

## Diminution du coût du système de santé en Suisse (?)

### *Reduction in the Cost of the Health Care System in Switzerland (?)*

Raetzo MA (\*), Schaller P (\*)

#### Résumé

Le réseau DELTA rassemble à Genève 54 médecins de premier recours. Le réseau a pour partenaire trois assurances avec un collectif de 12 000 assurés environ. En 2000, ce réseau a reçu une capitation pour tous les soins au premier franc de 4 500 de ces assurés. Ces soins comprennent toute la médecine ambulatoire (les urgences, les consultations de médecins, les analyses, la radiologie, les médicaments, la physiothérapie), ainsi que 50 % des frais hospitaliers. Cette capitation a été calculée en fonction du risque, sur la base du sexe, de l'âge et de la notion d'une hospitalisation antérieure. Un but d'économie de 37 % a été fixé par le partenaire assureur, qui a pu être dépassé, ce qui a permis de restituer 100 francs suisses (68 euros) à chaque assuré, qui paye la totalité de la prime d'assurance maladie non fiscalisée (environ 300 francs suisses par mois et par personne, 204 euros). L'article passe en revue les hypothèses permettant d'expliquer cette diminution des coûts. En l'absence de moyens, le réseau n'a utilisé ni chiffres ni diagnostics pour contrôler cette expérience. La seule démarche organisée a été de réunir les médecins du réseau de manière systématique lors de nos deux cercles de qualité hebdomadaires. Pendant ces rencontres, l'accent est mis sur la spécificité de la médecine ambulatoire (analyse décisionnelle, subjectivité et gestion de l'incertitude). L'expérience du réseau DELTA, commencée en 1992, suggère que la plus grande partie des variations de pratique sont liées à ces trois facteurs. Des outils ont été développés pour répondre aux besoins de formation ([www.gmo.ch/delta](http://www.gmo.ch/delta), [www.gmo.ch/drjai](http://www.gmo.ch/drjai) et [www.swissvips.ch](http://www.swissvips.ch))

**Rev Med Ass Maladie 2002;33,1:61-65**

*Mots clés* : capitation, cercle de qualité, coût, médecine ambulatoire, réseau, soin.

#### Summary

The DELTA network in Geneva groups 54 primary care physicians working in partnership with 3 insurance companies and covers approximately 12,000 affiliates. In 2000, the network received a capitation for 4,500 of these affiliates for all their health care, starting at the first franc of cost. The care included all out-patient care (emergency visits, doctor office visits, laboratory studies, x-ray, prescription medicines, physiotherapy) as well as 50 % of in-hospital costs. The capitation was calculated from the estimated patient risk based on sex, age and a history of prior hospitalization. The insurance partners projected a 37 % cost savings. This expectation was exceeded, thus allowing a rebate of 100 Swiss francs (68 euros) to each affiliate who had paid the entire, non-taxable, health care premium (approximately 300 Swiss francs [204 euros] per month per affiliate). This article attempts to explain the resulting reduction in costs. Due to inadequate funding, the network was unable to study statistics or diagnoses in order to analyze this experiment. The sole organized procedure used was a systematic, bi-weekly quality assurance meeting among all the concerned physicians. During the course of these meetings, the specificity of out-patient medicine was stressed (decisional analysis, subjectivity and the management of uncertainties). This experiment of the DELTA network, instituted in 1992, suggests that most practice variations are related to these three factors. Tools have subsequently been developed in order to address related continuing education needs ([www.gmo.ch/delta](http://www.gmo.ch/delta), [www.gmo.ch/drjai](http://www.gmo.ch/drjai) and [www.swissvips.ch](http://www.swissvips.ch)).

**Rev Med Ass Maladie 2002;33,1:61-65**

*Key Words* : capitation, quality assurance, cost, out-patient medicine, network, care.

(\*) Médecin praticien, responsable du réseau DELTA.

