

COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

*Quel avenir pour
les cliniques privées?*

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

5
AOÛT
2003

Triple avantage



Nouveau!

- ➔ 10mg, 20mg et 40mg
- ➔ Jusqu'à 60% plus avantageux que l'original
- ➔ Prestations étendues
- ➔ Plus d'informations sous www.genericum.ch

Qualité, efficacité et prix:
trois raisons claires parlent en faveur
d'une véritable alternative.

mepha



Omezol-Mepha®

C: Omeprazolol I: Inhibiteur sélectif de la pompe à protons. **Confirmés:** Omezol-Mepha® 20/40: Ulcère duodénal, ulcère gastrique, oesophagite de reflux (traitement au long cours également), syndrome de Zollinger-Ellison, ulcères peptiques ou érosions gastro-duodénales dus aux AINS. Reflux gastro-oesophagien symptomatique. Prophylaxie des récurrences de l'ulcère gastrique. **Confirmée:** Omezol-Mepha® 10: Prophylaxie après guérison d'une oesophagite de reflux. **Posologie:** Adultes et adolescents de plus de 12 ans: 1 capsule à 20 ou 40mg 1 x par jour. Ulcère duodénal: Omezol-Mepha® 20mg 1 x par jour. Prophylaxie des récurrences de l'ulcère duodénal: 20-40mg 1 x par jour. **Ulcère gastrique, oesophagite de reflux:** 20-40mg 1 x par jour. Prophylaxie des récurrences de l'ulcère gastrique: 20-40mg 1 x par jour. **Omezol-Mepha® 10:** Pour la prophylaxie après guérison d'une oesophagite de reflux: 10mg, jusqu'à 20-40mg 1 x par jour. **CI:** Hypersensibilité connue à l'égard de l'oméprazole. **Remarques et précautions:** Perte de poids significative, vomissements permanents, dysphagie, hématurie ou méiène. Chez l'enfant uniquement sur indication strictement posée. **Effets indésirables:** Réactions cutanées, alopecie, céphalées, fatigue, vertiges, apathie, paresthésies, insomnies. Troubles gastro-intestinaux, sécheresse buccale, stomatite, anomalies de la formule sanguine, réactions d'hypersensibilité. Angioedème, montée de la température, constriction des voies respiratoires, néphrite interstitielle, sudation plus abondante, oedèmes périphériques et dysgueusies. **Interactions:** Kétoconazole, itraconazole, diazépam et médicaments métabolisés essentiellement par le foie (cytochrome P450 2C19), clarithromycine. **Estampille:** B. Pour les informations détaillées, consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

Vous trouverez d'autres informations sur Omezol-Mepha® à l'adresse de notre Service Littérature: medizinschweiz@mepha.ch

Mepha Pharma SA, CH-4147 Aesch/BL, Tél. 061 705 43 43, Fax 061 705 43 85, www.mepha.ch

Editorial

Quel avenir pour les cliniques privées?

Depuis les années 80, le terme de «coûts» est plus souvent retrouvé que le mot «patient» dans les textes et les discussions sur le système de santé. Les difficultés d'alors conduisent aux arrêtés fédéraux urgents, puis à la mise en application de la LAMal le 1^{er} janvier 1996. Un certain chaos s'installe: contre toute attente (?), les primes d'assurances maladie de base augmentent fortement; les grandes assurances privées se retirent discrètement de l'assurance maladie complémentaire, les restructurations se succèdent, pour les cliniques privées et les caisses maladie; quelques politiciens y laissent aussi des plumes, alors que les médecins, tétanisés, se battent pour ou contre le monstre TarMed...

Dans ce climat tendu, les 2^e et bientôt 3^e révisions de la LAMal suscitent craintes et espoirs. En dehors d'autres mesures, nombreuses et fort discutées, la «réforme des financements hospitaliers prévoit l'extension de la contribution des cantons aux séjours hospitaliers en cliniques privées». Il s'agit là d'une véritable révolution, pour les cliniques privées et ceux qui y travaillent de façon prépondérante.

Les articles que vous lirez dans ce numéro du Courrier montrent:

- *les peurs de certains médecins privés, mais encore, et c'est assez nouveau, quelques propositions concrètes;*
- *la confiance des cliniques privées d'être compétitives dans le cadre de l'assurance de base, pour autant que les conditions de la concurrence soient respectées;*

**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions

N° 6/2003
9 octobre 2003
(délai rédactionnel:
29 août 2003)

N° 7/2003
6 novembre 2003
(délai rédactionnel:
26 septembre 2003)

Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

Cliniques privées... d'avenir

La clinique privée, le lieu «normal» de l'activité hospitalière

1996 n'était qu'un avant-goût

Cliniques privées et assureurs maladie ont des intérêts communs

Cliniques privées: entre liberté et planification

Deuxième révision de la LAMal: le glas de la relation médecin-malade?

Nouveau rôle pour les cliniques privées, nouveau rôle pour l'Etat

12

Chez les délégués

Assemblée du 19 juin 2003

13

Formation

15

Courrier

16

Calendrier médical vaudois

- la joie un peu agaçante des assureurs d'augmenter leurs pouvoirs sur le système, mais aussi leurs intéressantes propositions d'assurance complémentaire «à la carte»;
- les gros soucis des pouvoirs publics à trouver des solutions acceptables économiquement et politiquement, dans un monde tellement complexe...

Notre société offre le plus souvent une vision bipolaire: privé-public, spécialistes-généralistes, etc. Il est bien sûr possible de continuer comme cela, mais restant optimiste, je verrais maintenant de bonnes opportunités de mieux rapprocher les médecins entre eux et d'instaurer enfin une concertation véritablement constructive avec nos quatre partenaires (assurés-patients, hôpitaux publics et privés, assureurs, pouvoirs publics), ce qui constituerait un original «Club des 5», un monde très multipolaire en somme, comme il l'est dans la réalité.

D^r Georges Buchheim, spécialiste FMH en chirurgie

«News» (Lettre d'information de la FHV)

Bien que la Société vaudoise de médecine ait ratifié la convention vaudoise hospitalière 2003 en date du 24 février 2003, la lettre d'information de la Fédération des hôpitaux vaudois «News» du mois de mars avait relevé à tort que la signature de la SVM manquait à cette convention. Cette information erronée a été particulièrement mal perçue par le corps médical, c'est pourquoi la SVM a demandé à la FHV, qui a admis sa méprise, de bien vouloir apporter un rectificatif par voie de presse, lors de la publication d'un prochain numéro de «News».

Jeudi de la Vaudoise

25 septembre 2003

Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

«La mort à vivre...»

Organisation:

D^r Lazare Benaroyo et Professeur Gérard Waeber

- | | |
|-----------------|---|
| 9 h-9 h 25 | Thème de la mort et relation médecin-malade
Professeur Patrice Guex |
| 9 h 25-9 h 50 | Reconnaissance des valeurs en jeu dans l'approche de la mort
Professeur Eric Fuchs |
| 9 h 50-10 h 15 | Vision historique et anthropologique de la mort
Professeur Vincent Barras |
| 10 h 15-10 h 45 | Pause |
| 10 h 45-11 h 10 | Approche palliative de la mort à domicile
D ^{re} se Claudia Mazzocato |
| 11 h 10-11 h 30 | Fin de vie et mort en institution
D ^{rs} Lazare Benaroyo et Christophe Büla |
| 11 h 35-12 h | Du rôle du médecin légiste pour vivre le deuil
Professeur Thomas Krompecher |

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM

- D^r Charles-A. Favrod-Coune, président
D^r Charles-Alexandre Steinhäuslin,
vice-président
D^r Jean-Philippe Grob, secrétaire
D^r Jean-Marc Lambercy
D^r Philippe Munier
D^r Bertrand Vuilleumier
D^r Lennart Magnusson

Comité de rédaction du CMV

- D^{re}se Jacqueline Caillat
D^r Charles-A. Favrod-Coune
D^r Carlos Lima
D^r Jean-Pierre Randin
D^r Patrick-Olivier Rosselet
D^r Louis-Alphonse Crespo
D^r Georges Buchheim
Photos: Fariba de Francesco
et Catherine Borgeaud

Secrétariat général

- P.-A. Repond, secrétaire général
Catherine Borgeaud,
secrétariat de rédaction CMV

Société vaudoise de médecine

- Route d'Oron 1, Case postale 76
1010 Lausanne 10
Tél. 021 651 05 05
CCP Lausanne 10-1500-5
Fax 021 651 05 00
E-mail: secgen@svmed.ch
Internet: www.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

Dossier

Cliniques privées... d'avenir

La survie du système de santé publique passe par le rationnement des soins, en raison de l'absence de volonté de trouver un mode de financement politiquement correct. L'Etat imposant le rationnement ne peut se permettre de laisser exister un système privé concurrentiel, raison pour laquelle il se refuse d'appliquer la loi et d'assumer les charges financières qui en découlent. Dans le même temps, l'Etat cherche à développer le secteur privé des établissements subventionnés.

La LAMal, introduite en 1996, comporte une obligation générale d'assurance. Refuser des prestations de cette assurance sociale de base à des personnes qui y ont droit, simplement parce qu'elles disposent en plus d'une assurance complémentaire privée pour les cas de maladie, est contraire au droit. De ce fait, la Confédération a l'obligation de faire appliquer cette loi et de régler définitivement la prise en charge de la part étatique des personnes disposant d'une assurance complémentaire semi-privée ou privée. L'assurance de base couvre, en chiffre rond, 50% des coûts générés

par un séjour hospitalier et que doivent prendre en charge les caisses maladie, tandis que l'autre moitié est endossée par les cantons.

