

cmv

REVUE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE
AOÛT - SEPTEMBRE 2017

courrier
du médecin
vaudois

#5

Hausse des primes maladie
et coûts de la santé

Ne tirez pas sur l'ambulance!

**ASSEMBLÉE
DES DÉLÉGUÉS**

Reflets
et nouveaux
membres

**JOURNÉE SVM
ET JEUDI DE LA VAUDOISE**

Rendez-vous
le 31 août 2017



Du rire et du rêve pour nos enfants hospitalisés

Grâce à vos dons, les enfants hospitalisés reçoivent chaque semaine la visite des docteurs Rêves.

Merci pour votre soutien.

CCP 10-61645-5

theodora.org

Fondation
THEODORA
Du rire et du rêve pour nos enfants hospitalisés

Un article
vous a fait réagir?
Faites-le nous savoir
en écrivant à
cmv@svmed.ch

sommaire

4 DOSSIER

- 4 Comprendre et analyser les primes
- 7 Coûts du système de soins en Suisse
- 8 Interview de la Prof. Solange Peters
- 11 Médecine ambulatoire
- 13 L'ambulatorio dans un centre d'urgences
- 14 Exemple de la gastro-entérologie
- 16 Ce qu'en pense Dr J.-A. Haury

18 INFO SVM

- 18 Formation installation en cabinet
- 18 Conférence des présidents
- 19 Reflets de l'Assemblée des délégués
- 20 Liste des nouveaux membres

20 ACTU

Cohorte pour patients diabétiques

21 RENDEZ-VOUS

Jeudis de la Vaudoise

23 OPINION

Réaction au CMV 3

24 PORTRAIT

Philippe Conus, responsable du Service de psychiatrie générale du CHUV, nous accueille chez lui pour nous raconter son parcours, comme un air de jazz.

26 JOURNÉE DE LA SVM

Programme

impresum

Société Vaudoise de Médecine
Chemin de Mornex 38 - 1002 Lausanne
Tél. 021 651 05 05 - Fax 021 651 05 00
info@svmed.ch - www.svmed.ch

Directeur de la publication
Pierre-André Repond (PAR), secrétaire général

Cheffe d'édition
Michèle Cassani (MCA), responsable communication

Collaboratrice externe
Adeline Vanoverbeke

Comité de rédaction du CMV
Dr Louis-Alphonse Crespo
Dr Philippe Egginmann (PEG)
Dr Henri-Kim de Heller
Dr Jean-Pierre Randin
Dr Patrick-Olivier Rosselet
Dr Patrick Ruchat
Dr Adrien Tempia

Conception et mise en page
Inédit Publications SA

Régie des annonces
Inédit Publications SA, Tél. 021 695 95 95
www.inedit.ch

Photographies
Vanina Moreillon, Fotolia, DR

Illustration du Check-up humour
Yves Giroud - www.yvesgiroud.com

Le comité de la SVM rappelle que les articles parus dans le CMV n'engagent en rien la SVM, mais directement leur auteur.

Trop de primes, trop de pression sur les médecins et les citoyens

L'avenir de notre médecine de qualité en devient incertain

Les primes vont encore augmenter cette année! Les détails des chiffres manquent, les explications sont mauvaises et l'incompréhension règne. Soyons clairs, cette hausse ne profitera pas aux médecins. La rentabilité des cabinets et hôpitaux chute, alors que les exigences en termes de normes, d'infrastructures et d'équipements coûteux augmentent. Le point de rupture pourrait être atteint, la frustration dans la corporation est énorme et la démotivation augmente. Les solutions proposées sont à nouveau une dégradation de nos conditions de travail avec, notamment, une baisse du point vaudois, une baisse du TarMed avec une limitation du temps de consultation.

Dans ce numéro, les auteurs donnent un éclairage différent sur le problème des coûts à charge de l'assurance maladie, donc financés directement par le citoyen. Vous apprendrez que la part des revenus des médecins pèse peu sur la valeur des primes, dont la hausse est liée aux décisions politiques, et que la pression exercée sur les cabinets de premier recours est importante. La réalité? Un exemple des gastro-entérologues qui pratiquent plus d'exams avec des instruments certes plus performants, mais aussi plus chers. Quant aux coûts de l'ambulatorio hospitalier, qui grimpent fortement, ils s'expliquent, en oncologie, par des traitements très onéreux, mais nettement plus efficaces.

