque leurs charges d'exploitation restent en dessous du budget annuel. Les dépassements sont en revanche à leurs frais. Une règle qui renforcera la propension à économiser au détriment de la qualité des soins donnés aux patient(e)s. L'analgésique supplantera la physiothérapie indiquée et le calmant la psychothérapie appropriée.

Les modèles de Managed Care contrôlés par les caisses-maladie sont aussi problématiques en raison de leur opacité rapidement croissante et du pouvoir de contrôle qu'ils octroient aux caisses. Les réseaux de médecins mal vus par les caisses pourraient être menacés de rupture de contrat, par exemple, lorsque, de l'avis des caisses, les coûts des traitements seraient trop élevés. C'est ce qui s'est déjà passé dans le cas du réseau pionnier Wintinet.

La suppression de l'obligation de contracter est aussi en débat. Les caisses-maladie veulent pouvoir choisir librement avec quels fournisseurs de prestations elles concluent des contrats et avec lesquels elles ne le feront pas. Ce qui aurait pour effet de donner aux caisses, acteur uniquement mû par des motifs économiques, un pouvoir d'orientation et de contrôle central, avec des conséquences imprévisibles pour l'égalité de traitement des patient(e)s et pour la qualité des soins de base. En outre, les caisses pourraient encourager – encore plus qu'elles ne le font aujourd'hui – les caisses bon marché problématiques.

Modèle de l'interlocuteur/interlocutrice personnel de santé (IPS) : caractéristiques et objectifs

Ce modèle représente une réponse appropriée à la crise de la médecine de famille décrite en introduction. En même temps, c'est une solution globale — respectant dans une mesure équilibrée les exigences de qualité et d'efficacité – aux questions de la politique de santé encore ouvertes, évoquées ci-dessus. Il remplace le moratoire sur l'ouverture de nouveaux cabinets, matérialise un modèle équitable contraignant et rend superflue la discussion sur la suppression ou non de l'obligation de contracter.

Au coeur de ce modèle figure donc l'IPS, qui fournit les soins primaires dans le cadre de la médecine de famille, se charge d'adresser le ou la patient(e) à d'autres fournisseurs de prestations et conserve, ce faisant, une vue d'ensemble sur la chaîne thérapeutique. Tous et toutes les assuré(e)s ont le libre choix de leur IPG et disposent, en cas de nécessité, d'un droit à un deuxième avis médical. Les cantons ont la responsabilité de mettre en place un réseau national d'offres généralisées d'IPS.

Cela renforcera de manière décisive l'approche globale des soins de base reposant sur la médecine générale. Tous et toutes les assuré(e)s bénéficieront de prestations de même niveau qualitatif. Le libre choix du médecin et donc la souveraineté des assuré(e)s seront garantis. Une division des prestations de base avec d'un côté, un réseau bon marché et de l'autre, une variante plus chère avec libre choix du médecin est ainsi écartée. L'élimination des actes redondants et des traitements superflus permettra de réduire les coûts sans toucher à la qualité des soins.