Il est curieux de constater combien l'autorité cantonale s'emploie, depuis l'entrée en vigueur de cette loi et la réglementation inéluctable de la prise en charge de ces montants, à vouloir planifier et marginaliser la concurrence privée. Cette planification sera exécutée par le canton, c'est-à-dire un des prestataires concernés qui une fois de plus devient juge et partie.

Les directeurs sanitaires témoignaient de leurs préoccupations quant

à la révision planifiée de la LAMal. Ils font savoir qu'ils refusent l'octroi de «subventions aux cliniques privées» dans le cadre du nouveau système de financement des hôpitaux. Il est indéniablement vrai que le Conseil fédéral prévoit de ne plus considérer le système de financement des institutions mais les cas à traiter. La contribution cantonale ne doit pas profiter à l'hôpital, mais aux patients assujettis à l'assurance obligatoire, à condition qu'ils séjournent et soient traités dans un hôpital répertorié.

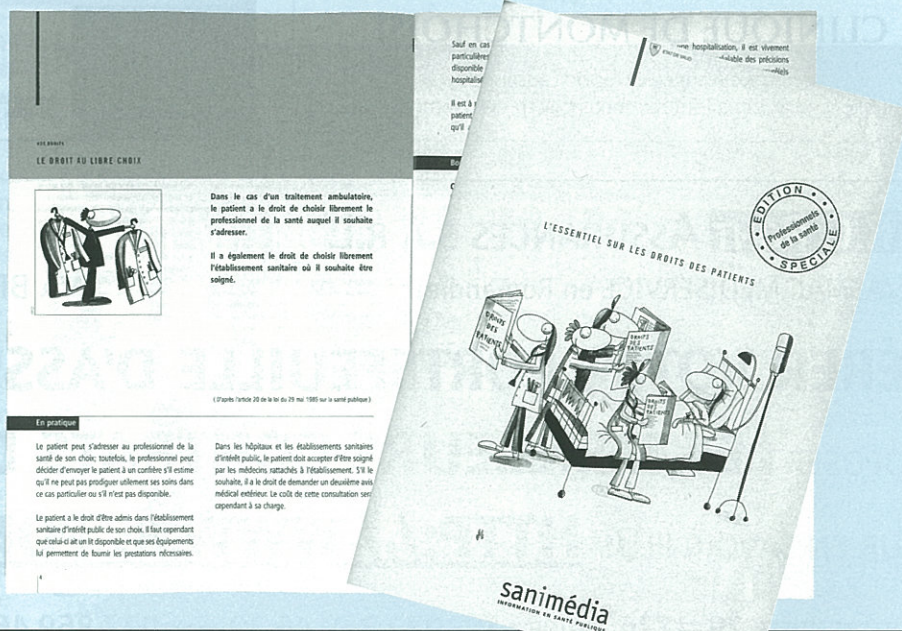
L'Etat de Vaud, ayant décidé d'appliquer le principe du rationnement aux établissements subventionnés, ne peut accepter la concurrence d'un réseau de soins privés. Les cliniques seront donc privées d'avenir, pendant que les établissements subventionnés planifient l'augmentation de leurs lits privés.

*Dr Charles-A. Steinhäuslin
Chirurgien FMH, membre
du Groupement des médecins
travaillant en cliniques privées*

Droit des patients ou suppression de l'obligation de contracter, il faut choisir!

Un nouvel allié pour les médecins

Nous saluons la publication par l'agence sanimédia du canton de Vaud d'une brochure sur le droit des patients. Dans le contexte actuel, on ne peut en effet que se féliciter de constater que le libre choix du médecin, et plus largement des professionnels de la santé, figure au premier rang des droits fondamentaux des patients. Point de vue qu'on ne peut que partager et qui, espérons-le, trouvera un écho également auprès des Chambres fédérales, au besoin en transitant par l'opinion publique et les votants.



ASSOCIATION POUR LA PROTECTION DES PATRONS INDÉPENDANTS – APPI

Quel que soit votre âge et votre sexe, protégez efficacement votre famille:

- Capital décès initial: Fr. 300 000.–
- Rente d'éducation versée pour chaque enfant: Fr. 15 000.–/an
- Pas de visite médicale
- Votre prime: Fr. 1200.–/an



Calculez votre offre personnelle sur www.medigest.ch

APPI – 39, rue de la Gare – CH 1260 NYON – Tél. 022 363 01 40 – appi@medigest.ch

Un réel besoin d'efficacité?



Notre établissement se trouve à la pointe de la technologie médicale. Il vous offre un équipement médico-technique de haut niveau ainsi que 3 blocs opératoires adaptés à toutes vos interventions de chirurgie générale.

Consultez-nous!



CLINIQUE DE MONTCHOISI

10, ch. des Allinges CH-1000 Lausanne 19
Tél. +41(21) 619 39 39 e-mail: info@montchoisi.ch • www.montchoisi.ch

PR.CH communication

Clinique de La Source

Etablissement privé de 120 lits

TOUS TRAITEMENTS CHIRURGICAUX
ET MÉDICAUX - MATERNITÉ



- Centre d'urgences médico-chirurgicales, 7j. sur 7
- Bloc opératoire (7 salles d'opération)
- Service de soins intensifs
- Centre de cardiologie interventionnelle
- Présence d'un médecin anesthésiste FMH, 24h. sur 24
- Maternité (2 salles d'accouchement)
- Centre ambulatoire (2 salles d'intervention)
- Centre d'endoscopie
- Centre d'urodynamique
- Centre ophtalmologique
- Service de diabétologie
- Institut de radio-oncologie
- Institut de radiologie (I.R.M., CT-Scanner, radiologie digitalisée, mammographie, Mammotome, échographie, échodoppler, angiographie interventionnelle, minéraiométrie et médecine nucléaire/PET)
- Laboratoires (analyses de routine, de cytométrie, d'allergologie, d'immunologie, d'oncologie, de microbiologie clinique et de biologie moléculaire - services d'autotransfusion, de procréation médicalement assistée et d'andrologie)
- Institut de physiothérapie
- Conseils en diététique

Un dynamisme
ouvert sur
l'Humain et la
technologie



Clinique de La Source

Membre de
HOSPITALIS

Avenue Vinet 30
CH-1004 Lausanne

Tél. ++41 (0)21 641 33 33
Fax ++41 (0)21 641 33 66

www.lasource.ch
clinique@lasource.ch

R.C PONT ASSURANCES S.À R.L.

(ASMAC MEDISERVICE en Romandie)

VA BEAUCOUP PLUS LOIN QUE

GÉRER VOTRE PORTEFEUILLE D'ASSURANCES ET VOUS

PROPOSER LES MEILLEURS CONTRATS DISPONIBLES...

POUR EN SAVOIR PLUS: [HTTP://WWW.RCPONT.COM](http://www.rcpont.com)

ROUTE DE JUSSY 29, 1226 THÔNEX, TÉL. 022 869 46 20, FAX 022 869 46 21, E-MAIL: RPONT@RCPONT.COM

La clinique privée, le lieu «normal» de l'activité hospitalière

La clinique privée est le lieu d'un échange: d'un côté, ceux qui reçoivent des soins et les paient; de l'autre, ceux qui soignent et en tirent leur revenu. Cet échange est légitime. Cette légitimité inspire la deuxième révision de la LAMal et dessine la place des cliniques privées dans l'avenir.

La clinique privée correspond, dans l'esprit de beaucoup de nos contemporains, à la médecine des riches, qui seraient seuls capables de payer les soins qu'ils reçoivent. Cette notion s'explique par l'histoire. L'actualité va la transformer.

A l'origine du CHUV, un hôpital de charité

Historiquement, les plus démunis n'ont accès aux soins qu'en faisant appel à la charité. A côté de la charité privée, c'est progressivement la collectivité qui assume leur prise en charge. L'Hôpital de Lausanne – l'actuel gymnase de la Mercerie – est construit entre 1766 et 1771. Il devient, en 1806, «Hôpital cantonal». Pour y faire admettre son malade, le médecin doit présenter un «acte de pauvreté délivré par la Municipalité de la commune d'origine du malade et approuvé par le pasteur*». C'est dans ce même esprit que s'ouvre la Policlinique médicale de Lausanne. Outre leur fonction d'accueil des indigents, ces institutions vont servir de «laboratoire d'application» pour les étudiants en médecine. D'où la réputation de cobayes qu'ont eue longtemps les patients de l'Hôpital cantonal.

Les pouvoirs publics vont progressivement augmenter massivement leur soutien financier à l'Hôpital cantonal. Ils le font pour s'adapter à une médecine toujours plus coûteuse et pour en faire un lieu d'excellence universitaire. Ils sont aussi portés par une idéologie politique, dans laquelle, pour être respectable, l'activité de soins doit être déficitaire. Ils ont ainsi développé le CHUV actuel. Quant aux cliniques privées, qui se sont développées dès le XIX^e siècle, elles fonctionnent selon

une logique simple, dans laquelle le patient paie les soins qu'il reçoit: mais elles ont été oubliées par les services de l'Etat.

