

# COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

*Hôpitaux régionaux (2)*  
*Small is beautiful*  
*L'exemple de Lavaux*

REVUE DE LA  
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

6  
OCT.  
2002

# Editorial

## Hôpitaux périphériques du canton de Vaud (suite et fin)

*Voici cinq articles traitant des missions de ces établissements, de leurs restructurations, de leurs luttes pour la survie, de leurs fonctions et limites.*

*Si le corps médical du Chablais et de la Riviera nous fait partager son rêve d'un hôpital unique, nouveau, fonctionnel et économique, les médecins de Lavaux et du Pays-d'Enhaut nous rappellent que si «Big is beautiful», les petites structures, proches du patient, complémentaires des grandes sont incontournables. A priori contradictoires, les deux démarches pourtant se complètent et s'inscrivent dans une vision globale des soins hospitaliers de demain. Ces deux hôpitaux, chacun à sa manière, ont une fonction précise dont la disparition n'est pas concevable.*

*Deux articles évoquent les difficultés de la formation des médecins de demain par des institutions aux budgets limités, sans postes prévus à cet effet. Il aura fallu l'intervention de la FMH avec les nouvelles exigences pour la reconnaissance des établissements de formation pour qu'un programme soit mis en route au sein de nos hôpitaux. L'expérience du travail dans une petite structure, loin du confort de la médecine de pointe et du support d'une hiérarchie universitaire, est essentielle à la pratique d'un art où l'économicité de traitement sera un jour un objectif incontournable.*

*On ne peut pas s'empêcher enfin d'évoquer les SMUR vaudois sans une pensée émue pour leur père fondateur, le Dr Olivier Moeschler, disparu tragiquement il y a trois ans.*

Dr Daniel Laufer

### Prochaines parutions



N° 7/2002  
13 novembre 2002  
(délai rédactionnel:  
4 octobre 2002)

N° 8/2002  
18 décembre 2002  
(délai rédactionnel:  
8 novembre 2002)

# Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

Chablais et Riviera:  
vers un hôpital unique?

Impact de la création  
des SMUR sur les médecins

Mission de formation  
des hôpitaux de la FHV

L'hôpital de proximité,  
site de formation:  
désuet ou futuriste?

Un exemple de «petit»  
hôpital: l'Hôpital de Lavaux

Pourquoi ferme-t-on  
le service de chirurgie  
de l'Hôpital de Lavaux?

10

Journée du GMGV

Quel rôle pour les médecins  
en politique?

13

Actualité

Le pédiatre et le nouveau-né  
sain en clinique privée,  
mode d'emploi

Publication nominative  
de listes de «bons» médecins

18

Courrier

20

Calendrier  
médical vaudois

# Dossier

## Chablais et Riviera: vers un hôpital unique?

Suite à leur rencontre du 8 octobre 2001, les gouvernements des cantons de Vaud et du Valais ont publié une déclaration commune en faveur d'une collaboration accrue en matière d'hospitalisation dans les régions de la Riviera et du Chablais.

Le texte qui suit est un rappel de la situation hospitalière dans ces deux régions et une prise de position de médecins hospitaliers face à l'évolution du projet.

### Un peu d'histoire

En 1997, les conseillers d'Etat Peter Bodenmann (Valais) et Claude Ruey (Vaud) signaient une convention qui entérinait la fusion de l'hôpital régional de Monthey et de l'hôpital de zone d'Aigle. Cette fusion, voulue par le corps médical des deux établissements, devenait effective dès 1999.

Parallèlement, les hôpitaux de zone de Vevey et de Montreux et l'hôpital Mottex à Blonay (CTR) subissaient une évolution comparable en fusionnant à la même époque.

On passait donc de quatre hôpitaux publics de soins aigus desservant les régions de la Riviera et du Chablais à deux établissements fonctionnant chacun sur deux sites.

Malgré l'organisation la plus rationnelle possible, ces formules d'hôpitaux multisites montraient assez vite leurs limites tant sur le plan médical qu'économique, et il devint évident qu'il fallait regrouper l'ensemble des activités médicales sur un seul site.

### Avenir hospitalier commun

Construire deux hôpitaux neufs pour des bassins de population de moins de 100 000 habitants à 30 km l'un de l'autre apparaît toutefois à l'évidence comme un non-sens médical, économique et politique qu'aucune nation, même riche, n'a plus les moyens de se permettre. Une grande part des coûts non maîtrisés de la santé proviennent des progrès technologiques de plus en plus rapides des méthodes diagnostiques et thérapeutiques proposées. Il est peu probable que cette tendance s'atténue dans les vingt ans à venir. Tant que la médecine restait assez contemplative, chacun pouvait l'assumer «dans son coin» dans de petits hôpitaux régionaux à des coûts acceptables, réserver

les cas les plus graves à l'hôpital universitaire. Ces mêmes hôpitaux doivent maintenant remplir des exigences médicales et techniques de plus en plus élevées et coûteuses, auxquelles la population estime avoir droit à proximité immédiate. En tenant compte de l'Hôpital de la Providence à Vevey, il y a actuellement cinq blocs opératoires, trois sites de soins intensifs et trois maternités pour la Riviera et le Chablais. Il est tout simplement impossible à tous ces services d'assurer les soins de plus en plus performants et chers qui sont attendus de leur part.

Conscients de cette problématique, les conseillers d'Etat Charles-Louis Rochat et Thomas Burgener sont convenus dans une déclaration commune de regrouper l'Hôpital du Chablais et l'hôpital Riviera sur un seul site. Cette décision politiquement courageuse permettra à la population des régions de la Riviera et du Chablais de disposer d'un hôpital performant, offrant sur un site unique des compétences humaines, des moyens techniques et une optimisation des frais de fonctionnement actuellement dispersés sur quatre sites.

Grâce à ce regroupement, des soins de haute qualité avec des médecins de toutes les spécialités seront disponibles 24h/24, 365 jours par année, diminuant ainsi considérablement les transferts secondaires de patients pour des examens spécialisés ou des traitements sophistiqués.

### Position des médecins hospitaliers

Les médecins hospitaliers du Chablais et de la Riviera se sont rencontrés pour évoquer cet avenir. A une très forte majorité, ils soutiennent activement ce projet.

Se pose encore la question du site d'implantation de ce nouvel hôpital. Le groupe de travail désigné par les Etats de Vaud et du Valais propose une implantation proche de Villeneuve. Les médecins-chefs des hôpitaux du Chablais et de la Riviera sont majoritairement en faveur de ce choix, qui est à l'évidence la localisation la plus consensuelle pour être acceptée par les deux bassins de population.

L'argument, souvent développé dans les médias et jusqu'au Grand Conseil vaudois, qu'un tel choix allait coûter des vies à cause de retards d'acheminement des patients n'a aucun fondement médical. Pour les grandes urgences, il est bien démontré que dans des régions où les distances sont aussi courtes, ce n'est pas un transport de plus ou moins cinq minutes qui fait la différence. Le fait déterminant est la qualité de la prise en charge préhospitalière. Tant sur la Riviera que dans le Chablais, cette prise en charge est parfaitement assumée par le SMUR. Une implantation de l'hôpital aux environs de Villeneuve devrait s'accompagner de l'installation de centres de soins ou policliniques fonctionnant en réseau étroit avec l'hôpital, dans une structure commune. Ce réseau permettrait de désengorger les urgences de l'hôpital et d'envisager des suites de traitement coordonnées après une hospitalisation. Un concept global, tenant compte d'une médecine de proximité nécessaire à l'ensemble de la population des deux régions, doit donc faire partie intégrante de ce projet de regroupement hospitalier.

Les conseillers d'Etat vaudois et valaisans en charge de la Santé considèrent ce projet comme prioritaire. Les médecins hospitaliers le soutiennent fermement. Il serait regrettable pour les populations concernées que cette ambitieuse réalisation s'enlise pour des querelles de clocher politiciennes d'un autre temps.

*Dr Bernard Mosimann, Hôpital du Chablais, Aigle/Monthey*  
*Dr Jean-Michel Hostettler, Hôpital Riviera Vevey/Montreux/Blonay*



# Impact de la création des SMUR sur les médecins

**Pour combler le retard que notre canton accusait dans la prise en charge préhospitalière des urgences, ce domaine a été structuré et amélioré dans les années 1990. Cette évolution a généré de nombreux changements pour les médecins.**

La mise sur pied des SMUR (Services mobiles d'urgence et de réanimation) permet les prises en charge médicales précoces par la localisation de la personne en détresse, l'évaluation de la gravité du cas, et l'engagement des moyens disponibles adaptés au degré présumé de l'urgence.

## Conséquences des SMUR pour les médecins installés

Les médecins praticiens participant à la garde médicale sont moins impliqués dans les urgences vitales, la plupart de ces situations étant régulées par le 144 et confiées au SMUR. Par contre, ils peuvent faire appel au SMUR en cas de situation critique dans leur activité ambulatoire. La majorité de ces médecins ont dû être soulagés, car la pratique de la médecine en ca-

binet ne permet ni une disponibilité instantanée telle qu'elle est requise lors d'une prise en charge préhospitalière, ni l'apprentissage et le maintien des compétences pratico-techniques nécessaires.