Le modèle en détail

1. Tout(e) assuré(e) désigne un ou une interlocuteur/interlocutrice personnel (IPS). Ce choix est fait librement. Un changement d'IPS est possible en tout temps.
2. Font office d'IPS les cabinets de médecin de famille ou de pédiatre, les cabinets groupés, les services ambulatoires et les autres réseaux dirigés par des médecins à même d'assurer avec compétence la fourniture de prestations diagnostiques, thérapeutiques et de soins primaires et de base et la continuité de l'assistance. L'IPS coordonne les formes de traitement et tient un dossier médical complet par patient(e).
3. Les prestations fournies par les IPS sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) si les médecins qui y travaillent remplissent les critères suivants de manière exhaustive :
 - titre de spécialiste en médecine générale, en médecine interne ou en pédiatrie générale ou médecins spécialistes ayant fourni durant les cinq dernières années principalement des prestations de soins de base ;
 - preuve du suivi de la formation continue dans la spécialité ;
 - formation continue en économie de la santé (efficacité des soins) ;
 - appartenance à un réseau de médecins (sans responsabilité budgétaire) qui se consacre aussi à la garantie de la qualité ;
 - orientation axée sur les recommandations de traitement des sociétés de discipline médicale.
4. L'IPS assure les délégations aux spécialistes et aux autres fournisseurs de prestations reconnus. Les prestations de spécialistes sont prises en charge par l'AOS lorsque celles-ci sont fournies sur demande des IPS. Les patient(e)s choisissent les autres fournisseurs de prestations en accord avec leur IPS.
5. Dans certains cas exceptionnels bien définis, un médecin spécialiste peut faire office d'IPS. Il doit alors remplir également par analogie les critères mentionnés au point 3. Des dispositions plus précises seront fixées par voie d'ordonnance.
6. Pour être reconnues par l'AOS, les prestations des hôpitaux (à l'exception des services ambulatoires ayant pour mandat la médecine de premier recours) doivent être fournies sur demande d'un ou d'une IPS ou en raison d'une situation d'urgence.
7. Les assuré(e)s de base ont un accès direct aux examens périodiques de routine et de dépistage indemnisés par l'AOS (gynécologues, obstétriciens et sages-femmes, oculistes, etc.), aux prestations en cas de maternité, aux prestations des chiropraticiens et aux soins psychiatriques sans que la délégation d'un ou d'une IPS soit nécessaire. Le Conseil fédéral désigne les prestations et les fournisseurs de prestations pour lesquels l'accès direct est admis.
8. Tous les fournisseurs de prestations sont tenus de transmettre à l'IPS les informations nécessaires à la gestion des dossiers. Les patient(e)s peuvent refuser leur accord à ce transfert sous leur propre responsabilité. La protection des données est garantie.
9. Tout(e) patient(e) peut en accord avec son ou sa IPS solliciter un deuxième avis à la charge de l'AOS.
10. Les cantons sont responsables pour la sécurité de l'approvisionnement en médecine de ville et garantissent une offre généralisée en IPS. Ils accèdent les IPS sur la base des critères mentionnés au point 3. L'accréditation ne peut être refusée ou retirée que pour des raisons d'insuffisance qualitative. Il est possible de faire opposition à tout refus ou retrait.

11. La Confédération collabore avec les IPS s'agissant des programmes de prévention, d'information, de promotion de la santé et de soins.

Questions fréquemment posées

Le modèle de l'IPS fonctionne sans recourir à des incitations financières (la responsabilité budgétaire, p. ex.). Ne lui manque-t-il ainsi pas les instruments d'une gestion économie des coûts ?

L'introduction dans tout le pays des IPS crée les conditions pour supprimer les actes redondants, éliminer les examens inutiles et les coûts dus à un manque de coordination. Les spécialistes estiment que les économies ainsi réalisées sont d'environ 20 % (Berchthold/Hess : Evidenz für Managed Care (résumé en français), OBSAN, Document de travail 16, 2006). Les IPS seront en outre tenus de se former continuellement en matière d'économie de la santé.

Les économies ne doivent toutefois pas devenir un but en soi, car elles se font alors au détriment de la qualité des soins. Les incitations purement économiques sont donc toujours problématiques. Nous rejetons en conséquence la responsabilité budgétaire.

Le recours à un(e) spécialiste ne peut se faire sans passer par un(e) IPS. Cela ne revient-il pas à supprimer le libre choix du médecin ?