L'hospitalisation n'est plus de l'aide sociale

La LAMal a modifié la notion d'indigence. Toute personne établie en Suisse a l'obligation de s'assurer pour les soins de base; indirectement, chacun a donc désormais «de quoi payer» les soins qu'il reçoit. Les pouvoirs publics déplacent leur aide aux plus démunis: ils prennent désormais en charge les cotisations d'assurance maladie. La 2^e révision de la LAMal s'adapte à cette réalité, en prévoyant que «l'argent suit le patient». La distinction entre hôpital public et clinique privée s'efface. Il est donc tout à fait raisonnable de prévoir que les cliniques privées – comme elles le font déjà pour les hospitalisations d'un jour (HDJ) – redeviennent le lieu «normal» de l'activité hospitalière. Elles factureront les soins de base au prix conventionnel et, en complément (on parle bien d'assurance «complémentaire»), les prestations qui dépassent le minimum de base. Quant au CHUV, il doit se concentrer sur ses activités spécifiques: les soins très pointus qui sortent du cadre «normal» et la formation universitaire. Parler de l'avenir des cli-

niques privées, c'est rappeler que le CHUV n'a pas vocation d'être hôpital de proximité.

Cette évolution est la conséquence logique d'une nouvelle situation sociale, dans laquelle pauvres et riches ont l'obligation d'être assurés.

Elle pose néanmoins trois conditions:

- que le financement des soins de base corresponde à la réalité des coûts;
- que les services de l'Etat considèrent les cliniques privées comme des partenaires à part entière dans l'offre de soins à la population;
- que les cliniques privées conçoivent leur développement et leurs collaborations dans cette perspective nouvelle.

Dans le secteur privé comme dans le secteur public, cela signifie, il est vrai, quelques remises en cause des habitudes prises. Mais l'essentiel est, à nos yeux, que cette nouvelle conception va dans le sens des désirs des patients, dont il n'est jamais interdit de tenir compte...

*D^r Jacques-André Haury
Spécialiste FMH
oto-rhino-laryngologie
et chirurgie cervico-faciale
Médecin responsable
de la Clinique La Source*

*Histoire de Lausanne, éd. Payot Lausanne 1982, p. 292.



1996 n'était qu'un avant-goût

Au cours des dernières années, les cliniques privées se sont ouvertes au grand public. A l'avenir, cette tendance va encore s'accroître sous l'effet de la révision de la LAMal. La faculté d'adaptation dont les cliniques chirurgicales ont fait preuve depuis 1996 - année d'entrée en vigueur de la LAMal - pour offrir les prestations d'hospitalisation d'un jour à tous les assurés donne un avant-goût de la mutation à laquelle elles doivent maintenant se préparer.

Il faut en effet remonter à 1996 pour mieux comprendre l'avenir qui se prépare actuellement pour les cliniques. Cette année correspond non seulement à l'entrée en vigueur de la LAMal, mais coïncide aussi avec l'introduction d'un nouveau type de prise en charge à mi-chemin entre l'hospitalier et l'ambulatoire: l'hospitalisation d'un jour, plus familièrement appelée HDJ. Ce nouveau type de prestations est le fruit du progrès extraordinaire des techniques médicales et chirurgicales, qui a permis de raccourcir de trois jours la durée d'hospitalisation moyenne en clinique en l'espace de dix ans.

L'hospitalisation d'un jour a donné l'occasion aux cliniques de devenir plus accessibles. En effet, du point de vue de l'assurance, cette catégorie de prestations ne se distingue pas de l'ambulatoire et peut donc être offerte aussi aux patients qui ne disposent que de l'assurance obligatoire. Ceux-ci ne se sont pas fait prier et ont été rapidement très nombreux à venir en clinique pour y subir des interventions ne nécessitant pas plus d'un jour d'hospitalisation.

Comme on le voit dans le schéma 1, la part des patients «d'un jour» a pris une place croissante dans l'activité des cliniques. En 2002, le nombre d'admissions en HDJ dépasse même celui des hospitalisations traditionnelles. Ce succès prouve la faculté des cliniques à rester compétitives, lorsqu'elles sont mises en concurrence avec les autres hôpitaux. Ainsi, en cinq ans, la part des cliniques dans ce type d'activité n'a cessé de croître pour atteindre 45% en 2001 (voir schéma 2).

Même si cette évolution de l'hospitalisation d'un jour dans l'activité des cliniques peut paraître spectaculaire, il ne faut pas en exagérer l'importance. Mesurée en termes de journées d'hospitalisation, elle ne compte en effet que pour 10% de son activité. Sur un total de 207 369 journées enregistrées en 2002, les journées HDJ, qui par définition ne dépassent pas un jour, ne représentent «que» 20 290 journées (dont une partie seulement inclut le passage de la nuit). L'activité principale des cliniques reste centrée sur l'hospitalisation et pour être hospitalisé en clinique, il continue d'être nécessaire d'avoir une assurance complémentaire, sauf pour quelques patients privilégiés et certaines catégories de patients pour lesquels des accords particuliers ont été conclus avec les assureurs.

Tournons-nous maintenant vers l'avenir. Un avenir à vrai dire incertain tant qu'on ne connaîtra pas le visage définitif de la nouvelle LAMal. Après bien des retournements de situation, la révision de la loi semble être en bonne voie et devrait aboutir prochainement. Le nouveau régime qui sera introduit par la LAMal va considérablement modifier les données des cliniques, en leur ouvrant des perspectives, mais en les soumettant aussi à la contrainte de la planification.

Les perspectives:

- Une fois inscrites sur la liste LAMal (à quelques exceptions près, elles le resteront certainement toutes), les cliniques pourront accueillir tous les patients - qu'ils disposent

ou non d'une assurance complémentaire - aux mêmes conditions que les hôpitaux publics. Elles seront donc largement accessibles à l'ensemble de la population et devront être prêtes à relever le défi de la concurrence, en se distinguant sur le plan de la qualité.

- Les patients privés bénéficieront des subventions dont seuls les patients de classe générale profitaient jusqu'à présent. Les primes de l'assurance complémentaire devraient en conséquence baisser et devenir de nouveau plus accessibles à la classe moyenne. L'érosion de la clientèle privée devrait être stoppée et l'assurance complémentaire redevient attractive.

La contrainte:

- Les cliniques vont continuer d'offrir la palette de leurs prestations, comme elles l'ont fait jusqu'à présent. Toutefois, pour de nouveaux équipements ou de nouvelles missions, elles devront tenir compte des impératifs de la planification hospitalière cantonale.

Les cliniques ont encore de beaux jours devant elles à deux conditions:

- Que les conditions d'une concurrence à armes égales soient véritablement créées entre tous les hôpitaux. Les cliniques sont prêtes à relever le défi et à se battre sur le terrain de la qualité, en élargissant le cercle de leurs patients à l'ensemble de la population.
- Que la planification soit conçue de façon ouverte et qu'elle ne débouche pas sur l'attribution de monopoles d'activités à certains hôpitaux et notamment au CHUV. Cette vision est d'ailleurs conforme à la LAMal, qui vise à créer une concurrence entre «fournisseurs de prestations», donc entre hôpitaux.

Jean-Marc Bovy

Secrétaire général de l'Association vaudoise des cliniques privées

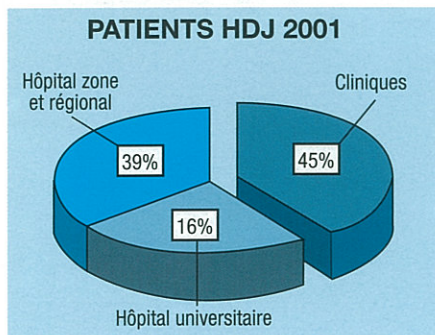


Schéma 1

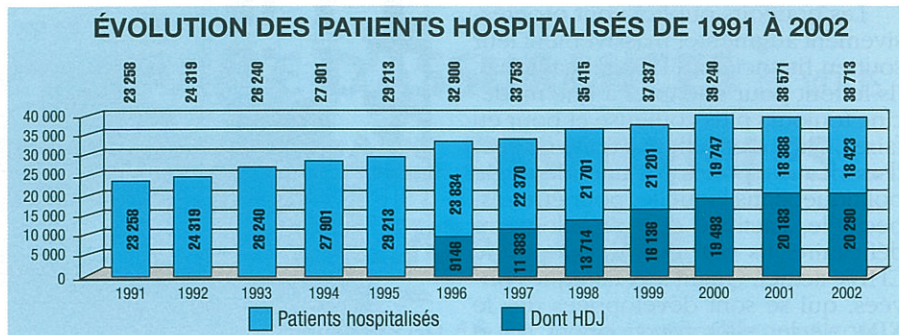


Schéma 2

Cliniques privées et assureurs maladie ont des intérêts communs

Le fait est indéniable. La proportion de la population suisse qui bénéficie d'une assurance maladie complémentaire est en baisse constante depuis plusieurs années. Cette proportion est aujourd'hui inférieure à 20%. Cela n'empêche pas les cliniques privées non seulement d'avoir un avenir, mais aussi de disposer d'un potentiel de développement important.

Choisir son médecin et bénéficier d'un certain confort lors d'une hospitalisation restent en effet des atouts non négligeables de l'assurance complémentaire. A la condition, bien sûr, que ce type de prestations s'adapte correctement à l'évolution du marché, notamment sous l'angle du rapport qualité/prix. C'est dans cette perspective que le destin des cliniques privées et des assureurs maladie est étroitement lié.