Adresse pour correspondance : Dr Marc-André Raetzo, Groupe médical d'Onex, 3 bis, route de Loëx, CH-1213 Onex (Suisse) e-mail : [mar@gmo.ch](mailto:mar@gmo.ch)

La semaine passée, après avoir fait les comptes 2000, les médecins du réseau DELTA ont constaté qu'ils n'avaient pas dépensé tout l'argent de leur capitation et ils ont décidé de rembourser 100 FS (\*) à chaque assuré inscrit dans leur réseau.

Comment est-ce possible ?

## I. LE SYSTÈME DE SANTÉ SUISSE

Tout d'abord il faut comprendre quelques particularités du système de santé suisse.

Les dépenses du système de santé sont payés par trois partenaires :

1. l'État qui finance la plus grande partie des hôpitaux ;
2. les assurances-maladie qui payent au premier franc toutes les dépenses ambulatoires et une partie forfaitaire (environ 300 FS par jour) des hospitalisations ;
3. les citoyens suisses, pour qui les primes d'assurance maladie, non fiscalisées, sont obligatoires et qui payent en outre un « ticket modérateur » sous la forme d'une franchise annuelle et d'une participation de 10 % sur tous les frais. A noter que cette prime d'assurance maladie se paye pour chaque citoyen, adulte ou enfant, et que le montant tournera en 2001 à Genève autour de 350 FS par mois.

Le « panier de soins » est défini par l'Etat, les tarifs médicaux sont négociés entre les fournisseurs de prestations (dont les médecins) et les assurances-maladie.

Les assurances-maladie sont des mutuelles à but non lucratif, historiquement créées par des communautés. Leur nombre diminue de manière importante ces dernières années, les trois plus grandes regroupent plus des trois quarts des assurés suisses. Lorsque aucun compromis sur les tarifs n'est trouvé, c'est l'Etat qui décide d'un tarif cadre. Les prestations sont payées à l'acte.

La loi sur l'assurance maladie permet des expérimentations sur l'organisation du financement depuis environ 10 ans, notamment la possibilité de créer des systèmes de capitation. C'est cette loi qui a permis l'expérience du réseau DELTA.

## II. LE RÉSEAU DELTA

Le réseau DELTA, société anonyme à but non lucratif, est constitué de 54 médecins de premier recours.

Tous ces médecins exercent en pratique privée, avec un cabinet indépendant, répartis sur toute la superficie du canton de Genève (400 000 habitants).

Les 12 000 assurés DELTA sont répartis selon les affinités entre tous ces médecins, ce qui fait 222 assurés par médecin. On voit tout de suite que la majorité de leurs patients sont dans le système « classique ». Ceci permet une indépendance totale vis-à-vis des assurances, puisque le revenu ne dépend que de manière marginale du système de réseau.

La définition du médecin de premier recours, c'est en fait simplement le médecin qui se déplace à domicile. En Suisse, il s'agit de spécialistes en médecine générale ou en médecine interne. En Suisse allemande, on l'appelle *Hausarzt* ou médecin de famille.

Un contrat de capitation lie le « réseau de soins DELTA » avec plusieurs assurances : Helsana, le Groupe Mutuel et la CSS. Avec cette dernière, le montant de la capitation est versée de manière réelle au « réseau de soins DELTA ». Pour les autres assurances, il s'agit d'un jeu d'écritures comptables.

Notre organisation est classée en Suisse sous le nom de *réseau de médecins de famille*. Actuellement, il s'agit d'environ 12 000 assurés, 4 500 pour la CSS.

Les assurés ont une diminution de leurs primes de 20 %, ils doivent consulter un des médecins du réseau avant toute prise en charge. L'accès aux urgences, aux gynécologues, aux pédiatres et aux ophtalmologues est libre. Pour les autres prestations, les assurés doivent obtenir un bon de délégation.

Les médecins du réseau DELTA se rencontrent chaque semaine pour partager leur expérience et se remettre en question dans les cercles de qualité, c'est la seule démarche visible de notre réseau.

## III. QU'EST-CE QU'UNE CAPITATION ?

La capitation [1, 2] est *un mode de paiement* qui sert à payer une organisation et/ou des professionnels.

