



**LE POUVOIR
D'AGIR**

L'association des
consommateur·rice·s

Accès aux soins et attentes de la population

FÉDÉRATION ROMANDE DES CONSOMMATEURS

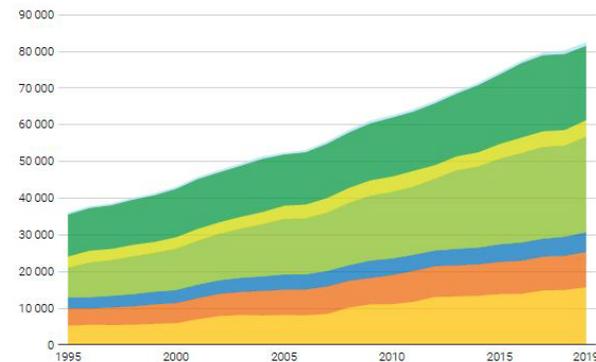
30.11.2023

I. Préambule

Source de financement du système de santé en Suisse

Financement des dépenses de santé selon la source

Millions de francs



Out of pocket des patients et des assurés:

- Primes d'assurance mensuelles
- Participation aux frais.

État: paiements pour des prestations
 État: subventions aux assurances sociales et prestations sociales (y c. réduction primes LAMal et, dès 2008, prest. sociales sous condition de ressources)
 Entreprises: cotisations aux assurances sociales
 Ménages privés: primes de l'assurance maladie de base (LAMal)
 Ménages privés: primes des assurances complémentaires
 Ménages privés: participation aux frais (LAMal et assurances privées) et paiements
 Ménages privés: autres financements

1995-2007: rétropolation

Source: OFS - Statistique du coût et du financement du système de santé (COU)

© OFS 2021

Préambule

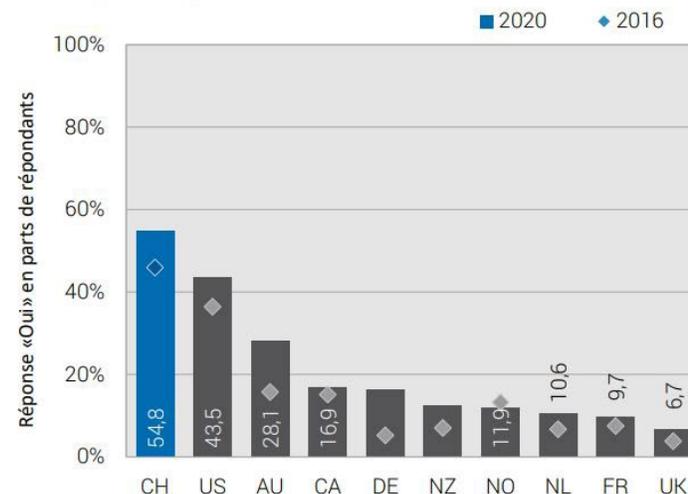


Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

Dépenses de santé

IHP16/20: Wohnbevölkerung ab 18 Jahren (n₁₀ = 1520; n₂₀ = 2284)

Part de personnes avec des dépenses de plus de 1000 dollars US non couvertes par l'assurance de base obligatoire ou par une assurance complémentaire, comparaison internationale

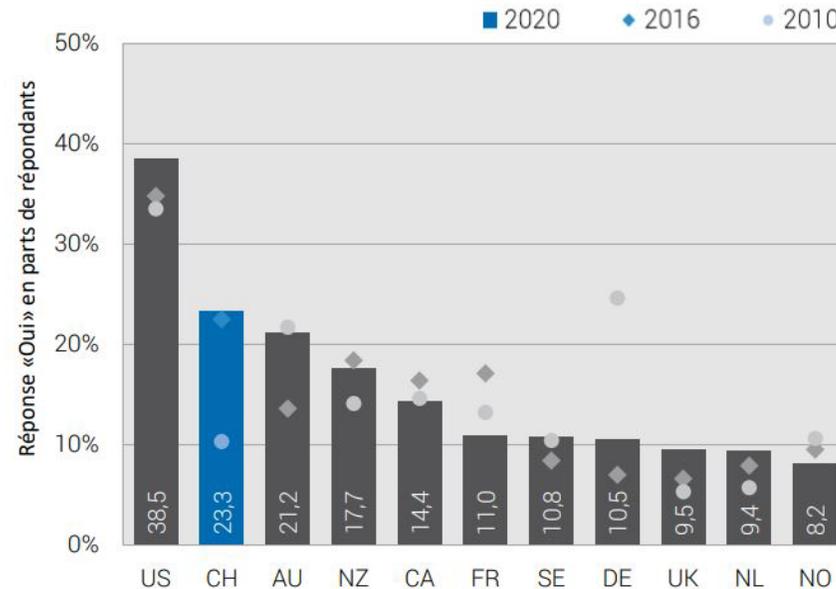




Le renoncement aux soins



Renoncement* à au moins une prestation médicale pour des raisons de coûts, comparaison internationale



Les trois types de renoncement :

1. Renoncement à une consultation chez le médecin pour un problème médical
et/ou
2. Renoncement à un test médical, un traitement ou un examen de contrôle recommandés par un médecin
et/ou
3. Renoncer à retirer un médicament sur ordonnance ou à prendre les doses prescrites

Pourquoi ce rappel?