La population qui bénéficie d'une assurance complémentaire d'hospitalisation constitue la clientèle type d'une clinique privée. L'avenir des cliniques privées passe donc par l'existence d'un produit d'assurance complémentaire accessible au plus grand nombre, c'est-à-dire à un prix raisonnable. On n'atteindra pas cet objectif si la prime de base continue d'augmenter à un rythme aussi accéléré que ces dernières années, ce qui pousse un nombre croissant de patients à renoncer à l'assurance complémentaire. On n'y parviendra pas davantage si le rapport entre le coût de l'assurance complémentaire et les prestations particulières qu'elle offre n'est pas plus transparent qu'aujourd'hui.

Le but commun des cliniques et des assureurs en découle naturellement. Il s'agit de définir clairement le coût lié à chaque plus-value offerte par l'assurance complémentaire: choix du médecin, thérapies adaptées, soins personnalisés, confort d'hôtellerie, etc. La valorisation la plus précise possible de chacun de ces éléments permettra, premièrement, d'éviter que les primes de l'assurance complémentaire n'atteignent, elles aussi, des sommets prohibitifs, et, deuxièmement, d'offrir à

l'assuré toute une gamme de prestations parmi lesquelles il pourra choisir en fonction de ses priorités et des moyens qu'il veut engager. Car l'augmentation des parts de marché de l'assurance complémentaire dépend aussi d'une diversification de l'offre, capable de mieux répondre aux attentes des différentes catégories de patients.

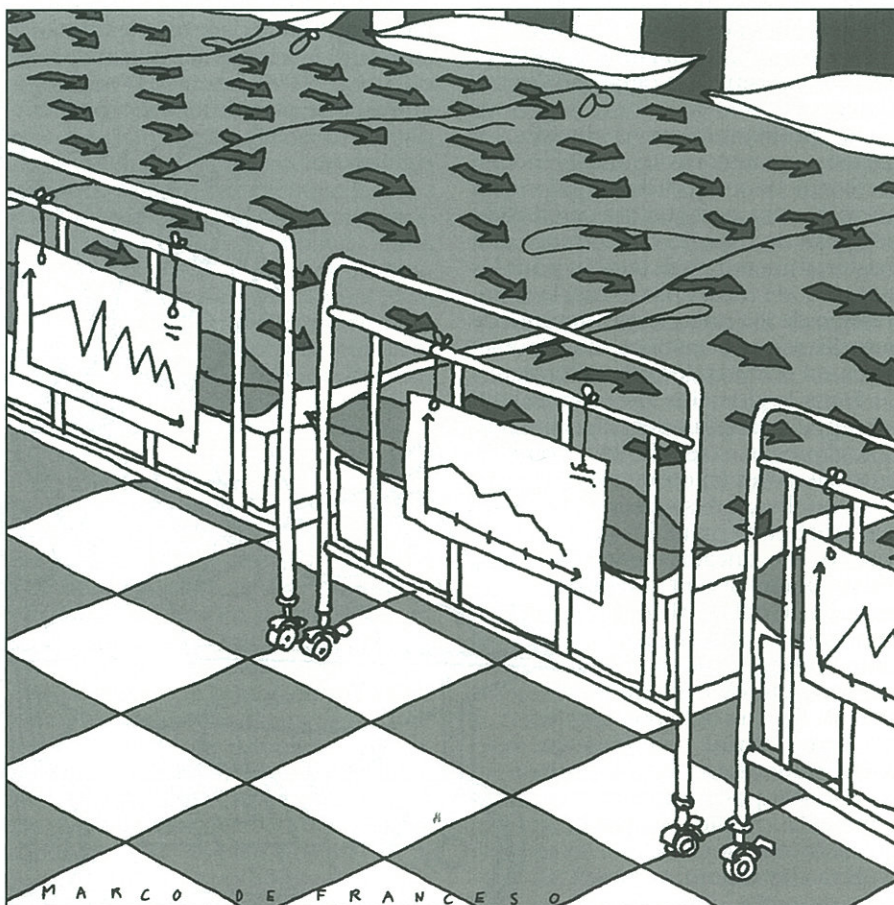
Dynamisme concurrentiel

Les médecins jouent un rôle important dans l'attractivité des cliniques privées puisque c'est là, et non en hôpital public, que se déroule l'essentiel de la pratique privée de la chirurgie. La compétence et la réputation des spécialistes sont déterminantes dans l'orientation des patients privés vers les infrastructures mises à disposition par les cliniques.

La souplesse, la flexibilité des infrastructures deviendra par ailleurs un facteur croissant de concurrence à l'avenir. Il est de notoriété publique

que la Suisse n'a pris que très partiellement le virage ambulatoire. Beaucoup d'interventions qui se font aujourd'hui en hospitalisation pourraient se faire en ambulatoire, en tout cas en semi-hospitalisation. Rien n'exclut que des structures semi-stationnaires, plus légères que les cliniques actuelles, voient prochainement le jour en s'adaptant rapidement à l'évolution des techniques opératoires et à la demande des patients. Quoi qu'il en soit, un effort de restructuration est nécessaire. Il n'est au demeurant guère surprenant qu'une activité «privée» doive suivre au plus près l'évolution du marché, en répondant au meilleur coût aux besoins et aux attentes des patients. Les changements survenus dans notre système de santé au cours de la dernière décennie, et ceux qui nous attendent avec la deuxième révision de la LAMal, sont là, si c'était nécessaire, pour nous le rappeler.

*Michel Reichenbach
Directeur Cosama*



Cliniques privées: entre liberté et planification

La 2^e révision de la LAMal, et la 3^e qui suivra immédiatement après, sans doute, sont et seront bel et bien le cœur de nombreux enjeux. Non pas que les décisions y soient spectaculaires mais, au-delà des incertitudes inhérentes à tout projet de ce degré de sensibilité, il y a l'amorce de quelques virages. Les dispositions relatives au domaine hospitalier et qui touchent très directement les cliniques privées en font partie. Les assureurs maladie ont toujours souhaité qu'une concurrence contrôlée ou aménagée gouverne la LAMal. En décidant de mettre sur un même pied les hôpitaux publics et les établissements privés, le législateur répond positivement à cette démarche. Et «contrôlée» signifie, en l'occurrence, que les cliniques privées soient, elles aussi, intégrées dans le système de planification hospitalière. Face au suréquipement hospitalier qui caractérise la Suisse, cette contrainte nous paraît incontournable.

Planification, il est vrai que le mot est une blessure pour tout esprit d'inspiration libérale. Il fait référence à la coercition, à la domination réglementaire, à l'étatisme, à la paralysie des initiatives.

Et pourtant, soyons lucides, il n'existe aucun corps de métier, aucun secteur économique dont les acteurs ne réclament pas quelque protection de la part de l'État. La concurrence doit exister, d'accord, mais surtout pour les autres. Si tel n'était pas le cas, la Commission de la concurrence, autorité de surveillance en la matière, serait inutile; or on en renforce les compétences.

Dans le domaine de la santé, qui fait appel, en plus des aspects technologiques et scientifiques, voire industriels, à des émotions très personnelles, à des valeurs de solidarité et d'équité, les garde-fous et les encadrements de toutes sortes seront toujours un sujet de débat. Mais quels que soient la dimension, l'impact moral, les compétences éthiques des acteurs, il y a au bout du compte cet enjeu trivial: combien ça coûte? L'adage est bien connu: la santé n'a pas de prix, c'est pour cela qu'elle est chère, qu'elle nous est chère.

En cherchant, comme dans ce projet de 2^e ré-

vision de la LAMal, à maîtriser les coûts, nous berçons-nous alors d'illusions?

Notre responsabilité consiste à dire que la hausse des coûts de la santé n'est pas une fatalité. Leur niveau est aussi l'expression d'une société développée et correspond peu ou prou au niveau du revenu par tête que nous partageons au plus haut de l'échelle avec les Etats-Unis.

Notre responsabilité, c'est aussi de constater qu'une forte proportion des principaux intéressés, les patients/assurés, tirent la langue, oubliant parfois ce que leur prime d'assurance maladie leur permet d'acquérir en cas de nécessité.

Notre responsabilité, c'est donc de faire en sorte que cette perception change. Et cette perception changera le jour où les patients seront convaincus que leur prime d'assurance correspond à un coût et que ce coût, les acteurs concernés font tout pour qu'il soit raisonnable. Et là nous n'évitons pas l'équation: la bonne prestation au juste prix. Cela implique des changements d'attitude dans tous les secteurs, sur toute la chaîne de la santé, forte de ses 350 000 acteurs. D'où, entre autres, une planification hospitalière plus ferme et rigoureuse.

Dans la LAMal en instance de révision, les articles 35 et suivants règlent les conditions d'admission des fournisseurs de prestations. Dans l'article 39, il y est question des établissements hospitaliers:

«... les établissements sont admis à fournir des prestations, s'ils

lettre d: correspondent à la planification établie par un canton ou conjointement par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers;

lettre e: figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux;

lettre f: dans le domaine de la médecine de pointe, les cantons sont tenus de présenter une planification commune de la médecine hautement spécialisée. Si les cantons n'effectuent pas à temps cette tâche, le Conseil fédéral établit la planification.