Etre payé par capitation signifie que le « réseau de soins DELTA » reçoit un montant fixe (*per capita*) pour dispenser directement ou par délégation les soins à un collectif d'assurés précisément identifié.

Cette somme déterminée par assuré doit couvrir au premier franc tous les frais découlant de l'assurance de base (médecins, médicaments, hôpital, chirurgie, physiothérapie, laboratoire, radiologie, etc.) pour l'année à venir.

Les médecins du réseau DELTA reçoivent cette capitation (voir calcul ci-dessous) *collectivement*. Individuellement, ils continuent leur pratique privée comme tous les médecins suisses. Ils sont payés à l'acte pour ces prestations de la même manière que dans le système classique.

Ce qui les différencie des autres médecins, c'est la participation aux cercles de qualité, pour laquelle ils reçoivent un dédommagement variable en fonc-

(\*) FS : franc suisse (1 FS ~ 0,68 euro).

tion des performances du réseau et le fait qu'ils sont habilités à signer des bons de délégation pour les assurés du réseau (pour les prestations non fournies par les médecins de premier recours).

#### IV. COMMENT GARANTIR LA SOLIDARITÉ SOCIALE ?

On pourrait suspecter le réseau DELTA de donner la priorité aux assurés en bonne santé et qui coûtent donc moins cher.

Pour éviter ceci, le réseau DELTA reçoit une somme calculée par assuré en fonction du risque. Le réseau recevra donc moins d'argent pour des personnes à faible risque et davantage d'argent pour les personnes à risque élevé, ceci en utilisant la compensation des risques. Ceci se fait habituellement en répartissant la population en 16 catégories d'âge différentes, puis en fonction du sexe. En effet, on sait que les coûts des prestations médicales augmentent avec l'âge et varient en fonction du sexe (maternité par exemple).

Le modèle que nous utilisons est plus sophistiqué, puisqu'il ajoute la notion d'une hospitalisation antérieure. On sait en effet que les soins pour une femme de 71 ans s'élevaient à 1 130,60 FS en 1998 si elle avait été hospitalisée en 1997 et 414,15 FS sans hospitalisation en 1997.

La capitation est ainsi calculée pour 64 classes différentes (16 classes d'âge, homme/femme, hospitalisé/non hospitalisé) [3]. Pour la capitation de l'année 2000, la démarche est la suivante :

Coût pour 1998 (femme 69-73 ans hospitalisée en 97)		1 130,61
<i>Réassurance cas lourds</i>	- 23,48 %	- 265,47
<i>Augmentation 1998/99 1999/00</i>	+ 11,46 %	+ 99,15
<i>Diminution arbitraire de l'assurance CSS</i>	- 37,00 %	- 356,79
Versé au réseau DELTA pour 2000		607,50

Exemple de calcul du montant versé au réseau DELTA en 2000, pour une assurée particulière de 71 ans. Le calcul tient compte des coûts 1998 constatés pour la classe d'assuré concernée (âge, sexe, hospitalisation antérieure), de la réassurance, de l'augmentation 89/99 99/00, et de la diminution arbitraire de la CSS

#### V. ÉCONOMIES, DIMINUTION DES COÛTS ?

On voit d'emblée, par l'exemple ci-dessus, que l'assurance a décidé que le réseau doit faire au moins 37 % d'économies par rapport à un collectif à risque comparable (financement des réductions de cotisations et une éventuelle sélection des risques non intégrées dans le calcul).

En pratique, le résultat du réseau DELTA est encore plus favorable car, en plus de cette réduction de 37 %, il est possible de ristourner 100 FS à chaque assuré.

Il existe un certain nombre d'explications potentielles pour expliquer cette diminution importante des coûts, nous allons les revoir ensemble :

##### 1. Sélection d'assurés ? (en partie)

Comme nous l'avons discuté ci-dessus, il serait facile d'économiser avec des assurés qui ne sont jamais malades.

Le calcul de la capitation prend en compte cette dimension, et en principe les montants que nous recevons sont en rapport avec l'état de santé et les coûts du collectif assuré. Cependant, il est connu que les outils de calcul de la capitation ne sont pas parfaits, même si notre système est plus sophistiqué que ceux utilisés généralement, et une sélection de « bons » risques reste possible.

