

Introduction

L'Assemblée fédérale a voté cet automne un projet de révision de la Loi sur l'Assurance Maladie (LAMal) connu sous le nom de « Managed Care ». Ce projet a été attaqué par référendum et va vraisemblablement donner lieu à une votation populaire.

Le thème du « Managed Care » dépasse de beaucoup le périmètre du réseau addiction. Cependant, il y a derrière ce débat un affrontement sur des philosophies différentes d'organiser les filières de soins, notamment pour les personnes aux ressources modestes. Cette révision pourrait donc avoir un impact significatif sur le travail dans les addictions.

Qu'est-ce que le « Managed Care » ?

Le « Managed Care » consiste en un partenariat contractuel entre fournisseurs et financeurs de prestations de santé visant une délivrance contrôlée des prestations et un financement économe des soins, ceci sur la base d'une relation contractuelle entre partenaires. Plutôt que d'avoir le choix entre tous les différents prestataires de santé, le patient qui est dans un réseau de soins consulte d'abord un médecin de famille, qui va orienter et coordonner les prestations nécessaires. Selon les promoteurs de ce principe du « Managed Care », ses avantages sont une potentielle économie des coûts et une meilleure qualité des prestations, grâce à une meilleure coordination des soins.

Situation en Suisse et projet de loi

Il existe déjà en Suisse des modèles de « Managed Care » proposés par certains assureurs. Le choix de ce modèle permet d'avoir accès à une réduction de prime. En contrepartie, l'assuré se voit contraint de passer par le réseau de soins qu'il a choisi. Le projet de « Managed Care » soumis à votation promeut l'adhésion à des réseaux par des incitations financières (possibilité de réduction de primes) et en pénalisant les assurés qui ne veulent pas y adhérer et garder le libre choix de leur médecin ou de l'hôpital (augmentation de la quote-part et de la franchise). Les fournisseurs de soins appartenant à un réseau auront une coresponsabilité budgétaire, ce qui signifie qu'ils pourraient avoir un intérêt financier à écarter les malades qui coûtent trop cher (sélection des risques) ou à limiter les traitements au strict minimum (danger de rationnement).

Position du GREAA

Les personnes souffrant de problématiques addictives peuvent s'attendre à des changements liés à ce nouveau système. Cependant, sur la base des textes de lois, il est impossible de prédire avec exactitude quels seront les contenus des contrats passés entre assureurs et réseaux de soins, quelle sera la qualité des soins prodigués et quelles seront les implications pour les patients/assurés.

Ci-dessous sont présentés les éléments retenus par le GREAA pour fonder sa position.

Pour :

- Le « Managed Care » va vers un contrôle renforcé de l'Etat sur les dispositifs de soins, dans un but de contrôle des coûts. En cas de refus de ce modèle, c'est probablement dans les prestations qu'il

va falloir trouver des économies. La substitution pourrait faire à nouveau l'objet d'attaques pour sa sortie du catalogue de base.

- En favorisant les réseaux, le « Managed Care » peut améliorer sensiblement la prise en charge des problématiques addictives, à la condition que des compétences pointues en addictologie existent dans le réseau.
- Le « Managed Care » renforce le rôle du médecin de premier recours, ce qui favorise la médecine de proximité (gatekeeper).

Contre :

- Le « Managed Care » réduit la diversité des traitements proposés, par une certaine standardisation des prestations. Or, le maintien d'une large palette d'offres thérapeutiques fait partie des principales revendications du GREA. Il est aujourd'hui impossible de prédire avec exactitude quel traitement conviendra à telle personne à quel moment de sa trajectoire.
- Les traitements moins onéreux sont systématiquement privilégiés dans les réseaux, ce qui peut avoir un impact négatif sur certains traitements à visée de « rétablissement », au profit de programmes de « maintenance ». Le soignant endosse une responsabilité financière qui peut influencer sur ses choix.
- Les réseaux de soins sont des structures formalisées, responsables financièrement. Le caractère parfois un peu informel de certains réseaux de proximité dans le domaine des addictions peut ne pas être compatible avec le « Managed Care ».
- Les personnes qui se mobilisent autour d'une situation s'engagent souvent par humanisme et conviction et non par incitation financière (certains soignants perdent de l'argent avec la clientèle dépendante). Or, le « Managed Care » ne fait pas de place à ce principe.
- Les assureurs sont libres de contracter avec les réseaux. Ils auront tendance à privilégier les réseaux qui coûtent moins cher, donc ceux qui ont les patients, les situations les moins complexes.
- Chaque réseau doit pouvoir répondre à toutes les problématiques, y compris donc les questions d'addiction. Or, on connaît la difficulté à former les prestataires de soins à ces questions. De plus, les connaissances à acquérir sont nombreuses (substitution, alcoologie, tabacologie, sans substance, entretien motivationnel, etc.). On peut craindre des prestations addictologiques « au rabais » dans certains réseaux.

Le projet de « Managed Care » comporte des éléments positifs et des éléments négatifs. Il convient donc d'avoir un avis nuancé sur la question. Pour le comité du GREA, les éléments négatifs l'emportent cependant sur les éléments positifs, raison pour laquelle le GREA **recommande de voter NON** au projet de révision de la LAMal soumis au peuple le 17 juin.

Le GREA est persuadé de l'intérêt des réseaux de soins intégrés pour améliorer la qualité et la coordination des soins. De tels réseaux existent déjà et continueront de se développer, même sans cette révision. Ce n'est donc pas le principe en soi des réseaux de soins qui est contesté, mais le modèle proposé par cette révision. Il présente beaucoup d'inconvénients (lourdeur administrative, perte du libre choix du médecin, pénalisation des assurés qui ne veulent ou ne peuvent y adhérer, risque de rationnement des soins et de sélection des risques, risque de fragilisation du lien de confiance médecin-patient, réduction de la liberté et de la diversité thérapeutique, contrôle accru des assureurs). Ces inconvénients pourraient être particulièrement lourds pour les maladies chroniques, et en particulier pour les addictions.