Par contre, si le canton traîne les pieds dans le domaine de la médecine de pointe, la Confédération peut in-



tervenir. Mais son rôle ne sera toujours que subsidiaire.

Dans le domaine des équipements lourds, le Conseil national a, en revanche, opté pour une solution libérale: leur installation n'est pas liée à une autorisation cantonale. Mais sur ce point, les deux Chambres divergent.

Planification il y a donc et, de surcroît, elle doit se faire à l'échelle intercantonale aussi. De l'avis des assureurs, la planification fixée par la loi sera toutefois compensée par le primat reconnu au financement des prestations et non plus par celui de la

couverture des coûts. Cette disposition doit attiser la négociation partenariale entre assureurs d'une part et les établissements hospitaliers dans leur ensemble, qu'ils soient publics ou privés, d'autre part. A cet égard, SantéSuisse salue le principe selon lequel tous les assurés, qu'ils soient soignés dans un établissement public ou privé, reçoivent la contribution cantonale dévolue à tout assuré de base.

Cette étape en appelle une autre. En clair, la transparence des flux financiers par laquelle les cantons doivent abandonner leur triple casquette:

celle d'investisseur, de gérant d'hôpital et d'autorité de recours en matière tarifaire. Cette situation concourt à la paralysie politique des gouvernements cantonaux. Améliorer cette situation sera l'un des objectifs de la 3^e révision. Mais dans l'intervalle, c'est aux acteurs de démontrer qu'ils sont capables de s'engager pour que le système de santé en Suisse demeure de haute qualité et réponde à une gestion rigoureuse. C'est ainsi que tous les acteurs y auront un avenir.

Yves Seydoux, délégué aux affaires publiques de SantéSuisse

Deuxième révision de la LAMal: le glas de la relation médecin-malade?

Les débats qui se sont récemment achevés au Conseil national ont introduit une option plus déterminée en direction des réseaux. Ceux-ci sont censés assurer la pratique d'une médecine plus économique et de qualité qui couvre l'entier de la chaîne thérapeutique, aussi bien sur le plan ambulatoire qu'hospitalier. En contrepartie, les médecins membres d'une telle organisation bénéficient d'une meilleure sécurité d'emploi puisqu'ils échappent dans une certaine mesure à la suppression de l'obligation de contracter.

Ce «deal» est pourtant entaché de très sérieuses hypothèques. En particulier, les réseaux doivent assumer une coresponsabilité budgétaire avec les assureurs et enfin se soumettre à un contrôle de qualité externe certifié (art. 35a al.2). Ces conditions ne sont pas acceptables. Autant le corps médical est disposé à rationaliser la prise en charge et à améliorer la qualité par un travail en équipe reposant sur les cercles de qualité et l'*Evidence Based Medicine*, autant il n'est tout simplement pas question qu'il assume des mesures diffuses de rationnement décidées par d'autres, en particulier sous forme de pression financière assortie d'incitations douteuses. Améliorer son revenu en renonçant à des mesures diagnostiques et thérapeutiques qui pourraient s'avérer coûteuses relève d'une éthique pour le moins contestable, pour ne pas dire tout simplement immorale.

L'avenir réservé à ces futurs réseaux est par conséquent extrêmement aléatoire. Il est peu probable qu'un groupe de médecins en prenne l'initiative au vu de ces exigences. Les assureurs quant à eux auront grand-peine à y réaliser leurs intérêts. Mais à supposer que la situation se débloque quand même et que ce type d'organisation prenne lentement pied pour se

généraliser progressivement, elle débouchera inévitablement sur une médecine fonctionnarisée dont les limitations auront rapidement fait le tour des chaumières. Ce ne seront pas nécessairement les approches les plus efficaces, mais essentiellement les plus économiques, qui y seront pratiquées. Le travail en équipe ajoutera sans doute un plus sur le plan de la qualité. Les patients s'en féliciteront sans doute, mais leurs attentes ne se limitent pas à des solutions à leur problème médical. Une relation personnelle avec leur médecin traitant reste de la première importance. Cela prend du temps et entre en contradiction avec une conception de la pratique médicale obnubilée par la productivité. Y trouveront-ils tout de même leur compte? Il y a certainement lieu d'en douter.

Le législateur s'en est entièrement remis aux cantons en matière de planification et de clause du besoin. Jusqu'à présent, le canton de Vaud s'est contenté à quelques nuances près de geler la situation actuelle. Le programme cantonal de législature 2003-2007 envisage d'objectiver la nature des besoins par des études correspondantes. Sur le plan hospitalier, la mise en place de trois hôpitaux de sec-teurs en plus du CHUV et l'octroi d'un

mandat de prestations complémentaires aux établissements privés afin d'assurer une capacité de prise en charge suffisante semblent acquis. Il va en résulter une centralisation incontestable. L'Etat est conscient de la pénurie de personnel soignant. Par contre, il ne semble pas réaliser celle qui menace et s'est déjà amorcée du côté des médecins. Elle sera encore aggravée par l'application des dispositions de la loi sur le travail aux assistants et chefs de cliniques. Les mesures de centralisation envisagées ne résoudront pas ces problèmes. Le volume des prestations continuera à augmenter (vieillesse démographique, technologie médicale) avec moins de professionnels pour les assumer. Les tensions sociales dans les établissements et les files d'attente sont programmées.

La majorité du Conseil national a renoncé au principe de l'autorisation cantonale systématique en matière d'équipements lourds. Le privé a donc toujours le champ libre pour garder l'initiative. Elle sera encore encouragée par les mesures de *managed care* envisagées (réseaux), les pressions économiques, et les contrôles administratifs de tous ordres. Cette conception industrielle et bureaucratique de la médecine n'a plus rien à voir avec les valeurs humanistes et la relation médecin-malade auxquelles nous sommes légitimement attachés. Même si cette évolution va se faire de manière assez lente et sans changement dramatique dans l'immédiat, cet environnement mesquin et tracassier promet aux cliniques et à la pratique privées de beaux jours devant elles.

D^r Yves Guisan, spécialiste FMH en chirurgie, conseiller national

Révision de la LAMal

Nouveau rôle pour les cliniques privées, nouveau rôle pour l'Etat

A l'heure où j'écris ces lignes, le Conseil national planche sur la 2^e révision de la LAMal. Difficile de prévoir exactement l'issue des débats, tant les rebondissements ont été nombreux depuis la publication du message du Conseil fédéral en 2000. Il est un volet de la révision cependant qui n'est plus guère contesté. Il porte sur la réforme des financements hospitaliers qui aura une incidence majeure sur l'avenir des cliniques privées comme sur l'évolution du rôle de l'Etat.

La 2^e révision pourrait entrer en vigueur avec des dispositions transitoires au 1^{er} janvier 2005 déjà, si le Conseil national et le Conseil des Etats parviennent à éliminer rapidement leurs dernières divergences. Pour mémoire, la réforme des financements hospitaliers prévoit l'extension de la contribution des cantons aux séjours hospitaliers en cliniques privées, comme c'est le cas depuis longtemps pour la division commune des hôpitaux publics et subventionnés et, depuis l'année dernière, pour les divisions privée et semi-privée de ces mêmes hôpitaux.

L'argent suit le patient

Cette réforme fondamentale se base sur l'adage selon lequel l'argent suit le patient. Ainsi, le régime de subventions qui prévaut actuellement sera remplacé par une rémunération des établissements sur la base d'une structure tarifaire nationale unique qui s'appliquera aux prestations ou groupes de prestations. A l'instar de TarMed, le nouveau système remplacera les 26 systèmes cantonaux actuels. Le nombre de points pour une prestation donnée sera identique sur l'ensemble du territoire helvétique, alors que la valeur du point sera négociée dans chaque canton. Les tarifs seront applicables dans tous les établissements hospitaliers, quel que soit leur statut juridique actuel – public, privé reconnu d'intérêt public ou privé tout court – dès lors qu'ils participent à la couverture des besoins. Si tel est le cas, pour leurs missions reconnues d'intérêt public, ils seront inscrits sur la liste cantonale des établissements admis à facturer à l'assurance obligatoire des soins et mis au bénéfice d'un mandat

de prestations. Les tarifs comprendront la rémunération des investissements et seront payés à parts égales par les cantons et les assureurs. Ce nouveau modèle de financement met en principe tous les établissements sur un pied d'égalité et apporte une simplification par rapport à la situation actuelle. Il permet d'introduire la concurrence entre fournisseurs de prestations, c'est-à-dire des incitations à la performance. Cela étant posé, la réforme des financements engendre un certain nombre de problèmes qu'il convient d'examiner attentivement.

Des millions supplémentaires à la charge du canton de Vaud

Le premier problème qu'il faut mentionner, c'est le report de charge des coûts aujourd'hui à charge des assurances complémentaires sur le budget des cantons. Dans le canton de Vaud, ce report est estimé pour un montant annuel de 100 à 150 millions de francs. Le coût net de la révision du financement des hôpitaux sera cependant moindre, puisque les investissements comme l'exploitation seront désormais partagés entre cantons et assureurs. L'impact sur les finances sera néanmoins majeur et impliquera, dans la situation critique des finances publiques en général et de celles du canton de Vaud en particulier, des décisions politiques visant à réduire encore les dépenses dans le domaine de la santé ou dans d'autres secteurs d'activité de l'Etat et, au besoin, à augmenter les impôts dans la proportion où un point d'impôt égale 15 millions de francs. Dans les deux cas, ces décisions seront impopulaires et il fau-

dra pouvoir s'appuyer sur de solides arguments en matière de qualité et d'accessibilité des soins pour pouvoir les assumer.