Non, le ou la patient(e) pourra choisir aussi bien le prestataire de soins de base que le médecin spécialiste. L'objectif du modèle de l'IPS est le suivi global, afin d'éviter des prestations lacunaires et des investigations inutiles. Par exemple, les douleurs peuvent avoir des causes très différentes, qui ne sont pas toujours en lien avec l'endroit où elles se manifestent. Cela, un prestataire de soins de base s'en rendra généralement compte rapidement. C'est la raison pour laquelle la délégation d'un(e) patient(e) à un spécialiste doit en règle générale se faire par l'IPS ; cela, d'entente avec le ou la patient(e). Cette procédure, aussi appelée « gatekeeping », ne se justifie pas dans toutes les situations. C'est la raison pour laquelle notre modèle prévoit un accès direct lors d'examens périodiques de routine ou de prévention (p. ex. en gynécologie et obstétrique, sages-femmes incluses, ophtalmologie), pour toutes les prestations liées à la maternité, pour les prestations en chiropractie et pour les soins psychiatriques. Dans ces cas, l'accord de l'IPS n'est pas nécessaire.

Le libre choix du médecin reste garanti. Les patient(e)s qui ont choisi un spécialiste donné peuvent bien évidemment en parler avec leur IPS et devraient normalement être entendus. En cas de conflit, le ou la patient(e) peut librement changer d'IPS.

L'obligation de contracter est-elle maintenue dans le modèle de l'IPS ?

L'obligation de contracter subsiste totalement. Le modèle de l'IPS ne change rien au fait que les caisses collaborent avec tous les prestataires de soins qui répondent aux conditions légales et doivent se faire payer leurs prestations à un prix défini (Tarmed).

L'un des objectifs déclarés du modèle de l'IPS est de faire barrage à la suppression de l'obligation de contracter exigée par les caisses. Il faut empêcher que les caisses, animées par leur seule perspective économique, décident à quel médecin leurs assuré(e)s peuvent ou non accéder.

Qu'est-ce qui différencie le modèle de l'IPS de celui du médecin de famille ?

Le modèle de l'IPS et celui du médecin de famille possèdent quelques traits communs. Chaque IPS doit offrir des prestations de soins primaires et de base compétents et repose ainsi sur les compétences des médecins de famille. Mais, contrairement au modèle de médecin de famille pur, un(e) IPS peut aussi englober d'autres spécialistes et s'orienter vers des groupes de patient(e)s spécifiques, par exemple les personnes âgées nécessitant des soins. Dans certains cas précis (diabète, p. ex.), des exceptions permettront que des médecins spécialistes remplissent la fonction d'IPS.

Le modèle de l'IPS contient une série de dispositions concrètes qui vont plus loin que le modèle du médecin de famille. En fait partie, par exemple, l'obligation pour les IPS et les autres prestataires de former des réseaux orientés vers la qualité.

Est-ce que l'obligation de passer par un(e) IPS pour pouvoir consulter un(e) spécialiste n'est pas bureaucratique et coûteuse ?

Les premières investigations médicales réalisées dans une approche globale représentent un avantage d'un point de vue aussi bien thérapeutique qu'économique. D'expérience, on sait que 90 % de tous les traitements sont de toute façon prescrits par les prestataires de soins de base. Si toutefois l'accès au spécialiste ne nécessite pas d'investigation médicalement justifiée, alors un simple coup de fil à l'IPS suffit, par exemple en cas de réapparition d'un problème déjà diagnostiqué.

La délégation à un(e) spécialiste concerne l'ensemble du diagnostic. Si par exemple une patiente consulte un orthopédiste pour une douleur au pied et que ce dernier lui prescrit une physiothérapie, celle-ci sera suivie sans nouvelle consultation de l'IPS.

Que se passera-t-il avec les assuré(e)s qui n'auront pas fait le choix d'un(e) IPS ?

Ce genre d'assuré(e)s n'existera plus. Le choix d'un(e) IPS sera incontournable lorsqu'une maladie se déclarera. Pour de nombreuses personnes, il pourra alors être très important d'être pris en charge par un prestataire de santé qui se préoccupera de manière globale de leur guérison, intégrant aussi dans son approche leurs conditions de logement ou leur environnement culturel, par exemple.

Comment peut-on parvenir à une offre généralisée d'IPS ? Les cantons ne seront-ils pas surchargés ?

L'introduction du modèle de l'IPS renforcera la position de la médecine de famille et rendra cette activité de nouveau attractive, ce qui contrecarrera la menace de pénurie de médecins de famille. D'autres mesures dans le domaine de la formation des médecins seront nécessaires et pertinentes.