Il existe deux études qui ont évalué ce point en Suisse. L'étude *prognos* [4] effectuée au niveau national entre 1989 et 1995 montre que les systèmes HMO induisent une sélection favorable des assurés, mais que ceci n'explique qu'une partie des économies réalisées. Une étude effectuée en 1992 par l'institut de médecine sociale et préventive [4 bis] (IMSP) pour notre collectif montre également qu'une partie (15-20 %) des économies réalisées étaient due à une sélection de patient qui consommaient moins les années précédentes. Le paradoxe, c'est que la même étude montrait que nos assurés étaient en moins bonne santé que le collectif de comparaison (ce qui prédit théoriquement des coûts plus élevés)...

##### 2. Sélection des médecins ? (en partie)

Nous avons sélectionné les médecins d'une manière simple, en leur demandant de venir une fois par semaine dans un colloque d'une heure. On pourrait imaginer que la qualité d'un soignant, plutôt que ses titres honorifiques, c'est la capacité de se remettre en question et de communiquer dans un groupe de travail. L'effet de cette sélection sur les économies n'a pas été évalué.

##### 3. Restriction des prestations ? (non)

On peut économiser si on refuse les traitements nécessaires. Dans un contexte de capitation, c'est un risque connu. Pour éviter ceci, nous avons pris des mesures simples : la capitation est gérée en groupe, il n'y a pas de lien entre la capitation d'un patient donné et le revenu de son médecin, qui reste payé à l'acte. De cette manière, le médecin traitant n'est pas incité à ne pas soigner son patient.

Ensuite, le bénéfice potentiel de notre réseau n'est pas redistribué en tenant compte des performances des médecins, mais simplement pour financer nos réunions de formation continue. Les médecins, de cette manière, gagnent plus s'ils s'occupent davantage de leur patient ou s'ils participent davantage aux activités de formation continue.

L'étude de l'IMSP en 1992 et une autre étude de l'université en 2001 ont montré toutes les deux que nos assurés n'ont (pas plus que les assurés normaux) le sentiment que leur médecin a « économisé » sur les soins nécessaires.

#### 4. Négociation des prix ? (non)

Nous n'avons changé ni le type de financement (paiement à l'acte) ni les tarifs des prestations. Les diminutions de coûts sont donc toutes liées à une diminution du nombre des prestations inutiles. Nous n'avons pas non plus organisé de manière systématique l'emploi des génériques.

#### 5. « Controlling » - « profiling » ? (non)

Les Américains estiment que vous ne pouvez réussir dans la réorganisation du financement du système de santé que si vous avez des consultants et des ordinateurs. Nous n'avons eu des données chiffrées généralement que plus de huit mois après la fin de l'année. Nous n'avons jamais eu les moyens de revoir les performances (*controlling*) et les coûts des prestataires de soins (*profiling*), ni d'établir des comparaisons entre eux (*benchmarking*).

#### 6. « Gatekeeper » ? (non)

C'est le terme barbare utilisé en Suisse (et aux Etats-Unis) pour le « médecin référent ». Notre système introduisait l'obligation de passer par le « médecin référent » pour accéder au système de soins. Le poids de cette mesure sur les économies n'a pas été évaluée formellement. Cependant, d'autres réseaux de soins basés uniquement sur ce principe (sans capitation, sans autres incitations) ont vu le jour en Suisse ces dernières années. **Tous** ces réseaux ont disparus fin 1999, au vu de leur complète inefficacité. Ce n'est donc probablement pas suffisant de simplement obliger les assurés à passer par un médecin référent pour révolutionner le système de santé.

#### 7. Formation continue ? (oui)

C'est ici essentiellement que se situe l'intervention du réseau DELTA. Notre réseau se distingue en effet par son travail au niveau de la formation continue. L'effet de ce travail sur les coûts n'a pas été évalué de manière formelle, mais en l'absence d'autres explications, c'est certainement un des facteurs de notre réussite. Nous détaillerons ci-dessous la philosophie de cette formation continue [5].