L'autre problème qu'il faut prendre en considération, c'est la modification fondamentale du rôle des différents acteurs qu'implique cette révision. Et l'introduction d'un paradoxe: en même temps que la marge de manœuvre des cantons se réduit en raison de l'uniformisation des règles de financement, le champ de leur intervention s'élargit et englobe les cliniques privées dont, selon la LAMal actuelle, ils ne font que tenir compte.

Hôpitaux subventionnés, cliniques privées: même combat!

Les cliniques privées vaudoises – qui prennent en charge aujourd'hui, à la satisfaction de tous, un cinquième des séjours hospitaliers – sont d'ores et déjà habituées à calibrer leur offre et leurs investissements en fonction de la demande. Avec la LAMal révisée, elles continueront à faire partie intégrante du système de soins mais devront s'efforcer, si elles entendent facturer tout ou partie de leurs prestations à l'assurance de base, de fournir des prestations qui ne se distingueront plus uniquement par leur degré de confort, mais aussi par leur caractère complémentaire et concurrentiel par rapport à l'offre des hôpitaux actuellement subventionnés. La question se posera rigoureusement dans les mêmes termes pour les hôpitaux actuellement subventionnés qui devront faire l'apprentissage d'un rôle nouveau d'acteur économique à part entière, incluant la gestion de leurs investissements aujourd'hui sous le contrôle de l'Etat. C'est à partir d'instruments comme les DRG (Diagnostic Related Groups), développés depuis plusieurs années dans le canton de Vaud comme dans quelques autres cantons pionniers, que les comparaisons pourront être faites. Au sens de la LAMal, la distinction entre cliniques privées et hôpitaux privés reconnus d'intérêt public est donc appelée à disparaître. Il ne restera plus que deux catégories d'hô-

pitaux: les hôpitaux publics (ou de droit public) et les hôpitaux privés. Ces derniers devront se soumettre à certaines contraintes pour être admis sur la liste LAMal, par exemple le contrôle des équipements lourds par l'Etat, l'accomplissement de tâches d'intérêt général comme la formation ou la prise en charge des urgences, ainsi que le respect de normes dans le domaine de la qualité, des ressources humaines ou de la comptabilité.

Il faut voir par ailleurs que, dans l'esprit du Conseil fédéral, la 2^e révision de la LAMal n'est qu'un passage obligé vers la 3^e révision sur laquelle il publiera son message probablement cette année encore. Celle-ci implique une modification encore plus fondamentale du système de soins avec l'introduction du financement moniste où les assureurs deviennent les seuls «acheteurs» des prestations, la suppression probable de l'obligation de contracter non seulement dans le domaine ambulatoire mais aussi dans le stationnaire et le développement du managed care où les assurés acceptent de restreindre leur liberté de choix en échange de conditions d'assurance plus avantageuses. Dans la logique voulue par le Conseil fédéral, c'est seulement par l'introduction de ces mesures drastiques que la croissance des dépenses de santé pourra être enfin maîtrisée.

De l'Etat gérant à l'Etat garant

Dès lors, la 2^e révision et surtout la perspective de la 3^e révision de la LAMal imposent à l'Etat cantonal de préparer sa reconversion du rôle de gérant qu'il exerce actuellement vers le rôle de garant qu'il devra assumer à l'avenir. Ainsi, les cantons devront acquérir les compétences et les outils qui leur permettront de garantir l'accessibilité, la qualité et l'économicité des services de santé. Le canton de Vaud ne saurait envisager seul cette mutation. Les solutions qui doivent être recherchées pour faire face à l'évolution de la LAMal ne pourront être trouvées que dans une collaboration intercantonale accrue, à l'instar de celle qui a été mise en place à l'échelle romande pour appliquer l'ordonnance du Conseil fédéral sur le gel durant trois ans de l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux. A côté de cette nécessaire collaboration intercantonale, je souhaite pouvoir compter sur un partenariat intense et constructif avec l'ensemble des acteurs du monde de la santé dans le canton, au nombre desquels figurent à l'évidence les cliniques privées.

*Charles-Louis Rochat
Conseiller d'Etat*

Message de la Commission de déontologie

Mon docteur m'a dit...

Comme un serpent de mer, la question des relations entre médecins installés et médecins des hôpitaux revient sur le tapis. Le plus souvent, nous sommes interpellés par des confrères installés qui se plaignent de ce que l'hôpital reconvoque leurs patients de manière cavalière et itérative, ou que pour de bonnes raisons, l'assistant aurait conseillé au patient de changer de médecin traitant. Si les assistants des hôpitaux étaient membres de la SVM, il est bien possible qu'ils trouveraient aussi beaucoup de motifs de se plaindre des praticiens installés... Tout le monde sait que le médecin installé est un incompetent, âpre au gain, qui se décharge sur l'hôpital de toutes les situations chronophages ou compliquées qui «gogent» dans sa salle d'attente. Au même titre, il est de notoriété publique que les assistants sont des «apprentis» arrogants, à peine secs derrière les oreilles, manipulés par des cadres méprisants et avides de pouvoir! Est-ce au patient, malade, inquiet, peut-être angoissé, pas forcément expert dans les relations interpersonnelles, de s'adapter à l'ego de ses docteurs? L'adhésion du patient à son traitement, sa confiance en la médecine, donc l'échec ou la réussite, dépendent aussi de la relation que ses différents médecins auront su tisser entre eux.

Il peut être alors utile de relire le chapitre V du code de déontologie FMH (téléchargeable sur www.svmed.ch ou www.fmh.ch) et plus précisément les articles 23, 24, 26 et 29. Il vaut la peine également de jeter un œil sur la charte SSMI pour la collaboration entre hôpital et cabinet médical publiée dans le BMS-2003 N° 84: 528-530 (à votre disposition au secrétariat de la SVM). Il est surtout indispensable d'essayer de se mettre à la place du patient qui, dans la majorité des cas, est le témoin privilégié de nos dérapages, et de se demander quel jugement il peut bien porter sur notre attitude. N'oublions pas que chaque critique, surtout si elle n'est pas bien fondée, enlève une part de crédibilité à notre profession tout entière.

Information

Qui sommes-nous?

L'Association vaudoise des médecins concernés par la toxicodépendance (AVMCT) aimerait vous proposer régulièrement un aperçu de la médecine de l'addiction telle que pratiquée et pensée par les médecins (psychiatres et généralistes), membres de l'AVMCT. Mais tout d'abord, permettez-moi de vous présenter cette association.

L'AVMCT a 8 ans et représente plus de 100 membres. Elle est active dans le champ des addictions, historiquement celui de la drogue mais, depuis peu, se propose d'élargir son champ d'action à l'alcool.

Conformément à ses statuts, l'AVMCT travaille pour que ses membres puissent:

- **se retrouver et partager** leurs soucis et difficultés, entre eux et avec des experts (ce sont les groupes de formation continue PPMT (programme de perfectionnement des médecins en toxicodépendance) qui fonctionnent dans chaque région);
- **se former**: à part les groupes PPMT, l'AVMCT a édité un classeur (contenant beaucoup de renseignements utiles dans la conduite d'une prise en charge) et participe à la mise sur pied de journées de formation (journées CoROMA). Elle édite également une «lettre@VMCT», par e-mail, qui donne 5-6 fois par an des nouvelles fraîches, des suggestions de lectures, des dates de congrès...
- **être représentés** auprès d'organismes officiels, l'Etat, les assurances, des groupements de professionnels œuvrant dans le même champ, afin d'y faire entendre notre point de vue;
- **être soulagés** d'une part de leurs tracasseries administratives et financières: par exemple, une récente convention avec une assurance permet aux membres AVMCT d'être remboursés en tiers-payant.

Nous souhaitons donc nous faire connaître de tous les médecins omnipraticiens ou spécialistes, s'occupant de personnes souffrant de problèmes d'alcool ou de drogue afin que le plus grand nombre d'entre nous puisse bénéficier du travail de l'association.

Si vous êtes intéressé(e) à vous joindre à nous, vous pouvez demander tout renseignement au secrétariat de l'AVMCT, rue Louis-de-Savoie 21, 1110 Morges ou par e-mail: avmct@worldcom.ch.

Dr Patrick Forel, président de l'AVMCT

Chez les délégués

Assemblée du 19 juin 2003

La 15^e Assemblée des délégués a tenu ses promesses: les médecins ne sont pas prêts à laisser supprimer l'obligation de contracter sans broncher! Ou confirmation d'une certaine sérénité dans les débats malgré l'orage qui gronde (cf. CMV N° 3, mai 2003).

Après avoir approuvé et applaudi à l'unanimité les comptes 2002 de la CAFMED et de la SVM, comptes qui restent équilibrés depuis plusieurs années malgré l'augmentation des dossiers, l'Assemblée a élu un nouveau délégué et deux suppléants à la Chambre médicale sous les traits respectivement du Dr Pierre de Vevey et des Drs Amédée Genton et Philippe Munier (photos). Le même Dr De Vevey a pu ensuite officiellement présenter à ses confrères le nouveau groupement des omnipraticiens vaudois (AMOV) dont il est le président. Il a précisé que la fusion des deux groupements internistes et généralistes découlait principalement de points d'intérêts communs qui pourront aboutir à un projet plus vaste de formation postgraduée en collaboration avec la policlinique médicale.