La situation sera peut-être différente dans quelques années, quand d'anciens médecins SMUR s'installeront en tant que médecins de premier recours.

## Impact des SMUR pour les médecins hospitaliers

La stratégie médicale du SMUR comprend l'élaboration d'un diagnostic succinct suivi de l'application de protocoles thérapeutiques simples, limités principalement au contrôle de la menace vitale et à l'amélioration du confort du patient pendant le trans-

port. La formation du futur médecin SMUR repose sur une connaissance des protocoles et sur un entraînement pratique aux gestes d'urgence. Nos jeunes confrères sont préparés de manière plus systématique à la prise en charge des urgences vitales qu'auparavant, mais ils le font hors du cocon hospitalier, sans bénéficier de la présence d'un médecin aîné. Cela génère un stress important.

La disponibilité continue et immédiate des médecins qu'exige le SMUR est facile à garantir pendant les heures ouvrables. Mais la couverture des heures de garde reste difficile et alourdit la gestion ainsi que la charge de travail, malgré la création de postes supplémentaires.

La prise en charge aux urgences a été modifiée, les patients amenés par le SMUR sont admis sur la base d'un diagnostic provisoire et ont déjà bénéficié des gestes d'urgence. Le service des urgences devient pour ces patients une unité d'investigation et de soins intensifs.

Pour les médecins responsables des SMUR, l'enseignement pratique (en salle d'anesthésie principalement) représente un gros effort, qui doit être répété chaque semestre aux nouveaux venus. Le contrôle de qualité, basé sur la supervision de tous les dossiers SMUR, ainsi que le travail de liaison avec le reste de la structure extrahospitalière (ambulances, service de la santé publique) augmentent aussi la charge de travail.

En conclusion, l'amélioration de la prise en charge préhospitalière des urgences graves est basée sur la centralisation de l'information (centrale 144), la spécialisation (médecin hospitalier engagé d'emblée lors d'une menace vitale) et la standardisation (critère d'engagement, protocoles de soins). Cela permet de sauver des vies, de minimiser une atteinte fonctionnelle résiduelle, et de soulager plus rapidement les patients.

En somme, la démarche allège modérément les médecins de premier recours, mais alourdit le travail des médecins hospitaliers.

*D<sup>r</sup> Michel Carrel  
Médecin-chef en anesthésiologie  
au GHOL  
Médecin responsable du SMUR  
des districts de Nyon et Rolle*

## *Jeudi de la Vaudoise*

31 octobre 2002  
Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

## **Anesthésie: nouveautés et bilan pré-opératoire**

Organisateur: Professeur Donat R. Spahn  
Modérateur: D<sup>r</sup> Stéphane David

- |                 |   |
|-----------------|---|
| 9 h-9 h 40      | Nouvelles techniques en anesthésiologie/antalgie<br>Professeur D. Spahn, D <sup>rs</sup> L. Magnusson, I. Decosterd, A. Foletti |
| 9 h 40-10 h 20  | Transfusions sanguines: efficacité, risques et alternatives<br>Professeur D. Spahn  |
| 10 h 20-10 h 50 | Pause   |
| 10 h 50-11 h 25 | Bilan pré-opératoire<br>D <sup>rs</sup> J.-P. Gardaz, V. Moret  |
| 11 h 25-12 h    | Bêtabloccage chez les patients à risque cardiaque<br>D <sup>r</sup> P.-G. Chassot   |

**Ce cours est soutenu par la firme MSD.**

# Mission de formation des hôpitaux de la FHV

**Les hôpitaux faisant partie de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) sont souvent qualifiés de «petits» hôpitaux. Derrière ce terme se cache une méconnaissance de l'activité et de l'utilité réelle de ces hôpitaux non universitaires pour la formation des médecins assistants.**

Existe-t-elle vraiment, cette mission de formation des hôpitaux de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), dénommés si souvent les «petits» hôpitaux, ou aussi les hôpitaux «périphériques», où l'on pratique vraisemblablement de la «petite» médecine, peut-être même enseignée par de «petits» médecins? Constatation d'un langage émanant souvent de centres universitaires réputés pour leurs exigences de pointe dans certains domaines, ce que nous ne contestons évidemment pas.

Mais comment concevoir paradoxalement la demande permanente de ces mêmes centres d'un engagement temporaire de leurs assistants dans les «petits» hôpitaux, afin de parfaire leur formation? On ne peut mélanger par l'esprit académique, la recherche expérimentale, la chasse aux publications, les méthodes d'investigation sophistiquées et onéreuses, les traitements magnifiquement orchestrés grâce à une technicité performante et unique et des méthodes de formation certainement reconnues mais s'attachant à un autre aspect de la formation. Il faut vraiment rendre complémentaire ce que l'on enseigne à l'Université et la formation acquise dans ces fameux «petits» hôpitaux.

Il faut surtout que cesse cette condescendance stérile établie par certains cadres de l'enceinte universitaire envers les services non universitaires, dont les responsables médicaux sont parfois des personnes avec lesquelles ils étaient en compétition pour ce poste. La grande majorité des médecins-chefs interrogés en ont assez de cet état d'esprit qui nuit à l'harmonie de la profession mais surtout à la formation, dans une période éprouvante pour tous, où l'on devrait plutôt se serrer très fort les coudes au lieu de se poser en vassaux et suzerains.

Alors, véritablement, une mission parfois déterminante de la formation existe dans les établissements de la FHV, grâce à la disponibilité des cadres, à la communication sans intermédiaire, aux pathologies mul-

tiples autant que variées, à l'abondance des possibilités techniques, au contrôle permanent de tous les actes, à l'apprentissage des responsabilités dans des unités restreintes et vivantes. Comment passer sous silence une participation active à la formation des jeunes médecins lorsque tout le monde sait qu'en dix-huit mois un assistant aîné en gynécologie «fait» son catalogue opératoire, qu'en chirurgie il remplit largement les impératifs opératoires pour le titre FMH, qu'en anesthésiologie il acquiert une indépendance rassurante dans la grande majorité des actes, ainsi qu'en radiologie ou en médecine interne, lorsque cette maturité lui autorise une autonomie de diagnostic et de traitement? Que dire aussi des contacts permanents avec les pathologies urologiques, ophtalmologiques, ORL ou de chirurgie plastique?

La mission de formation des «petits» hôpitaux est avant tout pragmatique, immédiate dans son acquisition, en relation directe avec les malades et les maladies, itérative. C'est une formation en permanence contrôlée, et qui servira de base solide, profonde, indispensable, à la poursuite d'une formation plus large, ou plus dirigée, que l'Université pourra dispenser.

Oui, cette mission existe, elle est vivante et permanente et elle laisse dans les esprits des jeunes médecins une très large part à la satisfaction d'une pratique amplement expérimentée, guidée en permanence et acquise dans un climat de convivialité qui n'est peut-être pas étranger au souvenir qu'ils en gardent.

Par ailleurs, à l'heure où le canton de Vaud prévoit qu'une partie du financement des hôpitaux repose sur les missions et tâches particulières qui leur seraient reconnues, il nous semblait important de documenter et d'illustrer l'importante mission d'enseignement assumée dans les hôpitaux non universitaires.

*D<sup>r</sup> Alain Meyer  
Médecin-chef du service de chirurgie  
Hôpital de Morges*

## *Jeudi de la Vaudoise*

28 novembre 2002

Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

## **Gastro-entérologie 2002**

Organisateurs: Professeur Pierre Michetti, D<sup>r</sup> Mathieu Potin

9 h-9 h 30

Maladie de Crohn, perspectives en 2002  
Professeur P. Michetti

9 h 30-10 h

Mise au point sur la maladie cœliaque  
D<sup>r</sup> C. Felley

10 h-10 h 30

Pause

10 h 30-12 h

Séminaires interactifs

*Experts:*

Professeur P. Michetti, D<sup>rs</sup> J. Delarive, G. Dorta, C. Felley, J. Guyot, G. Schacher, J. Thorens, F. Viani et P. Wiesel

*Modérateurs:*

D<sup>rs</sup> M. Bonard, S. David, C. Galland, B. Giorgis, F. Henry, S. Hesse, M. Junod, J. Perdrix et M. Potin

***Ce cours est soutenu par la firme MSD.***

# L'hôpital de proximité, site de formation: désuet ou futuriste?

**A l'ère de la concentration hospitalière, l'hôpital de proximité offre aux populations des régions périphériques une large palette de soins de base. Trait d'union naturel entre le monde hospitalier et la médecine communautaire, il représente un site de formation original et très apprécié de nos jeunes confrères faisant leurs premiers pas dans la médecine pratique.**

Encore ouverts il y a vingt ans à la plupart des médecins praticiens de la région, les hôpitaux régionaux étaient de petits établissements desservant surtout la périphérie du canton. Puis ils se sont vus progressivement équipés de services de chirurgie, médecine et gynécologie, à l'instar des hôpitaux de zone de plus grande taille. Cette évolution inéluctable répondait aux impératifs du développement et de la technicité croissante de la médecine hospitalière. Cependant, ce retrait forcé des généralistes en dehors de l'hôpital a créé une brèche dans la cohésion de l'équipe médicale à l'heure où, au contraire, l'organisation en réseau nous incite à une meilleure harmonie dans la chaîne des soins. Durant cette même période, la planifica-

tion sanitaire cantonale va considérablement modifier le visage et la mission de ces «petits» hôpitaux: collaboration renforcée avec des partenaires de plus grande taille et concentration sur un site du service d'obstétrique et d'urgences chirurgicales, mais en revanche développement de nouvelles activités dans le domaine de l'hébergement et de la réadaptation.