Faut-il limiter les prestations? Non. Il faut les prescrire et les valoriser correctement. Et qu'en est-il des prix des médicaments et des appareils médicaux? Quelle est la pression faite sur les industries? Il y a certainement fort à faire dans ce domaine. Reste le financement du système, très lourd pour le citoyen. Il va falloir faire preuve d'inventivité et rester ouvert à tout. Renoncer à l'assurance maladie, comme le propose L. Schenker? Augmenter la TVA? Réallouer les prestations d'intérêt public aux citoyens? Des solutions existent, le débat doit être ouvert.

Il est de notre responsabilité de faire passer nos messages, car nous ne voulons plus entendre que nous prescrivons trop, facturons trop et, pire encore, prodiguons des soins inutiles!

Bonne lecture. ■



Dr ADRIEN TEMPIA
VICE-PRÉSIDENT
DE LA SVM
ET MEMBRE DU COMITÉ
DE RÉDACTION DU CMV

« Des solutions existent, le dialogue doit être ouvert. »



Retrouvez le **CMV**
sur votre iPad

Comprendre et analyser les primes

Coûts de la santé: arrêtons de nous lamenter!



Plutôt que de se lamenter à l'unisson sur l'augmentation des coûts de la santé (77,8 milliards de francs en 2015, soit 12% du PIB) et avant d'en explorer les causes réelles, prenons le temps d'exposer quelques éléments objectifs indispensables à la poursuite du débat et aux choix de société auxquels ils nous confrontent.

Rappelons tout d'abord que les incroyables progrès de la médecine réalisés depuis un demi-siècle ont largement contribué à l'augmentation continue de notre espérance de vie¹. Elle a augmenté de 11,6 ans depuis 1960, pour atteindre 83 ans en 2015, plaçant la Suisse au 2^e rang des pays de l'OCDE, derrière le Japon (83,9 ans), à égalité avec l'Espagne, devant l'Italie (82,6 ans), l'Australie (82,5 ans), la France, la Norvège et

le Luxembourg (82,4 ans), le Canada (81,5 ans), l'Allemagne (80,7 ans) et les Etats-Unis (78,8 ans).

LA SUISSE, BIEN LOTIE SUR LE PLAN INTERNATIONAL

Pour un coût global identique à celui de nos voisins en termes de proportion du PIB, une étude publiée dans le *Lancet*² montre que la Suisse se situe au 3^e rang mondial sur 195 pays auscultés pour la qualité de la prise en charge de sa popu-

lation, derrière la Principauté d'Andorre (85 000 habitants) et l'Islande (337 000 habitants), avant la Suède et la Norvège, mais loin devant la plupart des pays qui nous entourent (Italie 12^e, Autriche 14^e, France 15^e, Allemagne 20^e), dont le financement des systèmes de santé est volontiers cité en exemple. L'originalité de cette recherche repose sur une analyse quantitative de la performance objective de la prise en charge en termes d'accès aux soins et d'outcome, d'une palette de pathologies aiguës et chroniques allant des maladies infectieuses aux cancers en passant par les atteintes neurologiques, cardiovasculaires et inflammatoires du tube digestif. Le Canada et les Etats-Unis, qui consacrent une part de leur PIB plus importante que la Suisse à leur sys-

tème de santé, sont respectivement 17^e et 35^e. La Suisse et les Etats-Unis comptent parmi les pays dont l'index a le plus augmenté depuis 1990, mais l'index des Etats-Unis a atteint en 2015 celui que la Suisse avait en 1990!

Utilisateurs avisés du système de santé, nos concitoyens ne se laissent heureusement pas abuser par les doutes colportés sur l'efficacité de notre système de santé³. Selon une enquête internationale réalisée chaque année auprès de la population de dix pays développés⁴, deux tiers des Suisses estiment que la qualité des soins médicaux est très bonne ou excellente, ce qui place le pays en tête du classement devant l'Angleterre (63%), l'Autriche (59%) et la Nouvelle-Zélande (58%), loin devant le Canada (45%), l'Allemagne (49%), la Suède (39%) et les Etats-Unis (25%). Une majorité de Suisses estiment par ailleurs que le système de santé fonctionne relativement bien, et qu'il ne nécessite que des changements mineurs. Un peu plus d'un tiers des Suisses sont d'avis qu'il faudrait changer fondamentalement le système et seule une petite minorité (3,5%) juge que celui-ci a tellement de défauts qu'il devrait être entièrement repensé.