En ce qui concerne le rapprochement ASMAV-SVM, la mise en place d'une commission paritaire visant à en élaborer les modalités a été adoptée avec enthousiasme.

Quant au Centre de confiance de la SVM, il proposera à ses membres une option supplémentaire sur demande de deux groupements de l'Est lémanique. En effet, le module de fac-

turation devra permettre de travailler hors connexion.

Le point fort de cette assemblée sans doute été l'adoption de la résolution de s'opposer par tous les moyens, au besoin par un référendum, aux dernières décisions du Conseil national relatives à la révision de l'assurance maladie, et particulièrement à la menace de suppression de l'obligation de contracter. Cette mesure dirigée contre les patients marque en effet une rupture fondamentale de l'équilibre de notre système de santé et crée les conditions d'une médecine à deux vitesses au détriment des malades, notamment par la sélection des risques. Ces mesures comportent un danger de rationnement des soins et de pénurie médicale au profit des procédures bureaucratiques et cela sans garantie d'économies.

Au niveau des actions menées par le Comité, le Dr Grob rappelle aux délégués que santéuisse, soutenu par l'OFAS, envisageait d'instaurer au 1^{er} mai 2003 l'application du tarif OFAS pour le remboursement des examens de laboratoire pratiqués au cabinet médical, mais cette mesure sera finalement reportée à l'entrée en vigueur du TarMed dans le domaine LAMal, soit au 1^{er} janvier 2004.



Nouveaux candidats

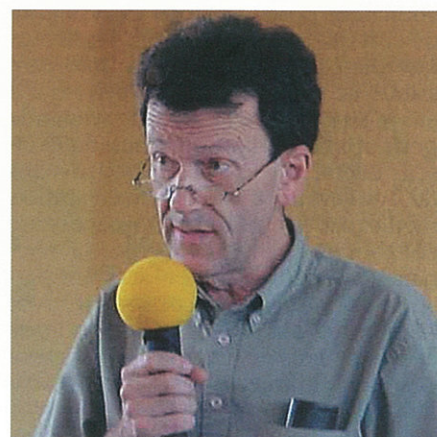
Abriel Hugues, Bachelard Olivier, Ciusani Elio, Corthesy Marc-Etienne, Dey Pierre, Domon Martella, El-Aougi Marwan, Jayet Christian, Mally Robert K. F., Petropoulos Payanotis, Pires Antonio, Popescu Stephan, Richard Christèle, Scalfaro Pietro, Schild Laurent, Schwartz Bruno, Seraj Nesi, Spahn Barbara, Tonna-Koczwanski Denise, Wagener Michael



Dr Philippe Munier.



Dr Amédée Genton.



Dr Pierre de Vevey.



Le vice-président et le président du Comité en grande attention...



... le président et le vice-président de l'AD en grande conversation.

Puis le Dr Munier, président de la commission de la garde, communique à l'assemblée que la dernière étape de mise en œuvre du récent règlement de la garde a été entreprise, ainsi que la négociation du mandat d'organisation de la garde avec le Département de la

santé et de l'action sociale (DSAS), notamment sous l'angle du financement des infrastructures d'appel. Quelques problèmes d'ordre financier sont à noter et il faut bien avouer que l'avenir de la Centrale téléphonique des médecins est en jeu.

En guise de conclusion, le Dr Steinhäuslin nous rappelle qu'en ce qui concerne l'introduction du TarMed, la mise en place d'une valeur de point est toujours en négociation avec les assureurs.

Catherine Borgeaud

Formation

Formation TarMed, un réel succès!

Paradoxalement, si TarMed est un sujet qui fait polémique, les cours organisés par les groupements de la SVM, Galexis et le secrétariat de la SVM ont rencontré, quant à eux, un franc succès auprès de nos membres.

Depuis début avril 2003, 35 cours ont déjà eu lieu dans les locaux de Galexis à Bussigny. Ils ont rassemblé quelque 900 médecins de toutes les disciplines. Chaque groupement de spécialité s'est chargé de l'élaboration et de l'organisation des cours, via son président ou l'un de ses membres. Il faut souligner d'ailleurs l'excellence des formateurs qui ont rendu ces cours spécialement attractifs. La société Galexis a quant à elle mis à disposition la salle et les ordinateurs gratuitement.

Vu la complexité du catalogue des prestations et des tarifs médicaux (TarMed), la meilleure solution pour apprivoiser ses méandres était de proposer aux futurs utilisateurs de travailler à partir de cas pratiques. Par

exemple, savez-vous quelles prestations facturer dans le cas suivant:

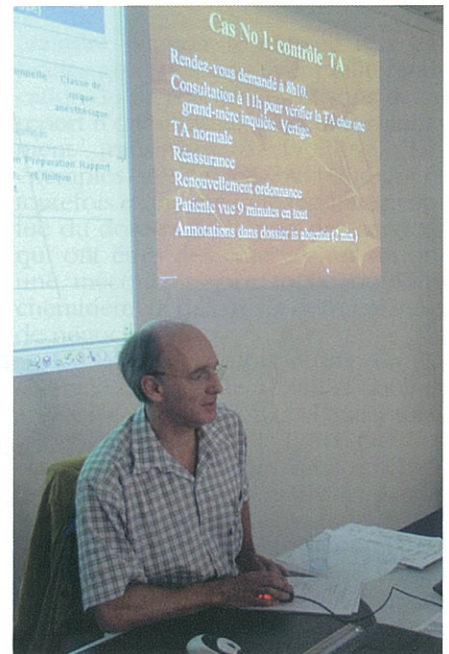
Contrôle TA (tension artérielle)

Rendez-vous demandé à 8h10. Consultation à 11h pour vérifier la TA chez une personne âgée inquiète. Vertige. TA normale. Réassurance. Renouvellement de l'ordonnance. Patient vue 9 minutes en tout. Annotation dans son dossier *in absentia* (2 min).

Chaque soirée a donc été rythmée par de nombreuses questions sur le bien-fondé ou non de facturer en urgence une consultation ou encore d'utiliser la prestation 00.0140 ou 00.0110 pour l'examen d'un dossier ou le temps passé au téléphone avec un patient ou un confrère.

A noter encore que la participation des assistantes médicales était significative. Parfois, elles ont même assisté seules au cours, leurs patronnes et patrons estimant qu'elles allaient utiliser bien plus souvent qu'eux ce catalogue.

Pour terminer, nous rappelons à celles et ceux qui souhaiteraient compléter leurs connaissances que la SVM



Dr Dvorak, responsable de la formation des omnipraticiens.

est à leur disposition pour organiser des cours supplémentaires avec le responsable de l'une ou l'autre des spécialités. Deux soirées sont d'ores et déjà prévues en automne pour les oncologues et les endocrinologues.

Pour tout renseignement sur le TarMed www.svmed.ch, espace membre, rubrique TarMed ou www.fmh.ch ou encore www.amov.ch.

Catherine Borgeaud

Ménage l'estomac.

Et le porte-monnaie.



Oprazol®

admis par les caisses



Le générique pour le traitement des affections dues à l'acidité



Courrier

Reprise de la grève chez les médecins assistants?

Le 21 janvier 2003, le Conseil d'Etat signait avec l'ASMAV un protocole d'accord fixant le cadre, la portée ainsi que le contenu des améliorations à apporter aux conditions de travail, de formation, de protection sociale et salariales des médecins assistants et chefs de clinique du canton de Vaud. Ce protocole d'accord engageait par ailleurs l'ASMAV à cesser la grève immédiatement, à rendre les factures, ainsi qu'à retirer la pétition de soutien (plus de 16 000 signatures en 10 jours!!!) auprès du président du Grand Conseil.

Ce protocole engage l'Etat à mettre en place un nouveau règlement (juridiquement, une convention collective), compatible notamment avec la loi fédérale sur le travail (Ltr) ainsi qu'à certaines dispositions de la loi cantonale sur le personnel (LPers). Ce règlement devait entrer en vigueur au plus tard le 1^{er} avril 2003...

Une commission réunissant tous les partenaires concernés (Département de la santé et de l'action sociale (DSAS), Hospices cantonaux, Fédération des hôpitaux vaudois, Faculté de médecine et Société vaudoise de médecine) a été désignée afin de mettre en place cette convention. Le DSAS a par ailleurs mandaté un expert afin d'évaluer les coûts engendrés par les améliorations et a négocié avec les différents établissements la répartition financière.

Après de nombreuses séances et de nombreux rebondissements, la commission a réussi à finaliser un projet consensuel, cohérent, correspondant au budget prévu et soutenu par tous les membres lors de sa séance du 18.7.2003. Notons que l'ASMAV était prête, à nouveau, à participer aux améliorations des conditions de travail de ses membres, en participant à hauteur d'un million aux coûts engendrés pour 2003 (rappelons que l'ASMAV paie déjà 5/8 du 13^e salaire en 2003).