## L'exemple de l'Hôpital du Pays-d'Enhaut

L'Hôpital du Pays-d'Enhaut, le plus petit établissement de soins aigus du canton avec 45 lits (tous services confondus), assure la prise en charge des 4500 habitants du district et des nombreux touristes visitant notre vallée (plus de 70 000 nuitées hôtelières en 2001). Lors de sa construction en 1979, l'intégration de quatre cabinets au sein même de l'institution (un chirurgien et trois médecins praticiens) a montré la voie pour une prise en charge sans heurts du patient hospitalisé et aussi pour une utilisation optimale des ressources à disposition (infrastructures médico-techniques comme radiologie, laboratoire, polyclinique) à une époque où l'explosion des coûts de la santé n'était pas encore un souci majeur et quotidien. Vingt-trois ans plus tard, on peut affirmer que la quasi-totalité du corps médical du Pays-d'Enhaut est investi d'une mission particulière au sein même de l'hôpital, qui demeure un merveilleux outil de travail. Si les spécialistes hospitaliers (chirurgien, inter-

niste, gynécologue, rhumatologue-réadaptateur) conservent la responsabilité des services traditionnels de soins aigus, un omnipraticien au bénéfice d'une solide formation en gériatrie dirige le secteur d'hébergement. Quant au service des urgences-polyclinique, il est intégralement supervisé par les médecins généralistes installés qui assurent ainsi une part très importante de l'enseignement prodigué à nos deux médecins assistants.

Un établissement comme le nôtre offre donc des postes de formation postgradués attractifs et inédits puisque relevant à la fois de la médecine hospitalière et de la médecine communautaire. De jeunes collègues en début de carrière peuvent en effet y confronter leur savoir académique tout frais avec l'expérience de praticiens aux formations et aux approches thérapeutiques ou diagnostiques très diverses. La vaste palette de cas et de situations ainsi rencontrée au cours d'un même stage offre aux jeunes médecins un cadre de référence qui leur permet une approche globale de la personne malade ainsi que de leur futur métier. Les choix de carrière et l'orientation vers des centres produisant un savoir plus spécialisé s'en trouvent souvent facilités.

Alors, un petit hôpital au fond d'une verte vallée: ringard ou avant-gardiste? A vous de juger!

*D<sup>r</sup> Patrick Scherrer  
Médecin-chef du service de médecine  
Hôpital du Pays-d'Enhaut,  
Château-d'Ex*



AVANT

# Un exemple de «petit» hôpital: l'Hôpital de Lavaux

**De nos jours, le monde de la santé connaît de constants changements dictés avant tout par des critères économiques. Dès lors, il est fondamental de garder au centre des débats le patient et ses besoins qu'un petit hôpital, bien intégré dans un réseau de soins, peut satisfaire.**

L'Hôpital de Lavaux, «petit» hôpital de 80 lits, fêtera cette année le soixantième anniversaire de sa construction, en ayant toujours respecté le désir de sa légataire, Félicie Fauquex, à savoir la prise en soins des malades, des personnes atteintes dans leur santé et des personnes âgées.

L'évolution de la médecine, les données médico-économiques et les changements démographiques ont amené la Fondation de l'Hôpital de Lavaux à s'adapter aux nouveaux besoins de la population et à renforcer sa collaboration avec le réseau sanitaire Arcos (Association Réseau de la communauté sanitaire de la région lausannoise). L'Hôpital de Lavaux développe des activités complémentaires aux autres prestataires de soins du réseau, notamment dans le domaine de la réadaptation, de la gériatrie et des soins palliatifs, tout en préservant sa qualité de médecine de proximité et une chirurgie élective.

## Complémentarité avec les soins aigus

En réponse à la pénurie inquiétante en lits de réadaptation, à laquelle le réseau Arcos doit faire face plus que tout autre dans le canton, l'Hôpital de Lavaux offre des prestations adaptées aux besoins de sa région, qu'il s'agisse d'une suite de traitement médical ou chirurgical, ou d'une prise en charge palliative de qualité.

Grâce aux synergies développées entre ses différents services, en plus de sa mission de réadaptation, le service de médecine offre aux patients du district des prestations médicales de proximité en accueillant en entrée directe des patients ne nécessitant pas un plateau technique lourd, contribuant ainsi à décharger les structures d'urgence chroniquement surchargées.

## Chirurgie performante

Le service de chirurgie, sans urgences, effectue grâce à une trentaine de chirurgiens agréés 1200 interventions

électives par année avec des ratios de performance optimaux. Il offre aux patients de la région lausannoise, dont la proportion bénéficiant d'une assurance privée est en diminution, le libre choix de leur chirurgien et la possibilité d'être accueillis dans un cadre exceptionnel et une structure de taille humaine.

Le service d'anesthésiologie, en plus du partenariat qu'il offre aux chirurgiens et des consultations préopératoires qu'il assure, fournit également un environnement médico-technique favorable à la prise en charge de patients en soins palliatifs.

## Activité ambulatoire au service de la population locale

En plus des services de médecine et réadaptation, de chirurgie et de l'hébergement médico-social, l'Hôpital de Lavaux dispose de services tournés vers l'extérieur (radiologie, physiothérapie, diététique, unité d'accueil temporaire) qui viennent compléter l'offre à la disposition de la population locale.

## L'avenir

Les restructurations, fusions voire fermetures d'établissements restant d'actualité dans la planification hospitalière cantonale vaudoise, la réflexion des établissements sanitaires doit être guidée par la nécessité de correspondre aux besoins de la région et du réseau sanitaire auxquels ils appartiennent. Le soutien de la population et des médecins traitants représente également une condition au maintien des petits hôpitaux.

Afin de renforcer sa position, un «petit» hôpital doit pouvoir définir clairement ses missions et développer ses spécificités.

Etant donné la nécessité de disposer d'une masse critique suffisante pour assurer la qualité des soins et le maintien d'un plateau technique intermédiaire, l'Hôpital de Lavaux a développé un projet d'établissement, soumis au Service de la santé publique. Ce projet propose la poursuite d'une

activité chirurgicale et retient comme objectifs prioritaires l'extension de sa mission de réadaptation de vingt-deux à quarante lits et l'ouverture d'une unité de dix lits spécialisés en soins palliatifs.

*Dr Gérard Pralong  
Médecin-chef,  
Hôpital de Lavaux  
Médecin associé, CHUV*



# Pourquoi ferme-t-on le service de chirurgie de l'Hôpital de Lavaux?

APRÈS

**La brusque fermeture de la chirurgie ne guérira pas les milliers de malades pris en charge jusqu'ici par l'Hôpital de Lavaux. Ils iront donc gonfler les listes d'attente, provoqueront des retards dans le traitement des autres patients, subiront les mêmes retards et leur traitement coûtera tout aussi cher à l'Etat et aux assurances, voire plus s'ils doivent être absorbés par le CHUV.**

Le 17 septembre dernier, M. Charles-Louis Rochat, conseiller d'Etat, a annoncé à une délégation de l'Hôpital la fermeture prochaine et imminente de sa chirurgie, ainsi que sa transformation en 22 lits B. Les raisons invoquées sont: besoin urgent de lits B dans le canton, économie d'environ 1,6 million par an, mais surtout poursuivre la politique décidée par l'Etat de Vaud.

Devant la brutalité de cette annonce et l'imminence de cette fermeture, nous sommes restés abasourdis. Nous avons cru jusqu'alors à notre économicité, à notre performance, mais surtout à la satisfaction générale de tous nos malades. En effet, avec une structure de petite taille, permettant «un coût de revient par malade» inférieur, une durée de séjour moyenne par malade de 5,2 jours, soit la plus basse du canton avec un taux de complication et de reprise très bas, le service de chirurgie participait à l'économie des coûts de la santé. 80% des 1100 malades opérés proviennent de la région lausannoise. Actuellement, aussi bien le CHUV, qui devrait les accueillir, et les hôpitaux de zone, qui seraient obligés de suppléer le CHUV, sont surchargés avec des listes d'attente pour hospitalisation de plusieurs semaines, voire de plusieurs mois.