### VI. LA PHILOSOPHIE DU RÉSEAU : LES CERCLES DE QUALITÉ

Si on veut influencer l'organisation du système de santé, il est clair qu'on peut utiliser une approche

macro-économique, en construisant des contraintes légales ou tarifaires. On pourrait croire que notre expérience est une illustration de ceci, en utilisant la capitation. Cependant, comme il est expliqué ci-dessus, les effets de cette capitation sont extrêmement indirects. La seule utilité que nous voyons à cette organisation des soins, c'est de mieux contrôler les effets de notre travail. Il est probablement plus utile de s'intéresser à ce qui est au centre du système de soins : la rencontre médecin-malade.

Nos réunions ont permis d'identifier un certain nombre de niveaux de discussion :

#### 1. La subjectivité

Un certain nombre de technocrates estiment que la pratique médicale peut être codifiée. Il est cependant facile de démontrer, même pour des décisions apparemment très rationnelles (traitement médicamenteux du cholestérol), qu'il n'existe pas de seuil objectif de traitement, et que la décision de traiter ne dépend, au fond, que du degré d'acceptation d'un certain risque.

En effet, comme il n'existe pratiquement aucune situation avec 100 % de risque et 100 % de bénéfice d'une prise en charge, on aura toujours un certain nombre de personnes que l'on va traiter pour rien : ceux qui ne subiront pas le problème, et ceux qui ne bénéficieront pas du traitement.

Si 20 % d'un collectif risque d'avoir un infarctus, et que le médicament réduit ce risque de 50 %, le bénéfice du traitement n'est réservé « qu'à » 10 % du collectif total. 90 % des gens prendront le traitement « pour rien ». On dit que le NNT (nombre de gens à traiter pour un bénéfice) est de 10 (on doit traiter 100 patients pour que 10 en bénéficient (ou 10 pour 1).

C'est donc pratiquement toujours une décision « non raisonnable »...

Dans nos réunions, on recherche les évidences scientifiques (quelles évidences dans la littérature et combien de gens traités « pour rien ») et on partage l'angoisse des décisions à prendre.

On retrouve un certain nombre de ces éléments (niveaux de preuve et NNT) dans la deuxième édition de « Docteur, j'ai... » [6], qui met en évidence les niveaux de preuves (*evidence-based medicine*) et les NNT pour les démarches habituelles en médecine ambulatoire

#### 2. L'incertitude

La pratique médicale ambulatoire est fortement marquée par l'incertitude. Il est rare de pouvoir dire exactement de quoi souffre un patient lorsqu'il quitte le cabinet. Cependant, dans tous les cas, on a pris une décision (bonne ou mauvaise). Cet art ressort de l'analyse décisionnelle, que la plupart

des médecins pratiquent, généralement sans le savoir.

Il faut dire que cette démarche n'est pas enseignée systématiquement dans les écoles de médecine, qui sont davantage des lieux où on apprend les maladies de manière descriptive. On saura ce qu'est une migraine, on n'aura (généralement) pas appris comment prendre une décision devant un patient qui a mal à la tête.

Nos réunions permettent de reconstruire ces démarches en commun, ce qui évite très probablement pas mal d'agitation peu utile et très coûteuse. De nouveau, on retrouve les éléments de ces stratégies diagnostiques et thérapeutiques dans notre livre.

De plus, nous avons développé un simulateur de consultations médicales [7], qui permettra de s'entraîner à la récolte et à l'analyse d'informations, ainsi qu'à prendre des décisions dans l'incertitude.

### 3. Généralistes versus spécialistes

En Suisse, les généralistes sont des spécialistes, avec une formation post-graduée obligatoire et contrôlée, comme pour les autres spécialités. Ceci n'empêche pas d'entendre souvent que le généraliste est d'abord spécialiste en rien.

Les généralistes sont probablement en partie responsable de cette image. Lorsqu'ils théorisent, ils revendiquent pratiquement uniquement la maîtrise de la relation médecin-malade. Lorsqu'ils font des études cliniques, ils se mettent en compétition avec des spécialistes mieux formés. Par rapport au monde universitaire, c'est encore pire... Tout ceci entraîne une dévalorisation de leur image et de leur travail.