Les cantons n'interviendront ensuite que de manière subsidiaire, notamment lorsqu'un manque aigu sera manifeste dans une région donnée. Dans un cas de ce genre, le canton dispose d'un éventail de possibilités. Il peut créer des incitations pour l'un ou l'autre médecin, pour les amener à exercer dans la contrée concernée. Il peut chercher une solution par le biais des divisions ambulatoires des hôpitaux ou des cliniques. Il peut lui-même, ou en collaboration avec les communes concernées, ouvrir une consultation ambulatoire financée publiquement.

Dans chaque cas, il est important que les lacunes régionales dans l'offre de prestations ne soient pas purement et simplement avalisées, ce serait faire le pire choix.

Dans le modèle de l'IPS, quel rôle revient aux fournisseurs non médicaux de prestations et aux groupes professionnels ?

Chaque IPS doit offrir une médecine générale pratiquée par des médecins formés à cet effet. Les IPS sont en outre obligés de s'inscrire dans des réseaux professionnels.

Les IPS pourront prendre des formes différentes : cabinets individuels ou collectifs, réseaux de médecins, mais aussi centre de prestations combinées, intégrant les soins, la physiothérapie, l'ergothérapie, la psychothérapie, etc.

Les compétences actuellement en vigueur et leur répartition entre les différents groupes professionnels ne sont pas touchées par le modèle de l'IPS. Par exemple, les compétences des sages-femmes restent garanties en totalité.

Quelle est l'importance des réseaux de médecins dans le modèle de l'IPS ?

La mise en réseau et l'assurance de qualité sont aujourd'hui des conditions indispensables à un système de prise en charge qui soit au courant des dernières évolutions et puisse les mettre en pratique. Un(e) IPS doit donc être obligé de rallier un réseau de prestataires (sans responsabilité budgétaire), respectant les critères de l'assurance de qualité. Ces réseaux peuvent prendre des formes très diverses : de réseaux de qualité formés de médecins largement autonomes jusqu'aux réseaux hautement intégrés, regroupés dans des unités économiques.

Pourquoi le modèle de l'IPS remplace-t-il le moratoire sur l'ouverture des cabinets médicaux ?

Le moratoire sur les cabinets médicaux est issu de la crainte d'un afflux trop élevé de médecins venant s'installer grâce à la libre circulation des personnes. Ce qui aurait eu pour effet une offre excédentaire, poussant les coûts à la hausse. Dans le domaine des spécialités médicales, l'offre est effectivement pour partie très dense. Sur ce point, grâce au « gatekeeping », le modèle de l'IPS permet une adaptation particulièrement fine, puisque les médecins spécialistes ne sont consultés — par le truchement de la délégation — qu'autant qu'une bonne médecine le demande. En revanche, les médecins généralistes ne sont pas assez nombreux et ce manque risque clairement de s'aggraver. Sur ce point, ce n'est pas un moratoire qu'il faut évoquer, mais bien un développement.

Quels sont les effets du modèle de l'IPS sur la quote-part et la franchise ?

Comme tous et toutes les assuré(e)s sont intégrés dans la prise en charge basée sur l'IPS, il n'y a plus besoin d'incitation financière pour y arriver. La quote-part reste donc identique pour tous et toutes les assuré(e)s. Les offres des caisses visant à réduire les primes en augmentant la franchise ne sont pas concernées par le modèle de l'IPS.

La protection des données est-elle garantie dans le modèle de l'IPS ?

L'IPS a pour tâche de tenir un dossier complet pour chaque patient(e). L'IPS est soumis au secret médical. La protection des données reste garantie. L'ensemble des autres prestataires doivent faire converger leurs données vers le dossier de l'IPS. Pour protéger au maximum la souveraineté du ou de la patient(e), le modèle de l'IPS prévoit que cette transmission des données peut être refusée par le patient ou la patiente, cela sous sa propre responsabilité.