- Le rapport que la population entretient avec l' offre de soins est conditionné par le niveau des primes
- La faiblesse des soins de premiers recours participe de cette dynamique
- Si l' on veut instaurer un cercle vertueux où qualité et économicité s' alimentent, il faut améliorer les soins de premier recours.

→ Répondre aux demandes de la population et lui montrer simultanément qu' augmenter l' offre de premier recours ne suffit pas, il faut aussi la réorganiser. Cette réorganisation exige également des efforts de la part des usagers.

II. Les manques dans les soins de premier recours, l'expérience des usagers



Une enquête en novembre 2021

Suisse Modifié le 25 novembre 2021 à 18:37
La pénurie de généralistes en Suisse retarde la prise en charge des patients



C'est prouvé: trouver un médecin de famille en Roman-die, c'est Koh-Lanta

Vous cherchez un nouveau médecin généraliste? Patience, de la campagne genevoise à Fribourg en passant par le Jura, vous pouvez passer jusqu'à 30 appels pour avoir un premier rendez-vous.

frc LE POUVOIR D'AGIR | L'association des consommateur·rice·s

Recherche médecin, désespérément

Par **Yannis Papadaniel**

Collaboration: Sandra Imsand et Lionel Creteigny
25 novembre 2021

Une étude alerte sur les problèmes générés par la pénurie de médecins généralistes

La Fédération romande des consommateurs a tenté de trouver un médecin de famille et de prendre un rendez-vous. L'exercice s'avère particulièrement compliqué en Suisse romande. Le manque de praticiens peut dégrader le suivi des patients, souligne l'association



Le Jura s'inquiète de la pénurie de généralistes dans le canton



Les résultats

Nombre moyen d'appels pour **obtenir un rendez-vous**

- **Campagne genevoise:** 2,29
- **Le Locle:** 2,92
- **Vallée de Joux:** 5,76
- **Yverdon-les-Bains:** 12,62
- **Delémont:** 14,48
- **Martigny:** 19,76
- **Fribourg:** 30,54

L'analyse

- La population des médecins généralistes vieillit.
- De nombreux généralistes continuent à travailler au-delà de l'âge de la retraite...

...parce qu'ils s'estiment encore en mesure de le faire (phénomène assez courant dans les professions libérales)

...parce qu'ils ne retrouvent pas de repreneurs.

→ Conséquence : la disponibilité diminue

La conclusion

Lorsque des cabinets acceptent de nouveaux patients...

... le rendez-vous initial qui leur permettrait d' ouvrir officiellement un dossier au nom du patient, ne peut se tenir qu' à moyen terme

...il est spécifié aux patients que la prise en charge en cas d' urgence n' est pas garantie.

Le rôle des généralistes n' est donc pas exploité de manière optimale

→ Le fait d' avoir un médecin de premier recours ne prémunit pas contre l' engorgement des services d' urgence

→ Le suivi des patients en souffre, la coordination (pourtant nécessaire) se complique

II. Quelle(s) solution(s) ?

Les «sparadraps»

Pas d'outils à disposition des patients afin d'obtenir facilement les coordonnées des médecins généralistes ouverts à de nouveaux patients.

- **FMH**: liste complète elle classe les médecins en fonction de leur formation, mais pas en fonction de la spécialité exercée. Pas d'indication sur l'acceptation de nouveaux patients
 - Des **prestataires** proposent une gestion électronique des rendez-vous, et indiquent l'acceptation de nouveaux patients pour chaque cabinet. Cette prestation n'est évidemment valable que pour les cabinets-clients
 - Certains **assureurs** proposent des listes. Elles ne sont souvent pas à jour, voire les médecins ne sont souvent pas au courant qu'ils y figurent.
- Des listes à jours seraient donc utiles à la population. Mais l'existence de telle liste ne règle pas le fond du problème

Les solutions à long terme (mais conservatrices)

La médecine interne générale n' est pas la spécialité qui attire le plus de diplômés. Comment la rendre plus attractive ?

- **Valorisation de la médecine générale**, avec un changement de culture ou de perspective pour moins promouvoir l' hyperspécialisation (Master en médecine de famille à UNIFR)
- Le parcours des jeunes diplômés peut être **fléché**, mais une telle politique ne correspond pas à la culture politique libérale de la Suisse.
- La médecine générale peut être **promue économiquement** -> une mesure discutée au Parlement consisterait à disposer d' une valeur de point tarifaire différente (plus élevée) selon les spécialités où l' on observe une pénurie.

→ Solutions « iatrocentrées »

Les solutions à long terme (mais conservatrices)

Une piste plus minimale consiste également à augmenter le nombre de diplômés mais...

- Cette solution nécessite en tous les cas la **promotion de la médecine générale** (cf. diapositive précédente)
- Les effets d' une telle mesure se **feront attendre** le temps que quelques générations d' étudiant.e.s aient achevé leur formation

→ Solutions toujours « iatrocitrées »

Les fausses solutions

Une solution consiste à placer des obstacles sur le chemin des patients...