Nous avons été stupéfaits de voir qu'une décision aussi grave de conséquences pour les patients a été prise sans consulter au préalable les intéressés. En effet, elle concerne tout un personnel qualifié de l'Hôpital, ainsi qu'un groupe de 32 chirurgiens et deux anesthésistes. Elle bouleverse également l'avenir d'une Fondation qui bénéficie des dons de soutien de la population du district de Lavaux. Nous aurions espéré participer activement à

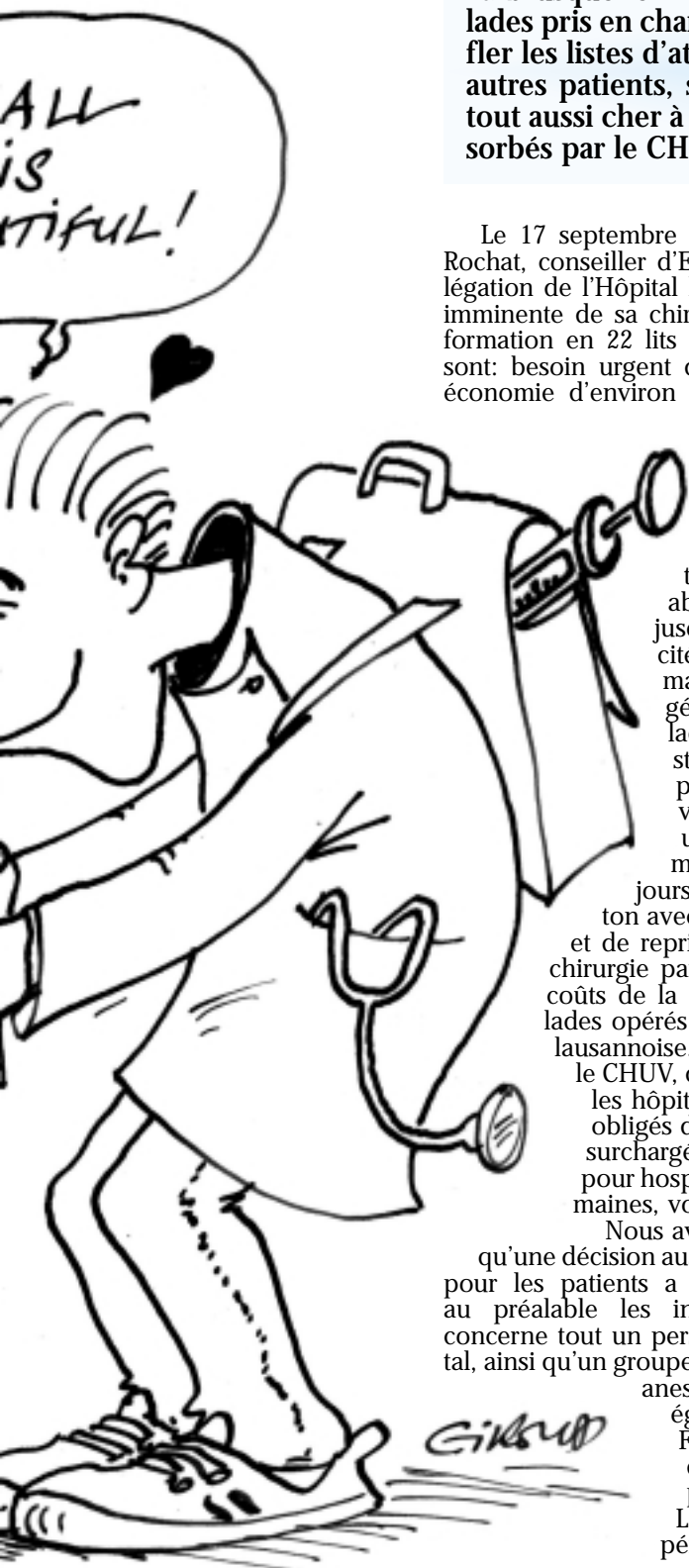
la réflexion sur l'avenir de notre établissement, de notre profession et la manière de traiter et de soigner la population. Nous avons l'amer sentiment de ne pas avoir été considérés.

L'avenir de la Fondation se trouverait, d'après le conseiller d'Etat Rochat, dans son changement de mission. Selon lui, son personnel spécialisé devrait rapidement être engagé ailleurs; les anesthésistes, qui doivent être flexibles et mobiles, retrouveraient sûrement aussi du travail ailleurs, le rôle de l'Etat n'étant pas de garantir des postes à tous les médecins; et les chirurgiens seraient agréés dans d'autres établissements vaudois. Tout cela alors que les autres établissements du canton sont surchargés, manquent de personnel, de moyens et de lits. Nous nous sentons responsables et solidaires envers nos patients. Et pour faire face à cette situation, d'autres hôpitaux devront augmenter leur capacité d'accueil, ce qui ne se fera pas du jour au lendemain.

## Enfin, de quelle économie parle-t-on?

Depuis l'an 2000, des investissements importants ont été consentis par la Fondation et l'Etat, pour rénover le service de chirurgie. Il est à noter que les derniers travaux de modernisation dudit service (ventilation) se terminent actuellement! On peut dès lors légitimement se demander quels sont les avantages économiques d'une telle décision, si l'on admet que ces patients seront traités dans d'autres services de chirurgie à un coût égal ou supérieur. La seule économie consisterait en fait à différer ou à renoncer à une prise en charge, soit à introduire de facto un rationnement des soins.

*D<sup>r</sup> Bijan Ghavami,  
chirurgien FMH  
Doyen du collège des médecins  
de l'Hôpital de Lavaux*





# Journée du GMGV

## Quel rôle pour les médecins en politique?

La traditionnelle Journée de juin du Groupement des médecins généralistes vaudois (GMGV) s'est déroulée le 27 juin dernier à la Grange de Dorigny. Huitante généralistes étaient présents face à des intervenants issus du monde politique, juridique et universitaire pour une journée sur le thème de «Médecine et Politique: je t'aime, moi non plus (?)».

Plus que jamais en lien direct avec l'actualité, la Journée de juin du GMGV consacrée aux relations entre médecine et politique s'est tenue (hasard du calendrier) le jour même de la manifestation des médecins assistants contre la clause du besoin. Préalablement aux débats, la journée a ainsi commencé par la lecture d'une lettre ouverte de l'Asmav à la conseillère fédérale Ruth Dreifuss.

Après ce préambule plaçant d'emblée les participants au cœur du sujet, le conseiller d'Etat Charles-Louis Rochat rappela l'importance du médecin de premier recours et de la liberté thérapeutique. Le chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) souligna également l'importance du maintien de rapports loyaux entre l'Etat et les partenaires de santé.

Sous la houlette de la journaliste de la TSR Martina Chyba, médecins et personnalités issues du monde politique, juridique et académique ont ensuite échangé leurs points de vue sur le système de santé actuel, l'engagement des médecins en politique et leur rôle dans la société.

### Médecine et politique: incompatibilité ou quête du pouvoir?

Pour le Dr Jean Martin, médecin cantonal vaudois, même si la tension entre médecine et politique est bien réelle, les deux «disciplines» poursuivent le même objectif, soit répondre aux besoins de la population. Pour sa part, le rôle du médecin cantonal est bien spécifique. Il constitue en effet

un contre-pouvoir éthique et de défense du citoyen et bénéficie de surcroît d'une certaine liberté par le fait de ne pas être élu. Dans un autre registre, le Dr Martin a également insisté sur l'importance de la dimension communautaire de la santé, de l'égalité dans l'accès aux soins et du libre choix du praticien.

Si, pour le Dr Eric Rochat, médecine et politique sont certes des sphères différentes mais pas incompatibles, il observe néanmoins que le nombre de médecins engagés en politique reste faible et que les quelques médecins politiques siègent majoritairement dans les organes législatifs. Pour l'ancien conseiller aux Etats et médecin généraliste à Saint-Légier, cet état de fait signifie bel et bien que ce sont des non-médecins qui proposent et disposent en matière de santé publique.

Sur la question du rôle social et politique du médecin, le sociologue Bernard Crettaz évoqua un syndrome commun aux médecins et politiciens qui pourrait être la recherche d'une certaine «erotique du pouvoir». Dans des sociétés de plus en plus fragmentées, le rôle du médecin est fondamental pour conserver la primauté du droit à la santé pour chacun.



Dr Jean Martin, médecin cantonal vaudois.



Dr Eric Rochat, médecin généraliste, Saint-Légier.



Professeur Bernard Crettaz, sociologue, Genève.



M<sup>e</sup> Jacques Micheli, avocat, Lausanne.

Le professeur Patrice Guex, chef du Service de psychiatrie de liaison, chef du Département de psychiatrie adulte, a traité d'une thématique axée autour du médecin, du patient et du tiers socio-politique, le cabinet médical étant considéré comme un lieu d'observation du social. Il a souligné l'autonomie du patient et l'hétéronomie de la justice distributive (instances tierces), ainsi que la disqualification globale du politique.

