

## Soins intégrés : comment peut-on s'y opposer ?

*Par Jean-François Steiert, vice-président de la Fédération suisse des patients*

**« J'ai entendu à la radio que la Fédération des patients s'oppose à un projet de modification de la loi sur l'assurance-maladie visant à encourager les réseaux de soins intégrés et ainsi à une meilleure collaboration entre les différents prestataires de soins. Comment peut-on lancer une menace de référendum contre un tel projet qui va améliorer la qualité des soins au bénéfice des patients ? »**

La Fédération suisse des patients est favorable au développement des soins intégrés, qui permettent une amélioration de la qualité des soins, mais aussi de la disponibilité des prestataires de soins, à condition que ces objectifs soient bien au premier plan.

Malheureusement, le projet de loi qui sera discuté au Parlement à la mi-juin ne répond que partiellement à ces objectifs, et comporte à l'heure actuelle un certain nombre de problèmes qui le rendent inacceptable dans la perspective des patientes et des patients :

1. Le projet ne respecte pas ce que l'on appelle la neutralité financière. En prévoyant de doubler la participation financière des patients qui voudront continuer à consulter leur médecin de famille (participation aux coûts passant de 10 à 20 %, avec un plafond de 1400 francs par personne au lieu des 700 francs actuels) même si ce dernier ne sera pas intégré dans un réseau, la majorité de la commission qui a traité la révision de la loi a concocté un projet qui pourrait coûter globalement plusieurs centaines de millions de francs par année aux patientes et aux patients. Or, il n'y a aucune raison objective de lier l'encouragement des soins intégrés à une charge financière supplémentaire au détriment d'une part importante des personnes malades dans notre pays. Il est tout à fait possible de prévoir un attrait financier pour des modèles de soins intégrés tout en respectant la neutralité financière, par exemple en baissant la participation des patients impliqués à 5% et en passant à 15% pour les autres et en prévoyant un plafond plus bas pour les premiers. Le transfert de charges massif sur le dos des patients est la principale raison qui a incité la Fédération des patients à lancer une menace de référendum.
2. Un deuxième problème réside dans le pouvoir supplémentaire donné aux assureurs : avec le projet de loi en cours, chaque assureur peut établir ou non un contrat avec un réseau de soins ; cela signifie que si vous souhaitez rejoindre un réseau de soins intégrés de votre région avec lequel votre assureur n'a pas établi de contrat, vous devez choisir entre deux maux : vous faire soigner par ce réseau mais payer néanmoins une participation deux fois plus élevée qu'aujourd'hui, ou alors changer d'assureur pour pouvoir bénéficier de la participation aux coûts allégée ; cet option prise par la loi est non seulement absurde, mais aussi injuste notamment pour les personnes âgées – et particulièrement les malades chroniques - qui seraient les premières bénéficiaires de réseaux de soins mais qui ne peuvent souvent que très difficilement changer d'assureur.
3. Enfin, un vrai choix de l'assuré présuppose une offre en soins intégrés dans sa région. Dans le modèle dit HMO qui existe déjà aujourd'hui, il y a bien une offre dans le canton de Fribourg, mais il s'agit d'un cabinet de langue allemande établi à Morat. Comment expliquer à une patiente de 82 ans domiciliée à Remaufens qu'elle est « irresponsable » et donc contrainte de payer deux fois plus si elle ne va pas se faire soigner à l'autre bout du canton – après avoir pris un cours d'allemand pour pouvoir expliquer ses maux à son médecin...

Il y a d'autres aspects problématiques qui feront encore l'objet de débats parlementaires le 16 juin. La menace de référendum vise actuellement à améliorer le projet de loi sur les points mentionnés, ce qui permettrait d'aller de l'avant – mais le bilan sera ne pourra être tiré qu'après l'adoption de la loi par les deux Chambres fédérales.