- Pour éviter des consultations inutiles, la Suisse est sur le point d'instaurer une taxe aux urgences...
- ... lorsqu'ils consultent les urgences sans délégation de leur médecin traitant
- Une mesure sans effet, bureaucratique, chronophage, et discriminatoire pour les patients qui, précisément, ne trouvent pas de médecins généralistes.

Les solutions innovantes (≠ nouvelles)

Dans l'immédiat que fait-on ?

- Les médecins ne sont pas les seuls soignants et peuvent se coordonner avec d'autres acteurs des soins dont les compétences se recoupent avec les leurs.
- Il est possible de mettre en place un partage des tâches entre médecins, infirmiers, et pharmaciens.

Les solutions innovantes (≠ nouvelles)

- Les pharmaciens sont en mesure de poser des diagnostics et des traitements pour des cas courants, ou orienter vers les bons services en cas de situation plus complexe.
- Ils peuvent conseiller les médecins et optimiser les traitements médicamenteux, en particulier pour des personnes âgées et polymorbides → éviter des mauvaises interactions et des effets secondaires
- Le corps infirmier, en particulier la « nouvelle » filière des IPA/IPS, peut prendre en toute autonomie des prestations à sa charge et assurer un suivi en particulier des patients souffrant de maladies chroniques.

→ Solution interprofessionnelle

L'interprofessionnalité

- Si la collaboration entre trois corps de métier spécifiques mais complémentaires est promue, les soins de premiers recours s' étofferaient de manière plus rapide.
- L' interprofessionnalité ne s' arrête pas à ces métiers, de nombreux médecins évoquent également un potentiel sous-exploité celui des assistant.e.s médicale.aux.

→ *L' interprofessionnalité ne peut pas tout. Pour qu' elle soit vraiment efficace, encore faut-il disposer d' un système de financement (et donc de tarification et de facturation) adéquat et d' une gouvernance qui permette d' en tirer tout le parti.*

L'interprofessionnalité: lever les obstacles

Une solution consisterait...

... à laisser un réseau coordonné d'acteurs interprofessionnels la possibilité de s'organiser en respectant des standards de sécurité et de qualité, et en s'adaptant à la demande (spécificité de la patientèle) → + de créativité, - d'administration, + de prévention

... à passer d'un financement à l'acte à un financement dit par capitation

→ *La capitation ?*

La capitation

Ce modèle implique un nouveau modèle de rémunération. Lequel? Le financement à la prestation est devenu obsolète et n'est plus adapté aux situations complexes que nous devons suivre au sein des cabinets de médecine générale. Le Tardoc (le nouveau tarif médical suisse, ndlr) apportera, certes, une amélioration mais qui restera insuffisante pour répondre aux enjeux du vieillissement de la population, de l'augmentation des maladies chroniques et de la nécessité de promouvoir la prévention. De nouveaux modèles de financement des généralistes doivent rapidement être testés. Par exemple, le médecin recevrait une rémunération fixe pour chaque patient dont il a la charge, en lien avec la situation clinique et le temps à consacrer pour assurer la coordination de situations complexes.



Les résultats attendus

Intégrer les patients dans ces réseaux de soins pour favoriser une coordination qui manque actuellement permettrait de...

... éviter les redites (mêmes questions à répétition) et les redondances (prestations inutiles, examens à double ou triple)

... sortir les médecins généralistes du seul rôle de gatekeeper: associés aux autres corps de métier ils/elles coordonnent (et le temps passé à la coordination est rémunéré).

Et les attentes des patient.e.s

Ce modèle correspond-il aux attentes et aux demandes des usagers ?

... Oui:

- Répond à la nécessité de mieux baliser les parcours
- Permet d' être accompagné par des soignants que l' on apprend à connaître,
- Recevoir des réponses appropriées grâce au suivi au long-cours.

... Non:

- Ce modèle remet en cause un principe auquel la population est très attachée : le libre choix du médecin.
- Dans tous les cas, cette liberté – selon ce modèle – sera limitée.

Quel rôle peut jouer la FRC ?

- La FRC a toujours défendu les soins intégrés comme principe cardinal sans disposer de levier d'actions.
- Elle est prête à plaider auprès des patients et assurés une adaptation de la liberté de choix du médecin
- Elle est à disposition pour évaluer les retours des patient.e.s dans le cadre de projets pilotes où soins intégrés et interprofessionnalité sont mis en œuvre.

Les précautions

- La tarification à l'acte est un incitatif à la surprescription
 - La capitation comporte le risque d'une sous-prescription et d'une sélection des risques.
 - Raison pour laquelle, il est bienvenu d'en tester la portée dans le cadre d'un projet pilote tel que l'autorise le nouvel article 59b de la LAMal.
 - Avec une évaluation à la clé et menée lors de son déploiement.
- Ce n'est qu'au prix de cette tentative que l'on sera à même de traiter et la problématique des coûts et celle de l'amélioration des services, en passant d'un cercle actuellement vicieux à, on l'espère, un cercle vertueux.