### La santé, un «jeu à quatre mains»

Sur le thème de l'engagement des médecins en politique, la conseillère aux Etats genevoise Françoise Saudan qualifia la santé de «jeu à quatre mains», où quatre intervenants sont impliqués: le citoyen-contribuable-assuré-patient, le prestataire de soins, les assureurs et l'Etat. Ce dernier fixe les règles du jeu au travers de la LAMal au plan fédéral, les compétences se situant au niveau cantonal. Plus généralement, M<sup>me</sup> Saudan a prôné la refonte complète du système d'assurance maladie et du mode de financement des hôpitaux. Pour ce qui est de la maîtrise des coûts de la santé, elle a rappelé les principaux points d'achoppement actuels: suppression de l'obligation de contracter, clause du besoin, poids du secteur hospitalier, enveloppe globale et TarMed.

### Le patient assuré, l'assureur et le médecin: quels arrangements possibles?

M<sup>e</sup> Jacques Micheli, président de l'Association suisse des assuré(e)s (Assuas), a pris l'exemple de l'assurance perte de gain (APG) pour déterminer si le médecin peut être le défenseur du droit des patients. En outre, M<sup>e</sup> Mi-

cheli a souligné l'importance de la mise en place d'un système uniforme pour la couverture de la perte de gain. Il regrette cependant que malgré la défense collective des assurés au travers de l'Assuas, le lobbying politique ait échoué du fait de la dispersion des organisations de défense.

### Médecin et/ou politicien?

La diversité et la richesse des interventions a permis d'apporter un éclairage nouveau sur la problématique fondamentale des relations entre

les médecins et le pouvoir politique. Tout en soulignant l'insuffisance de l'esprit corporatif des médecins, les orateurs se sont montrés unanimement en faveur d'un plus grand engagement des médecins en politique, afin qu'ils puissent exercer un poids plus important dans le processus de prise de décisions, particulièrement lorsqu'il s'agit de décisions touchant au domaine de la santé.

*D'après le communiqué de presse  
du Dr P. De Vevey  
Bütikofer Communication*

# Actualité

## Le pédiatre et le nouveau-né sain en clinique privée, mode d'emploi

**Depuis l'introduction de la LAMal, de nombreux pédiatres et également des jeunes mères ont contacté à maintes reprises la SVM à propos de remboursements litigieux d'honoraires de pédiatres pour des soins prodigués aux nouveau-nés sains en cliniques privées ou en divisions privées d'établissements subventionnés.**

Le statut du nouveau-né sain a été chaotique depuis l'introduction de la LAMal en 1996, car cette dernière ne faisait mention nulle part – et pour cause – du statut particulier du nouveau-né dit sain. Ce que d'aucuns ont appelé une lacune juridique a permis l'émergence de décisions spacieuses en particulier de l'OFAS. L'arrêt du Tribunal fédéral des assurances du 14.1.1999 puis la première révision partielle de la LAMal entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2001 ont permis de clarifier la situation. Le message du Conseil fédéral à ce propos a été d'une extrême précision puisqu'il a proposé «que l'assureur de la mère prenne à sa charge, dans le cadre des prestations de maternité, les frais de séjour et de soins de l'enfant tant que celui-ci séjourne avec sa mère, car les soins en question font partie intégrante de l'environnement thérapeutique dont a besoin la mère après l'accouchement».

Ainsi, dorénavant, en division commune d'un établissement subventionné, l'assurance obligatoire des soins de la mère prend en charge les prestations spécifiques de la maternité qui comprennent, en application de l'art. 29 al. 2<sup>e</sup> lettre d de la LAMal, «les soins accordés au nouveau-né en bonne santé et son séjour tant qu'il demeure à l'hôpital avec sa mère». Les notions de «séjour» et de «demeure à l'hôpital» transforment le statut fallacieux d'ambulatoire du nouveau-né sain en statut d'hospitalisé. Conséquence de cela dans notre canton, mais avec quelques réticences encore, la Convention vaudoise d'hospitalisation 2002 contient un nouveau type de facturation pour le nouveau-né sain où il est considéré comme «administrativement hospitalisé».

Il en va différemment lorsque le nouveau-né sain séjourne en établissement privé non subventionné, ce qu'est une clinique privée, ou en division privée d'un établissement hospitalier subventionné, «qui ne sont pas visés par le régime et la protection tarifaire découlant de la LAMal» selon l'arrêt du TFA du 19.3.1999 (BGE 125 V 101). Il s'agit du domaine du droit privé où est appliquée la loi sur le contrat d'assurance (LCA); en outre, les nombreuses interventions de la Commission de la concurrence dans plusieurs cantons, y compris le canton de Vaud, ont souligné l'importance grandissante dans ce domaine de la loi sur les cartels (LCart).

Lors de l'assemblée générale de 2001 du Groupement des médecins travaillant en cliniques privées (GMCP), M<sup>e</sup> B. Rusconi nous a expliqué les mécanismes du droit privé auxquels nous étions dorénavant soumis en clinique privée, en mettant l'accent sur l'information, notamment en matière économique, que nous devons impérativement à nos patients. C'est pour ces raisons que, par un courrier au mois de juillet 2002, nous avons recommandé aux obstétriciens d'adresser leurs patientes enceintes à leurs confrères pédiatres avant l'accouchement lorsqu'il est prévu en clinique privée, afin d'écartier leur responsabilité de mandataire potentiel, et aux pédiatres de rencontrer les futures mères afin de les informer selon les obligations du droit privé et de passer en revue les conditions générales et spéciales d'une éventuelle assurance complémentaire contractée soit en faveur de la mère soit de l'enfant à naître. Cette rencontre prénatale entre la future mère et le pédiatre, non reconnue

par l'assurance sociale, est donc hors LAMal et ainsi soumise au droit privé.

Ce sont, comme nous venons de le voir, les conditions générales et spéciales (variables d'un assureur à l'autre) des assurances complémentaires, facultatives, conclues en faveur de la future mère ou de l'enfant à naître, qui déterminent le mode de prise en charge des frais générés par le séjour du nouveau-né sain en clinique privée. Afin de mettre à la disposition des pédiatres un éventail des conditions générales et spéciales définissant la prise en charge du nouveau-né sain, nous avons contacté par écrit et téléphoniquement de nombreux assureurs. La tâche s'est avérée difficile car la rédaction de certaines conditions est imprécise, ce que le contact téléphonique n'a pas forcément permis d'améliorer. Malgré ces réserves, il nous a paru judicieux de publier cet inventaire afin de sensibiliser les pédiatres et les futures mères à la grande variation des conditions générales des assurances complémentaires et leur recommander de lire en détail leur police d'assurance, voire de prendre contact avec leur assureur. Si un assureur considère que ce qui est mentionné est imprécis ou erroné, nous sommes naturellement disposés à faire connaître leurs remarques dans le but de faciliter le fonctionnement des assurances complémentaires.

### **Conditions générales et spéciales des assurances complémentaires concernant le nouveau-né sain en clinique privée:**

#### **CPT**

Les frais de séjour et les frais médicaux du nouveau-né en bonne santé sont pris en charge par l'assurance des frais d'hospitalisation conclue par la mère pendant le séjour hospitalier de la mère.

#### **Philos**

En cas d'accouchement, la couverture d'hospitalisation de la mère



# COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la  
Société vaudoise de médecine

## Comité de la SVM

D<sup>r</sup> Charles-A. Favrod-Coune, président  
D<sup>r</sup> Charles Alexandre Steinhäuslin,  
vice-président  
D<sup>r</sup> Jean-Philippe Grob, secrétaire  
D<sup>r</sup> Jean-Marc Lambercy  
D<sup>r</sup> Philippe Munier  
Professeur Alain Pécoud  
D<sup>r</sup> Bertrand Vuilleumier

## Comité de rédaction du CMV

D<sup>resse</sup> Jacqueline Caillat  
D<sup>r</sup> Charles-A. Favrod-Coune  
D<sup>r</sup> Daniel Laufer  
D<sup>r</sup> Carlos Lima  
D<sup>r</sup> Jean-Pierre Randin  
D<sup>r</sup> Patrick-Olivier Rosselet

## Secrétariat général

P. A. Repond, secrétaire général  
Inka Moritz, secrétaire générale adjointe  
jusqu'au 30 septembre 2002

## Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1, Case postale 76  
1010 Lausanne 10  
Tél. 021 652 99 12  
CCP Lausanne 10-1500-5  
Fax 021 652 32 21  
E-mail: info@svmed.ch

## Fondation pour la garde médicale

### S.O.S. – Médecin de garde

Tél. 021 213 77 77 (24 heures sur 24)

Abonnements de déviation  
et de télécommunications au service  
des médecins de la région lausannoise

## Administration et rédaction

Case postale 76  
1010 Lausanne 10

## Régie des annonces

Suisse romande:  
inEDIT Publications SA  
Chemin des Jordils 40  
Case postale 74 – 1025 Saint-Sulpice  
Tél. 021 695 95 95  
Fax 021 695 95 51

## Réalisation

inEDIT Publications SA

s'étend également au nouveau-né en bonne santé, tant qu'il séjourne à l'hôpital en compagnie de sa mère.