L'expérience de notre réseau montre qu'il est possible de revendiquer une vraie spécificité et des bases scientifiques à notre travail. Cette spécificité, c'est l'analyse décisionnelle et la capacité de la partager avec le patient.

On pourrait dire de manière schématique que l'université (et les spécialistes qui sont très proches culturellement) décrivent et que les généralistes décident (mode opératoire). Les fondamentalistes qui infiltrent les universités sont certainement, de manière indirecte, responsables de cette résistance à la culture opératoire. Il faut rechercher les causes de ceci dans le triomphe (justifié) de l'épidémiologie clinique, qui a permis (en niant l'individu) les progrès thérapeutiques de ce siècle dernier.

## VII. CONCLUSIONS

La principale intervention du réseau DELTA a été le partage d'une certaine culture au cours de nos cercles de qualité. Ces séances de formation continue ne sont possibles (dans cette optique) que dans un contexte de respect mutuel et d'amitié, pour que l'exposition éventuelle à des erreurs ne soit pas vue comme un drame intime.

Il ne peut s'agir d'une corvée « imposée » par des normes extérieures. L'expérience montre que c'est dans l'enthousiasme que les médecins participent régulièrement à ce type de rencontre, qui leur apporte une aide réelle dans leur gestion du quotidien. Les médecins qui acceptent de communiquer et de se remettre en question dans un groupe sont probablement également ceux qui seront capables de communiquer et de partager avec leurs patients (ce qui nous semble souhaitable). C'est peut-être ainsi également que nous avons pu réussir notre expérience, en partageant le plaisir d'une croissance pédagogique mutuelle.

## RÉFÉRENCES

1. Pernegger TH, Etter JF, Gaspoz JM, Raetzo MA, Schaller PS. Nouveaux modèles d'assurance maladie et gestion des soins. *Soz Präventivmed* 1996;41:47-57.  
[www.gmo.ch/delta](http://www.gmo.ch/delta)
2. Beck K. Capitationberechnung in der Schweiz: the State of the art. *Managed Care* 2001;1:12. [www.gmo.ch/delta](http://www.gmo.ch/delta)
3. Beck K, Keller B. Risikoselektion in Hausarztmodellen: Ein Plädoyer für differenzierte Risikokorrektur. *Managed Care* 1998:30-33.  
<http://home.sunrise.ch/fnarty/momo/mc/beck.html>
4. Beck K. La compensation des risques – fondement d'une concurrence appropriée dans l'assurance maladie. *Chrétienne Sociale Suisse* 1998.  
[www.gmo.ch/delta](http://www.gmo.ch/delta)
4. Baur R et al. Evaluation neuer Formen der Krankenversicherung: Synthesebericht. Évaluation des nouveaux modèles d'assurance-maladie : rapport de synthèse. Étude réalisée par Prognos sur mandat de l'Office fédéral des assurances sociales. BSV (Bundesamt für Sozialversicherung), 1997 - IV, 4, 84 p. - (Beiträge zur sozialen Sicherheit = Aspects de la sécurité sociale ; no 1/98 ; Rapport de recherche).  
<http://www.bsv.admin.ch/bestellen/beitraeg/f/>
- 4 bis. Pernegger Th, Etter JF, Schaad B. Evaluation de l'HMO de l'Université de Genève. Institut de Médecine sociale et préventive, Études et Recherche, Genève : 1995.
5. Raetzo MA. La formation continue, moteur de la maîtrise des coûts. *Bulletin des Médecins Suisses* 1997;47:1762-6.  
<http://www.gmo.ch/delta/fr/article%20BMS%20version%20F.htm>
6. Raetzo MA, Restellini A. Docteur, j'ai... 2<sup>e</sup> édition. Genève : Médecine et Hygiène/Paris : Maloine 2001.  
[www.gmo.ch/drjai](http://www.gmo.ch/drjai)
7. [www.swissvips.ch](http://www.swissvips.ch)