Le Conseil d'Etat a pris connaissance du projet de convention lors de sa dernière séance du 9 juillet 2003. Il en a toutefois repoussé la ratification «pour complément d'information» (malgré six mois de négociations!). Par ailleurs, ce même Conseil d'Etat est parti en vacances pour un mois, et fait



Les Drs Oscar Matzinger et Eric Albrecht.

craindre de voir repoussée aux calendes grecques une éventuelle ratification du protocole. Les raisons de ce report n'ont toujours pas été formellement transmises à l'ASMAV. Les exemples cités par le DSAS témoignent toutefois d'une méconnaissance absolue du dossier de la part des services qui ont émis des réserves, et surtout une méconnaissance totale du long cheminement de ces six derniers mois de négociations...

L'ASMAV s'est alors réunie en assemblée générale le 12 juillet 2003 et a voté à cette occasion, à la quasi-unanimité, de reprendre la grève dite des crayons le 2 septembre 2003 si la ratification de la convention n'est pas encore intervenue à cette date-là. S'il s'agit de vérifier quelques points de détails, ce délai devrait laisser le temps au Conseil d'Etat de ratifier la convention dès le retour des vacances (mi-août 2003). Si par contre il s'agit d'un problème de fond et que la situation actuelle devait perdurer (800 médecins assistants et chefs de clinique sans contrats de travail depuis le 1^{er} avril 2003 !), la confrontation serait alors programmée.

En conclusion, l'ASMAV considère que le Conseil d'Etat n'a pas tenu ses engagements (pris lors de la signature du protocole d'accord) et va lui adresser une mise en demeure. Par la suite, l'ASMAV se réserve le droit d'une action en justice si besoin est.

*D^r Oscar Matzinger
Président ASMAV*



M^e Novier rappelant le contexte juridique d'une grève.

Reprise de la grève?
On vote...



Calendrier médical vaudois

Période du 15 septembre au 24 octobre 2003

11, 12, 15, 16, 17 SEPT. 2003 ET 10 MARS 2004

9 h-17 h 30: Formation continue universitaire de l'Université de Lausanne – «Mauvais traitements envers les enfants et les adolescents» – Dorigny, Université de Lausanne – Renseignements et inscriptions: Service de formation continue de l'UNIL, tél. 021 692 22 93, fax 021 692 22 95, e-mail: formcont@unil.ch, Site Internet www.unil.ch/sfc.

MARDI 16 SEPTEMBRE 2003

14 h-17 h 30: Conférence de Pro Infirmis – «Evaluer le handicap et les effets de l'intervention sociale» – Yverdon-les-Bains, la Marive – Renseignements et inscriptions: Pro Infirmis, tél. 024 424 10 50, fax 024 424 10 59.

18 h 30: Colloque hospitalo-régional de Morges – D^r J.-F. Delaloye et L. Perey: «Le ganglion sentinelle dans le traitement du cancer du sein» – Hôpital de Morges, auditoire de l'ESIM – Renseignements: D^r R. Rosso, tél. 021 801 92 11, fax 021 803 39 14.

MERCREDI 17 SEPTEMBRE 2003

12 h 15-13 h 50: Croisière croq' midi psy – D^r V. Pomini: «Entretien motivationnel avec un patient dépressif» – Lausanne, Ouchy, au débarcadère CGN – Renseignements et inscriptions: M. J.-J. Marmier, tél. 079 321 15 31.

JEUDI 18 SEPTEMBRE 2003

8 h-18 h: Congrès de la 5^e Journée romande de pédiatrie pratique – Lausanne, Dorigny, BFSH 1 – Renseignements et inscriptions: D^r J. Perisset, tél. 026 663 31 15, fax 026 663 56 11.

14 h-18 h: Séminaire de formation continue de la division de pneumologie CHUV-PMU – D^rs J.-D. Aubert, L. Liaudet et J.-F. Tolsa: «Nouveautés dans l'hypertension pulmonaire» – Lausanne, Musée olympique – Renseignements: D^r J.-D. Aubert, tél. 021 314 13 76, fax 021 314 13 95.

MARDI 30 SEPTEMBRE 2003

11 h: Colloque de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive – D^r B. Graz: «Maladies chroniques en Mauritanie: Quel rôle pour les «toubibs» (praticiens de la tradition gréco-arabe) dans le système de santé?» – Lausanne, rue du Bugnon 17, salle de colloque de l'UMSP – Renseignements: tél. 021 314 73 21, fax 021 314 73 73, e-mail: catherine.turrian@hospvd.ch.

18 h 30: Colloque du Nord vaudois – D^r A. Telenti: «Infection HIV en 2003: mise au point» – CHYC, salle de conférence, 3^e étage – Renseignements: tél. 024 424 44 44, fax 024 424 43 60.

JEUDI 2 OCTOBRE 2003

9 h-17 h: Formation continue de l'Université de Lausanne – «Phytothérapie et troubles des voies respiratoires» – Renseignements et inscriptions: Service de formation continue, tél. 021 692 22 90, fax 021 692 22 95, e-mail: formcont@unil.ch ou site Internet: www.unil.ch/sfc.

DU JEUDI 2 AU DIMANCHE 5 OCTOBRE 2003

Cycle de formation en relaxation sophro-bio-dynamique de l'école de sophro-bio-dynamique

de Genève – Renseignements et inscriptions: D^r L. Gamba, tél. 022 328 13 22, fax 022 321 96 44, e-mail: gamba.l@bluewin.ch.

JEUDI 9 OCTOBRE 2003

8 h-17 h 15: Cours de formation en nutrition clinique pour médecins et pharmaciens de la Société suisse de nutrition clinique (SSNC) – Lausanne, CHUV, auditoire Charlotte-Olivier – Renseignements et inscriptions: D^r M. Roulet, tél. 021 314 35 81, e-mail: michel.roulet@chuv.hospvd.ch.

N.B.: Pour toute information supplémentaire concernant l'agenda, vous pouvez consulter notre site dans sa partie membres www.svmed.ch/agenda.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 27 octobre et le 11 novembre 2003: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 15 septembre 2003.

Merci Docteur Burri!



Le D^r Bernard Burri a terminé son mandat de président au sein du Groupement des médecins travaillant en cliniques privées le 12 juin dernier. Nous souhaitons lui adresser un grand merci pour l'engagement et la ténacité dont il a fait preuve tout au long de ces dernières années et qui ont permis de faire de ce groupement un partenaire respecté par tous! Il poursuit son action sur le plan fédéral en sa qualité de président de l'Association suisse des médecins indépendants travaillant en cliniques privées. Nous lui souhaitons pleine satisfaction et réussite!

La Société vaudoise de médecine

f i d u p e r
Fiduciaire personnalisée s.a.

Grand-Rue 92
1820 Montreux
Téléphone 021 963 07 08
Téléfax 021 963 14 07

Les cabinets médicaux
sont notre spécialité

Budget d'installation

Gestion comptable
et fiscale

Décomptes salaire
du personnel

Assurances sociales

Expert fiduciaire diplômé
Membre de l'Union Suisse des Fiduciaires

Notre métier ?

L'aide au diagnostic par l'analyse médicale

- Chimie clinique-Hématologie
- Cytogénétique-Biologie moléculaire
- Immunologie-Allergologie
- Microbiologie-Parasitologie
- Pathologie-Cytologie
- Sérologie

Unilabs, c'est un réseau étendu de laboratoires de proximité qui offrent une gamme complète d'analyses médicales et des prestations de qualité. Ce sont surtout des scientifiques qui s'engagent à réaliser toutes les analyses demandées par le corps médical, et transmettre les résultats dans les plus brefs délais.



Unilabs Lausanne
5, rue de la Vigie - 1003 Lausanne
Tél. 021 321 40 00 - Fax 021 321 40 40

Unilabs Riviera
Hôpital Riviera
Site du Samaritain
3, bvd Paderewski - 1800 Vevey
Tél. 021 923 42 06 - Fax 021 923 42 05

www.unilabs.ch

Traitement des troubles psychiques et de la dépendance

La Clinique La Métairie dispense des soins de qualité, basés sur une approche multidisciplinaire, dans un cadre discret et offre un service hôtelier de premier ordre.

Elle dispose d'un département de psychiatrie générale, d'un hôpital de jour et d'unités spécialisées pour les traitements suivants:

- **Dépression**
- **Alcoolisme, toxicomanie et pharmacodépendance**
- **Anorexie et boulimie**
- **Etats de stress post-traumatique**
- **Troubles anxieux et dépressifs des aînés**

Agréée par la Santé Publique du Canton de Vaud, la clinique fait partie du groupe Capio Healthcare. Elle est membre des associations vaudoises et suisses des cliniques privées (AVCP, ASCP).

N'hésitez pas à contacter notre service de coordination médicale pour plus d'informations.

Clinique La Métairie

**Avenue de Bois-Bougy
CH-1260 Nyon**

**Tél. 022 363 20 20
Fax 022 363 20 01**

**contact@lametairie.ch
www.lametairie.ch**

Des compétences reconnues
Une approche personnalisée



Clinique La Métairie



CLAIR ET NET !

Si votre projet d'équipement médical n'avance pas d'un pouce, radiographiez-le avec la Banque Migros. Avec notre **crédit d'investissement**, tout est plus clair, vous accédez immédiatement aux meilleures conditions du marché, en toute transparence.

5% l'an net

Ajoutons à cela que la Banque Migros peut reprendre votre crédit actuel et vous faire bénéficier de conditions plus avantageuses, sans aucuns frais de dossier. Pour en savoir plus, utilisez plutôt votre index et composez le **021 321 11 11** !

BANQUEMIGROS