### Sanitas

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire de l'enfant; si cette assurance manque, ils le sont par l'assurance complémentaire de la mère, aussi longtemps que l'enfant est hospitalisé avec sa mère.

### Helsana

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire d'hospitalisation de la mère, pour autant qu'ils soient établis selon leurs modalités de fonctionnement.

### Concordia

Les frais imputés pour le nouveau-né non couverts par l'assurance obligatoire des soins sont pris en charge par l'assurance d'hospitalisation de la mère. Il n'est pas nécessaire que l'enfant soit assuré auprès de Concordia.

### Supra

Après une discussion constructive entre la direction de Supra et la SVM en 2001, Supra rembourse pour l'heure les honoraires des pédiatres établis selon la LCA, mais est dans l'impossibilité de garantir le maintien de telles dispositions en 2003.

### Accorda

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire de la mère, tant que le nouveau-né séjourne à l'hôpital en sa compagnie.

### CFF

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire de la mère, tant que le nouveau-né séjourne à l'hôpital en compagnie de sa mère.

### Galenos

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire de la mère, tant que le nouveau-né séjourne à l'hôpital en compagnie de sa mère.

### Hermès

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire de la mère, tant que le nouveau-né séjourne à l'hôpital en compagnie de sa mère.

### Supra

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire de la mère, tant que le nouveau-né séjourne à l'hôpital en compagnie de sa mère.

### Swica

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire de la mère, tant que le nouveau-né séjourne à l'hôpital en sa compagnie et à condition que l'assurance sociale de l'enfant soit conclue auprès de Swica.

Si le nouveau-né est assuré auprès d'une autre assurance en ce qui concerne l'assurance sociale, les honoraires du pédiatre sont à la charge des parents.

### Intras

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont remboursés par l'assurance complémentaire de la mère, tant que le nouveau-né séjourne à l'hôpital en compagnie de sa mère et à condition que l'assurance sociale de l'enfant soit conclue auprès d'Intras.

Si le nouveau-né est assuré auprès d'une autre assurance en ce qui concerne l'assurance sociale, les honoraires du pédiatre sont à la charge des parents.

### Assura

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire spécifique «Materna» de la mère, tant que le nouveau-né séjourne à l'hôpital en compagnie de sa mère et à condition que l'enfant soit assuré auprès d'Assura pour l'assurance sociale.

Si le nouveau-né est assuré auprès d'une autre assurance en ce qui concerne l'assurance sociale, les honoraires du pédiatre sont à la charge des parents.

### EKG-Caisse de santé

En cas d'accouchement, les frais pour le nourrisson en bonne santé sont pris en charge par l'assurance de la mère, aussi longtemps que celui-ci séjourne à l'hôpital avec la mère, à condition toutefois que le nouveau-né soit assuré dès sa naissance auprès de EKG pour l'assurance obligatoire des soins.

### Groupe Mutuel

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire de la mère, tant que le nouveau-né séjourne

à l'hôpital en compagnie de sa mère et à condition que l'assurance sociale de l'enfant soit conclue auprès du Groupe Mutuel.

Si le nouveau-né est assuré auprès d'une autre assurance en ce qui concerne l'assurance sociale, les honoraires du pédiatre sont à la charge des parents.

### Provita

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire de la mère, tant que le nouveau-né séjourne à l'hôpital en compagnie de sa mère, et à condition que l'enfant soit assuré auprès de Provita pour l'assurance sociale.

Si le nouveau-né est assuré auprès d'une autre assurance en ce qui concerne l'assurance sociale, les honoraires du pédiatre sont à la charge des parents.

### CSS

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire de la mère, tant que le nouveau-né séjourne à l'hôpital en compagnie de sa mère et à condition que l'enfant soit assuré auprès de la CSS pour l'assurance sociale.

Si le nouveau-né est assuré auprès d'une autre assurance en ce qui concerne l'assurance sociale, les honoraires du pédiatre sont à la charge des parents.

Nous avons pu suivre précisément le cas d'un nouveau-né sain en clinique privée pour lequel les parents avaient conclu une assurance complémentaire. Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA et les modalités de fonctionnement de la CSS ont été remboursés sans difficulté.

### Wincare

Les honoraires du pédiatre établis selon la LCA sont pris en charge par l'assurance complémentaire de la mère assurée Wincare, tant que le nouveau-né séjourne à l'hôpital en compagnie de sa mère, et à condition que l'enfant soit également assuré auprès de Wincare pour l'assurance sociale.

Si le nouveau-né est assuré auprès d'une autre assurance pour l'assurance sociale, les honoraires du pédiatre sont à la charge des parents.

Si seul le nouveau-né est assuré auprès de Wincare (pour l'assurance complémentaire ou l'assurance sociale), les honoraires du pédiatre sont à la charge des parents.

### Visana

Les prestations supplémentaires du nouveau-né en bonne santé, à savoir les honoraires du pédiatre lors de séjour en clinique, sont prises en charge par l'assurance complémentaire de l'enfant.

Cet inventaire n'est de loin pas complet et contient des imprécisions voire peut-être quelques erreurs. Si un assureur ou l'autre prend contact avec nous, nous publierons à l'intention des pédiatres leurs précisions ou leurs compléments d'information.

En conclusion, nous espérons ainsi clarifier et faciliter la relation entre le pédiatre et le nouveau-né sain – il s'agit

naturellement de ses parents – en clinique privée ou en division privée d'un établissement subventionné, dont les fondements sont une information des futurs parents et une entente entre eux et le pédiatre avant l'accouchement. Pour cela, il est indispensable que l'obstétricien guide sa patiente enceinte auprès d'un pédiatre dès la connaissance d'une grossesse et du souhait d'un accouchement en clinique privée.

*Dr Bernard Burri, président  
du Groupement des médecins  
travaillant en cliniques privées*

*M<sup>me</sup> Inka Moritz, secrétaire générale  
adjoite de la SVM*

# Publication nominative de listes de «bons» médecins

Prenant prétexte d'informer ses assurés sur les performances de leurs médecins, l'assurance Helsana a entrepris de constituer et de publier des listes de médecins en fonction notamment de l'«économique» des traitements prodigués. La SVM, pourtant partenaire des assureurs et des autorités pour promouvoir une médecine de qualité et économique, est obligée de se distancier du projet de Helsana et d'avertir patients et autorités des dangers inhérents à de telles démarches. La publication nominative de listes de «bons» médecins est pernicieuse et va à l'encontre des intérêts des patients.

Helsana a l'intention de classer les médecins en fonction du coût des traitements de ses assurés. La liste des «meilleurs médecins» sera envoyée aux assurés pour permettre à «ceux d'entre eux qui désireraient trouver un nouveau médecin» de choisir en meilleure connaissance de cause.

Une telle liste dépend évidemment plus des maladies traitées que des médecins, ce que savent bien tous les assureurs. C'est pourquoi Helsana a tenté d'obtenir des données supplémentaires concernant l'équipement des cabinets médicaux, ou de définir des critères de confort comme les durées d'attente perçues par les patients.

La solidarité est à la base de l'assurance obligatoire. Or, les listes de médecins dressent les bien-portants contre les malades. Car si l'assuré en bonne santé a intérêt à exclure les médecins qui utilisent des ressources coûteuses, il en va différemment pour l'assuré malade. Ce dernier souhaite légitimement que l'on fasse pour lui tout ce qui est utile et raisonnable, comme le prévoit la LAMal, y compris un traitement onéreux.

La publication d'une telle liste comporte donc un fort risque d'être complètement contre-productive. Les patients rechigneront en effet à consulter un médecin bien classé par Helsana, par peur de se voir refuser un traitement cher, mais peut-être nécessaire. Ils opteront plutôt pour les médecins «hors liste», pour être sûrs d'obtenir les soins conformes à leurs besoins.

Incontestablement, la diffusion d'une liste de «bons médecins» est un premier pas vers la suppression de l'obligation de contracter. Pour garder des primes attractives, l'assureur ne tardera pas à cesser de rembourser les

médecins «hors liste» dans le cadre de l'assurance de base (mais peut-être pas dans le cadre d'une assurance complémentaire pour les assurés qui en auront les moyens). C'est le sens de la révision de la LAMal qui sera prochainement soumise aux Chambres fédérales.

Loin de créer une transparence souhaitable, la publication de telles listes génère au surplus un chaos nuisible et antisocial pour les assurés. En effet, l'expérience de la LAMal a montré que seule une minorité d'assurés change actuellement d'assurance, malgré la possibilité d'économiser chaque année des centaines de francs en gardant l'accès aux mêmes prestations. Les listes de médecins agréés par l'une ou l'autre assurance rendront encore plus difficile le choix de la caisse maladie. Il est donc illusoire de croire qu'une majorité d'assurés aura la possibilité ou la capacité de choisir son assurance en soupesant tous les éléments nécessaires, dont ferait en particulier partie une liste restrictive de médecins.