Ce sont des analyses de ce type, fondées sur des éléments objectifs, qui devraient nourrir le débat sur les coûts de la santé, plutôt que les arguments dogmatiques, parfois populistes, destinés à promouvoir des agendas personnels et/ou masquer les conflits d'intérêts de nombreux intervenants.

COÛTS DE LA SANTÉ

Les données du Centre de confiance de la SVM indiquent que les chiffres d'affaires des cabinets médicaux indépendants dont les médecins facturent sous leur propre numéro de concordat, qui emploient directement entre 5000 et 10000 collaborateurs, représentent environ 10% des coûts totaux de la santé du canton de Vaud^{5,6,7}. Encore convient-il de préciser que le revenu de ces médecins ne représente que 30 à 50% du chiffre d'affaires de leur cabinet. Les montants à la charge des primes d'assurance maladie

des Vaudois, qui financent environ 30% des dépenses totales, se répartissent entre le stationnaire hospitalier (30 à 35%), l'ambulatoire hospitalier (25 à 30%), l'ambulatoire des cabinets médicaux (20 à 25%) et d'autres prestations paramédicales, le laboratoire et les médicaments (20 à 25%). Certes, les primes d'assurance maladie augmentent plus rapidement que le coût de la vie et que le PIB. Toutefois, dans le canton de Vaud, la part dévolue à ce que l'Office cantonal de la statistique qualifie de «libre pratique»⁸, dont les cabinets médicaux indépendants, augmente moins rapidement que celle des autres secteurs. Entre 2012 et 2014, l'augmentation annuelle des dépenses du secteur «libre pratique» est de 2,4%, soit identique à celle du secteur hospitalier stationnaire, contre 6,1% pour l'ambulatoire hospitalier, 2,7% pour le «médico-social» et 3,8% pour le «maintien à domicile»^{5,9}.

COMMENT JUSTIFIER LES AUGMENTATIONS DES PRIMES?

La forte augmentation des primes d'assurance maladie ne résulte donc pas de la prétendue augmentation des revenus des médecins, mais de décisions politiques qui entraînent une véritable spirale infernale, responsable d'un transfert continu des charges vers les assureurs. La LAMal a instauré un mode de financement dont les effets pervers sur l'augmentation des primes méritent d'être mis en lumière.

- Stimulés par les progrès techniques et le vieillissement de la population, les coûts hospitaliers explosent et sont financièrement de plus en plus difficiles à assumer dans la conjoncture actuelle.
- Le transfert d'une part croissante de prestations hospitalières, dont 55% sont à la charge des cantons, vers le secteur ambulatoire est globalement moins onéreux, mais entièrement à la charge des primes d'assurance. Ce transfert s'est accéléré suite à l'introduction des DRG dès 2012. Une partie des examens per-opératoires et ceux du suivi post-hospitalisation consécutifs à la réduction des durées de séjour alourdissent inexorablement les mon-

tants à la charge des primes d'assurance maladie.

- Le principe même de ce transfert de l'hospitalier vers l'ambulatoire est un des éléments clés du concept Santé2020 de la Confédération, qui est salué par l'ensemble des partenaires. Ils omettent pourtant soigneusement d'en indiquer les conséquences financières, à savoir une diminution globale des coûts à la charge des collectivités publiques avec transfert intégral sur les primes d'assurance maladie, sans qu'aucun mécanisme ne soit proposé pour en diminuer les hausses prévisibles.

RÉFLEXIONS DU CONSEIL FÉDÉRAL N'INCLUANT PAS LES MÉDECINS

C'est dans ce contexte particulier qu'il faut analyser les dernières propositions des assureurs et de nos parlementaires fédéraux. Pour eux, c'est la part croissante des coûts à la charge des primes qui justifie les propositions sur lesquelles ils se sont mis d'accord sans en discuter avec les médecins. Ces propositions auront cependant des effets malheureusement prévisibles, qui doivent être dénoncés.