Le projet de classement (*rating*) des médecins n'est donc nullement une mesure pour une médecine efficace et économique, mais sert les intérêts purement commerciaux de l'assureur. En contrepartie, il dessert l'équité, la transparence et promeut une médecine à première vue bon marché, au détriment de la vraie qualité.

Les médecins vaudois et suisses ne contestent pas la nécessité de réformer le système de santé et de l'adapter aux changements sociaux et médicaux. Des mesures d'incitation et de formation, notamment sous l'égide des sociétés de médecins cantonales et de la FMH, ont déjà permis au secteur am-

**La Société  
vaudoise  
de médecine  
dénonce le projet  
de «rating» de  
Helsana  
qu'elle juge  
dangereux et  
contre-productif**

bulatoire de s'adapter aux progrès sans coûts excessifs. Le TarMed créera les bases pour une transparence généralisée dès 2004 au plus tard. Ces exemples montrent que la situation peut être canalisée par d'autres moyens.

Aujourd'hui, il s'agit d'entreprendre des mesures véritablement partenariales et non de chercher à instaurer une concurrence fratricide entre médecins, dont les véritables victimes seront les malades.



# Courrier

## Généralistes qualifiés de somaticiens

Chers Confrères,

Je tiens à remercier et féliciter le comité de rédaction pour l'excellent numéro sur la psychiatrie. Un merci tout particulier à nos confrères psychiatres qui ont pris la peine et le temps de rédiger d'excellents articles.

J'aurais juste une petite remarque à propos d'un passage de l'article importé du Courrier du médecin vaudois (D<sup>rs</sup> Peter, Berney, Gammeter). Dans le paragraphe intitulé «Une vraie chaîne des urgences psy», ces confrères écrivent: «Enfin, les médecins somaticiens qui participent à la garde en ville dans le cadre de la fondation pour

la garde médicale interviennent pour des urgences psychiatriques non déplaçables, soit à domicile, soit dans les locaux de police, pour les personnes qui n'ont pu être conduites au CITB en raison d'une agitation ou d'une violence importante.»

Je suis un peu choqué de voir ainsi traiter les médecins généralistes de «somaticiens», utilisables à la rigueur pour «des urgences psychiatriques non déplaçables». Quand on sait le temps et l'énergie que le médecin généraliste consacre aux dimensions psychologiques et sociales de ses patients, à côté de la dimension biologique, je trouve cette conception de la médecine

générale un peu courte, mais finalement assez révélatrice de l'image que peuvent avoir de nous certains spécialistes.

Ce lapsus, si c'en est un, est révélateur de l'image morcelée non seulement de la médecine mais aussi du patient.

J'invite volontiers ces confrères psychiatres à vivre quelques journées en médecine générale, ce qui serait probablement le moyen le plus efficace d'effacer à tout jamais ce mot barbare de leur vocabulaire (il n'existe d'ailleurs pas dans le dictionnaire).

En vous réitérant mes félicitations, je vous adresse, chers Confrères, mes salutations les meilleures.

*D<sup>r</sup> F. Pilet, Vouvry*

## Psychiatres-somaticiens: une relation de vieux couple

En effet, les relations entre psychiatres et somaticiens ne sont pas au beau fixe. Et ce n'est pas nouveau. Comme ma collègue Jacqueline Caillat (*Courrier du médecin vaudois* 3/2002, page 7), je souhaite faire un état des lieux vu, cette fois-ci, par les yeux du généraliste de village.

Dans l'Ouest vaudois, l'hôpital psychiatrique jouit d'une réputation catastrophique auprès de la population. Nombreux sont les patients qui y ont séjourné et prêts à jurer que jamais ils n'y retourneront de leur propre gré. Cela ne préjuge en rien de la qualité réelle des soins qu'ils ont reçus, mais témoigne simplement de leur vécu d'«usager». Les institutions ambulatoires rattachées à l'hôpital psychiatrique et les psychiatres installés en cabinet sont à peine mieux considérés, étant souvent vécus comme le tremplin vers l'institution, et il faut user de beaucoup de persuasion pour convaincre les patients que ce n'est pas forcément le cas.

Mais le parcours du combattant ne finit pas une fois que le généraliste a réussi à convaincre son patient de la nécessité de prendre avis d'un «psy» et des avantages qu'il pourra en retirer. En effet, si le poncif du psy atteignable seulement «entre moins dix et l'heure»

semble éculé, les conditions mises à la prise en charge d'un patient sont souvent rédhibitoires. Tous ces exemples sont tirés de cas vécus personnellement.

- Le cas est trop lourd pour une prise en charge ambulatoire (mais le patient refuse d'être hospitalisé et ne remplit pas les critères pour un internement non volontaire!).
- Le «psy» est surchargé et manque de disponibilité dans les X mois à venir (certes, le traitement d'une névrose est plus long que celui d'une angine!).
- Le «psy» récuse un patient qui manque de motivation et ne vient «que» sous la pression de sa famille ou de son généraliste (cas fréquent!).
- Certains membres de la famille refusent de participer à une thérapie familiale.
- Le patient est réticent à la méthode préconisée: consultations conjointes, thérapie systémique, etc.
- Le «psy» refuse de se déplacer à domicile.

Ce sont donc souvent les généralistes qui assument la prise en charge de patients «psy» difficiles, chroniques ou urgents et rebelles au traitement. Mais contrairement à ma collègue psy-

chiatre, je pense que ces patients ne sont pas des sinécures dont les généralistes sont «bien contents de s'occuper» et qui constituent «le gros de leur clientèle», mais un pain noir et amer et qu'ils n'ont jamais voulu «enlever de la bouche» du psychiatre.

Après une réunion récemment organisée à Nyon, il fut décidé de faire une enquête pour connaître la nécessité qu'ont les généralistes de recourir aux psychiatres pendant un mois. J'en ignore les résultats complets, mais je me souviens de n'avoir pas exprimé ce besoin. La raison en est simple: après de nombreuses expériences infructueuses en vingt ans de pratique, j'ai pris l'habitude de fonctionner «sans» et de gérer moi-même les problèmes «psy».

Tout le monde est conscient du malaise qui règne dans notre «vieux couple». Mais on s'en étonne moins si l'on admet qu'il ne s'agit pas d'un mariage d'amour... tout au plus d'un mariage de raison, ou le plus souvent d'une union arrangée entre des partenaires qui ne se connaissent pas puisqu'ils ont été élevés dans des écoles non mixtes! Ce constat pourrait donner des pistes de réflexion pour améliorer l'avenir des étudiants et assistants actuels. Mais pour les «vieux» praticiens, la situation semble plus cristallisée et je ne vois pas de solution à court terme.

*D<sup>r</sup> Michel Borzykowski, Coppet*

# Calendrier médical vaudois

Période du 26 octobre au 23 novembre

## SAMEDI 26 OCTOBRE 2002

17<sup>e</sup> Marcheton CF en faveur de personnes atteintes de mucoviscidose – Lausanne, EPFL, Dorigny – Renseignements: tél. 021 623 37 17, fax 021 623 37 10, www.marcheton.ch.

## MARDI 29 OCTOBRE 2002

18 h 30: Colloque hospitalo-régional de Morges – «Présentation de cas. État des relations entre médecins de ville et de l'Hôpital de Morges» – Morges, Hôpital de Morges, Auditoire de l'ESIM – Renseignements: D<sup>r</sup> R. Rosso, tél. 021 801 92 11, fax 021 803 39 14.

## MERCREDI 30 OCTOBRE 2002

17 h-18 h: Conférence postgraduée du service d'anesthésiologie – Professeur D<sup>r</sup> D. Benhamou: «Quoi de neuf en anesthésie obstétricale» – Lausanne, CHUV, auditoire Yersin – Renseignements et inscriptions: M<sup>me</sup> B. Felicione, tél. 021 314 20 01, fax 021 314 20 04, e-mail: barbara.felicione@chuv.hospvd.ch.

## JEUDI 31 OCTOBRE 2002

8 h 30-17 h 15: Journée des professionnels de la santé – «La concurrence, instrument de rationalisation: panacée ou illusion» – Genève, Hôpitaux universitaires de Genève, bâtiment principal, auditoire Marcel-Jenny – Renseignements et inscriptions: Service de formation continue, Université de Genève, tél. 022 705 78 33, fax 022 705 78 30, e-mail: info@formcont.unige.ch, www.unige.ch/formcont.

9 h-12 h: Les Jeudis de la Vaudoise – «Anesthésie: nouveautés et bilan pré-opératoire» – Organisateur: Professeur Donat R. Spahn, Lausanne, CHUV, auditoire César-Roux – Renseignements et inscriptions: tél. 021 652 99 12, fax 021 652 32 21, e-mail: formationcontinue@svmed.ch.

9 h 30-12 h: Colloque postgradué du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation – Dès 9 h 30: «Présentations de cas du service RMR; dès 11 h: Professeur J.-P. Zellweger: «Les nouveaux traitements biologiques et la tuberculose» – Lausanne, hôpital Nestlé, auditoire Louis-Michaud.

12 h 15-13 h 45: Colloque de l'UMSA et du SUPEA – Professeur Ph. Leuenberger: «Investigation et traitement de l'asthme chez l'adolescent» – Lausanne, UMSA/SUPEA, av. Beaumont 48, salle de colloques, 1<sup>er</sup> étage – Renseignements: UMSA, tél. 021 314 37 60, fax 021 314 37 69, e-mail: umsa@chuv.hospvd.ch, www.umsa.ch.

13 h: Séminaire de maladies infectieuses – D<sup>r</sup> S. Harbarth: «Infection control: what can we learn from the U.S. experience?» – Renseignements: M<sup>me</sup> S. Bovey, tél. 021 314 10 10, fax 021 314 10 18, e-mail: sylviane.bovey@chuv.hospvd.ch.

15 h-17 h 30: Colloque de formation continue du service de cardiologie du CHUV – Professeur M. Allesie et D<sup>r</sup> J. Metzger: «Fibrillation auriculaire: encore des nouveautés! Aspect diagnostiques et thérapeutiques. Pacemaker/défibrillateur intracardiaque et environnement électronique» – Lausanne, CHUV – Renseignements: D<sup>r</sup> A. Jaussi, tél. 024 425 52 44, fax 024 425 56 72.

16 h 30: Séminaire de l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST) – D<sup>r</sup> J. Cornuz: «Prévention du tabagisme: quels sont les vrais enjeux» et D<sup>r</sup> ès Sc. Trinh Vu Duc: «Tabagisme passif: marqueurs et niveaux d'exposition» –

Lausanne, auditoire Pierre-Decker – Renseignements: tél. 021 314 74 21.

17 h 30-19 h: Conférence du Jeudi de La Métairie – Professeur J.-N. Despland: «Au-delà des écoles, la psychothérapie peut-elle être efficace?» – Nyon, Clinique La Métairie – Renseignements et inscriptions: C.-L. Felchlin, tél. 022 363 20 20, e-mail: contact@lametairie.ch.

19 h: Conférence-débat du GRAAP – D<sup>r</sup> J. Beson: «Drogue, alcool: un dangereux calmant» – Lausanne, GRAAP, rue de la Borde – Renseignements: tél. 021 647 16 00, www.graap.ch.

## JEUDI 31 OCT. AU SAMEDI 2 NOV. 2002

Congrès annuel de la Société suisse de dermatologie et vénéréologie – Lieu: Berne – Renseignements: Secrétariat du Professeur R. G. Panizzon, tél. 021 314 03 50, fax 021 314 03 82.

## SAMEDI 2 NOVEMBRE 2002

8 h 30-13 h 30: Les 15<sup>es</sup> Entretiens de Beaulieu (Société médicale de Beaulieu) – «Vieillir jeune» – Genève, hôtel Mandarin Oriental du Rhône, quai Turrettini, – Renseignements et inscriptions: Symporg SA, tél. 022 839 84 84, fax 022 839 84 85, e-mail: info@symporg.ch.

## LUNDI 4 NOVEMBRE 2002

14 h-15 h: Colloque phosphocalcique – D<sup>r</sup> O. Lamy: «La «Women's Health Initiative» a-t-elle sonné le glas de la substitution hormonale?» – Lausanne, CHUV – Renseignements: D<sup>r</sup> M.-A. Krieg, tél. 021 314 08 70, fax 021 314 08 71.

## JEUDI 7 NOVEMBRE 2002

9 h-16 h: Journée de la Commission d'éthique clinique du CHUV – «Vulnérabilité et consentement: participation de l'enfant et de la personne âgée au projet thérapeutique» – Lausanne, CHUV, auditoire Beaumont – Renseignements et inscriptions: 021 314 18 16, e-mail: francoise.bedat@chuv.hospvd.ch, www.hospvd.ch/public/chuv/dir/eth.

9 h-17 h: Formation continue universitaire: médecine communautaire et société – «Précarité, clandestinité, privation de liberté» – Lausanne, EPFL – Renseignements et inscriptions: Service de formation continue de l'Université de Lausanne, tél. 021 692 22 93, fax 021 692 22 95, e-mail: formcont@unil.ch.

## VENREDI 8 NOVEMBRE 2002

8 h 45-17 h 30: Journée de neuropsychologie de Suisse romande – Genève, Hôpitaux universitaires de Genève, amphithéâtre de pédiatrie – Renseignements et inscriptions: E. Mayer, clinique de neurologie, Hôpital universitaire de Genève, 1211 Genève 14.

## MARDI 12 NOVEMBRE 2002

8 h-10 h: Formation continue du département de pédiatrie de Lausanne – D<sup>r</sup> P.-A. Michaud «Médecine de l'adolescence» – Lausanne, CHUV – Renseignements: D<sup>r</sup> E. Roulet, tél. 021 314 35 63.

9 h-10 h: Formation continue du département de pédiatrie de Genève – D<sup>resse</sup> M. Caflisch: «Médecine de l'adolescence» – Genève, HUG – Renseignements: Professeur E. Girardin, tél. 022 382 46 03.

## MERCREDI 13 NOVEMBRE 2002

17 h-18 h: Conférence postgraduée du service d'anesthésiologie – D<sup>r</sup> P. Biro: «The worst sins and the most glorious virtues in Powerpoint» –

Lausanne, CHUV, auditoire Yersin – Renseignements et inscriptions: M<sup>me</sup> B. Felicione, tél. 021 314 20 01, fax 021 314 20 04, e-mail: barbara.felicione@chuv.hospvd.ch.

## JEUDI 14 NOVEMBRE 2002

8 h 15-17 h: Congrès de la Fondation pour l'éducation et la recherche en allergologie et immunologie (F.E.R.A.I.) – Morges, Théâtre de Beausobre – Renseignements et inscriptions: D<sup>r</sup> M. Reinhardt, tél. 021 320 10 28, fax 021 312 14 59, e-mail: reinhardt@bluewin.ch.

9 h-12 h: Colloque du Jeudi de la PMU – D<sup>rs</sup> A. Farron et I. Chossis: «Pathologie de l'épaule ou «épaule douloureuse». Théorie ou pratique» – Lausanne, auditoire de la PMU – Renseignements: D<sup>r</sup> De Heller, tél. 021 345 22 22, fax 021 345 23 23.

14 h 15-15 h 45: Conférence du CEPUSPP – D<sup>r</sup> M. Prince, Londres: «Dementia in Developing Countries» – Prilly, site de Cery, auditoire de la clinique psychiatrique universitaire – Renseignements: M<sup>me</sup> R.-M. Matthey, tél. 021 643 63 02.

17 h 30-19 h: Conférence du Jeudi de La Métairie – Professeur F. Follrath: «Affections cardiaques et dépression» – Nyon, Clinique La Métairie – Renseignements et inscriptions: M<sup>me</sup> C.-L. Felchlin, tél. 022 363 20 20, e-mail: contact@lametairie.ch.

18 h 30: Colloque scientifique interrégional mensuel de l'Hôpital intercantonal de la Broye – D<sup>r</sup> O. Caramello: «Les pathologies de l'épaule et leurs traitements» – HIB, 1<sup>er</sup> sous-sol du site payvernois de l'HIB – Renseignements: D<sup>r</sup> O. Rostan, tél. 026 662 85 13.

## LUNDI 18 NOVEMBRE 2002

14 h-15 h: Colloque phosphocalcique – D<sup>rs</sup> N. Theumann et M.-A. Krieg: «Densitométrie osseuse: les pièges à éviter» – Lausanne, CHUV – Renseignements: D<sup>r</sup> M.-A. Krieg, tél. 021 314 08 70, fax 021 314 08 71.

## MARDI 19 NOVEMBRE 2002

18 h 30: Colloque hospitalo-régional de Morges – D<sup>r</sup> P. Pasche: «Ronflement et syndrome d'apnée du sommeil: rôle de la chirurgie et des propulseurs mandibulaires» – Hôpital de Morges – Renseignements: D<sup>r</sup> R. Rosso, tél. 021 801 92 11, fax 021 803 39 14.

## MERCREDI 20 NOVEMBRE 2002

17 h-18 h: Conférence postgraduée du service d'anesthésiologie – Professeur F. Clergue: «Sécurité en anesthésie» – Lausanne, CHUV, auditoire Yersin – Renseignements et inscriptions: M<sup>me</sup> B. Felicione, tél. 021 314 20 01, fax 021 314 20 04, e-mail: barbara.felicione@chuv.hospvd.ch.

## VENREDI 22 ET SAMEDI 23 NOVEMBRE 2002

Formation à la thérapie systémique brève – M.-A. Cabié et L. Isabaert – Renseignements et inscriptions: CERFASY, tél. 032 724 24 72, fax 032 724 22 44, e-mail: cerfasy@cerfasy.ch.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 25 novembre et le 27 décembre 2002: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 21 octobre 2002.