- De nombreux intervenants s'entendent pour fustiger les médecins indépendants et leurs revenus prétendument exagérés. Alors que le chiffre d'affaires des cabinets ne représente qu'un cinquième des montants à la charge des primes d'assurance maladie, ce discours bien rodé sert à justifier les demandes systématiques de baisse de la valeur du point. Les charges des cabinets étant difficilement compressibles, toute réduction de la valeur du point se traduit par une baisse marquée des revenus, qui ne représentent que moins d'un dixième des coûts à la charge des primes d'assurance maladie. Une analyse des données de Medisuisse avait ainsi montré que les revenus médicaux en pratique privée avaient baissé de 18% entre 1988 et 2008¹⁰.
- Alors que le peuple s'est clairement prononcé pour le maintien du libre choix du médecin, les assureurs veulent toujours imposer la fin de

l'obligation de contracter. Le remboursement d'un nombre limité de prestataires choisis sur la base de critères opaques, essentiellement économiques, aboutira à une réduction massive de l'offre de prestations à la charge de l'assurance de base. Les assureurs développeront alors des offres complémentaires, accessibles uniquement à ceux qui seront en mesure de se les offrir. C'est donc vers une médecine à plusieurs vitesses et à but clairement lucratif que cette proposition nous conduit.

- Une partie de nos parlementaires œuvrent pour l'instauration d'un budget global du même type que celui qui est en vigueur en Allemagne depuis trente ans. Ils feignent d'ignorer que cette solution a abouti à un rationnement des soins et que les conséquences sont en passe de devenir un enjeu sociétal majeur¹¹. Faisant fi du maintien de la performance de notre système de santé, ses partisans lui privilégient d'hypothétiques limitations des coûts.

En dépit des attaques dont ils sont continuellement la cible, les médecins, qui sont garants de l'excellente qualité des soins dont il a été fait mention ci-dessus, sont prêts à faire des propositions concrètes pour contribuer à maîtriser l'augmentation des coûts de la santé, et plus particulièrement de ceux à la charge des primes d'assurance maladie.

LE PRIX DE LA SANTÉ

Parallèlement, près d'un quart de siècle après l'introduction de la LAMal, il est maintenant indispensable d'analyser en profondeur l'évolution des prestations à la charge de l'assurance maladie. Ces analyses permettront de déterminer précisément quelles prestations découlent du transfert de l'activité hospitalière stationnaire vers l'ambulatoire, des progrès techniques qui permettent une amélioration de la qualité, du vieillissement de la population et du maintien à domicile.

Dès lors, une partie des montants qui étaient à la charge de la collectivité via le financement de 55% des prestations

hospitalières ainsi économisés pourraient être reportés sur le financement de certaines prestations ambulatoires. L'effet modérateur sur les primes de caisse maladie pourrait alors se concrétiser très rapidement. Le débat sur les causes de l'augmentation des coûts s'en trouverait clarifié et un débat de société sur le prix à accorder à notre santé pourrait alors se faire sur des bases plus objectives. ■

- 1 OECD-Health-Statistics-2017-Frequently-Requested-Data (<http://www.oecd-ilibrary.org>).
- 2 *The Lancet*, publié en ligne le 18 mai 2017 ([http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)30818-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(17)30818-8)).
- 3 «Le système de santé: cher pour des résultats moyens» (L'Invité de 24 heures, Prof René Knüsel, 27.06.2017 - www.24heures.ch).
- 4 International Health Policy Survey (IHP) de la fondation Commonwealth Fund: Allemagne, Australie, Canada, Etats-Unis, France, Grande-Bretagne, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pays-Bas, Suède, Suisse (n= 1520 personnes). <https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués.msg-id-64545.html>. OFSP 17.11.2016.
- 5 Centre de confiance SVM - données préliminaires (www.svmed.ch).
- 6 Coûts et financement du système de santé, <http://www.stat.vd.ch/Default.aspx?DomId=2074> et <http://www.scris.vd.ch/Default.aspx?DomId=2219>
- 7 OFSP (27.04.2017), Coût et financement du système de santé en 2015, <https://www.bfs.admin.ch/news/fr>
- 8 Médecins, dentistes, physiothérapeutes et autres dispensateurs de soins médicaux ou paramédicaux, laboratoires d'analyses médicales, pharmacies, drogueries, commerces d'appareils thérapeutiques.
- 9 Réponse du CE du 27 avril 2017 au postulat du député Jacques-André Hauray et consorts invitant le Conseil d'Etat à proposer des mesures visant à endiguer l'explosion des coûts de l'ambulatoire hospitalier.
- 10 BMS 2012;93(22): 830-833 (30 mai 2012).
- 11 BMS 2017;98(25):796-797 (20 juin 2017).

LA LAMAL: UNE HISTOIRE DE FOUS?

Le système de santé est-il destiné à rendre ses acteurs fous, ou du moins à les affoler à force d'injonctions paradoxales, comme l'explique plus loin le Dr Pavillon? La première mesure raisonnable réside dans la manière de présenter les chiffres qui, malgré les nombreuses statistiques qu'on est tenté de se lancer à la figure, ne sont pas toujours vérifiés, ni expliqués correctement. Ainsi, comment expliquer réellement la différence entre la prime payée avant la LAMal, alors que 95% des Vaudois étaient déjà assurés, et la prime actuelle?

Il faut aussi prendre la juste mesure des qualités de notre système de santé et en accepter certaines conséquences.

Enfin, il faut dépasser les points de vue réducteurs pour admettre qu'il s'agit désormais d'un pilier de notre économie et de notre croissance, et pas seulement d'un facteur de dépenses improductives. Investir dans la santé n'est pas condamnable en soi. Reste à revoir son financement. La médecine est au cœur des innovations; le système d'assurance et de financement, de même que la détermination des prix ou des tarifs doivent se montrer aussi innovants. A défaut, la crise du système est programmée.

C'est l'ambition de ce numéro du CMV de commencer à amener un peu plus de compréhension commune des évolutions en cours. C'est un préalable à d'éventuelles mesures, propositions ou innovations. Le débat démocratique sur la santé en dépend.

Cette transparence effective et pas seulement prétendue doit également viser à rétablir la confiance entre les acteurs et à fédérer autour de solutions sans faire le jeu des pures stratégies de pouvoir et d'argent.

Si on cesse de s'invectiver et de chercher des coupables plutôt que des solutions, on augmente d'autant les chances de désamorcer ce qui peut ou doit l'être. ■

Dr PHILIPPE EGGIMANN
PD & MER,
PRÉSIDENT DE LA SVM



PIERRE-ANDRÉ REPOND
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE LA SVM

Coûts du système de soins en Suisse

Si on se passait des assureurs maladie?

La Suisse a l'un des meilleurs systèmes de soins au monde, à un coût similaire à celui de nos voisins français et allemand. Alors pourquoi toute cette agitation?

Premièrement parce que la croissance des coûts est trop élevée et réduit année après année le revenu disponible des familles de la classe moyenne. Deuxièmement parce que l'effet du «papy-boom» va impacter fortement les dépenses de santé. La cause principale de la surcroissance des dépenses de soins n'est pas le vieillissement en tant que tel, mais le développement des technologies médicales associé, pour l'avenir, à une proportion plus importante de personnes de 65 ans et plus. Il s'agit donc de trouver une autre organisation, qui conduise à une croissance des coûts plus acceptable et à une meilleure prise en charge ambulatoire et à domicile pour absorber une partie de ces effets.

DES PROPOSITIONS DE RÉFORMES SANS AVENIR

Chacun y va de ses propositions de réformes, les uns voulant étatiser et les autres donner le pouvoir aux assureurs. La mise en œuvre de l'une ou l'autre de ces réformes conduirait certainement à la fin de la médecine libérale et à une dégradation progressive de notre système de soins, sans apporter de solution durable à la question de la croissance des coûts. Ce type de réformes a déjà été testé, sans aucun succès, soit en France, soit aux Etats-Unis.

Y a-t-il une alternative à ces réformes administratives? Tout le monde s'accorde à dire qu'une des pistes de solution réside dans des soins mieux coordonnés, évitant des investigations et des traitements inutiles. S'il y a une certitude que j'ai acquise au cours de ma carrière professionnelle, c'est que ni les pouvoirs publics, lorsqu'ils se mêlent directement de la gestion du système, ni les assureurs maladie n'apportent de valeur ajoutée pour la santé de la population. Au contraire, ils sont source de surcoûts et de freins aux innovations qui pourraient contrebalancer la croissance des besoins de soins.

ET SI LES MÉDECINS PRENAIENT LA MAIN?

Alors rêvons un peu d'une Suisse sans assureurs maladie et où l'Etat jouerait exclusivement son rôle de police sanitaire et de redistribution. Un tel système se fonderait sur un contrat entre, d'une part, la population comme consommateur éclairé et responsable et, d'autre part, les prestataires de soins, sous la forme d'organismes de santé responsables de la qualité et des coûts des prestations fournies. Les prestataires de soins récupéreraient une marge de manœuvre importante et, en contrepartie,

assumeraient pleinement une double responsabilité médicale et économique. Ce modèle s'inspire des Accountable Care Organizations aux Etats-Unis, des cabinets de généralistes en Grande-Bretagne et, en Suisse, des réseaux Medix (en Suisse alémanique) et Delta (sur le bassin lémanique). Il n'aurait donc rien de révolutionnaire, même si son application entraînerait de nombreux bouleversements.

« Chacun y va de ses propositions, les uns voulant étatiser et les autres donner le pouvoir aux assureurs. »

Cet article n'est pas le lieu pour développer plus avant un tel système, mais en quelques mots:

- l'organisme de santé devrait couvrir au moins les fonctions de médecine de premier recours, mais pourrait également offrir un vaste éventail de prestations;
- la population devrait obligatoirement s'affilier à un organisme de soins et lui payer une cotisation;
- l'Etat, via la compensation des risques, assumerait les coûts de la solidarité entre les sexes, les âges et l'état de santé;
- en théorie, un cabinet individuel de généraliste pourrait fonctionner comme un organisme; en pratique, la gestion d'un tel système demanderait toutefois une structure plus importante;
- l'organisme de santé conclurait des contrats de sous-traitance pour les prestations qu'il ne fournirait pas lui-même. Les partenaires seraient libres de conclure des contrats, sous réserve d'abus de position dominante.

MAIS LE SYSTÈME EST-IL RÉFORMABLE?

Un tel système susciterait certainement l'opposition d'une partie des médecins qui répugnent à remplir un tel rôle économique. Il faut toutefois prendre conscience que l'alternative est un système de soins fortement encadré par l'Etat et/ou les assureurs, et dans lequel la liberté thérapeutique ainsi que le revenu médical seront bien moindres qu'aujourd'hui. Le projet de révision du TarMed souhaitée par la Confédération ou la législation vaudoise sont là pour le démontrer. ■



LUC SCHENKER

ÉCONOMISTE DE LA SANTÉ, ANCIEN DIRECTEUR DES FINANCES DU CHUV, ADMINISTRATEUR INDÉPENDANT ET CONSULTANT



Prof. Solange Peters,
cheffe du Service d'oncologie
médicale du CHUV

Médecine ambulatoire hospitalière

Les nouvelles thérapies très prometteuses contre le cancer s'accompagnent d'une hausse du prix des médicaments. Solange Peters, cheffe du Service d'oncologie médicale du CHUV, livre ses combats contre une économie de la santé qui, selon elle, ne profite pas assez aux patients.

“ En Suisse, le coût des traitements alimente une économie qui n'est pas celle qui profite aux malades. ”

Solange Peters se passionne pour une «médecine essentielle» qui lui permet de combattre l'origine du mal et de parler de «ce qui compte et fait du sens avec le patient». La cheffe du Service d'oncologie médicale du CHUV est une combattante. Contre les cancers, mais aussi contre l'iniquité dans l'accès aux soins, le manque de transparence et la hausse du prix des médicaments. Compte tenu de leur explosion programmée, Solange Peters milite pour une adaptation du système de santé.

Est-ce que, globalement, l'activité de l'oncologie progresse?

Solange Peters: En termes de consultations et de traitements, nous enregistrons une progression annuelle de 5 à 10%. Et majoritairement en ambulatoire. Les raisons de cette hausse sont multiples. Le vieillissement de la population et nos modes de vie font qu'on assiste à une croissance épidémiologique des cas de cancer. A cela s'ajoute le dépistage, qui nous permet de découvrir plus de cancers. Notre activité augmente également du fait que l'on vit plus longtemps avec cette maladie.

La durée des traitements s'explique-t-elle uniquement par une plus grande espérance de vie des malades?

Partiellement pour les maladies incurables, mais il y a d'autres raisons. Prenons l'exemple du cancer du sein, qui est le cas de tumeur guérissable le plus fréquent, puisqu'il touche une femme sur quatre. La durée des traitements à but curatif s'est considérablement étendue. Nous sommes passés d'une hormonothérapie de cinq ans à un traitement de dix ou quinze ans. Le suivi est ainsi beaucoup plus long. En ce qui concerne les maladies plus avancées, nous avons de nouvelles armes de lutte, telles que l'immunothérapie. Cette dernière est un traitement administré toutes les deux ou trois semaines, mais dont on ne connaît pas encore la durée globale idéale, qui peut s'étendre à deux, trois, cinq ou dix ans. Pendant ce laps de temps, ce sont des patients qui, heureusement, restent en vie.

En quoi l'immunothérapie représente-t-elle un véritable espoir?

Cette technique part d'une question simple: comment est-il possible que les cellules cancéreuses, qui présentent de multiples anomalies, puissent ne pas être reconnues et éliminées par le système immunitaire? L'immunothérapie consiste dans le développement de nouveaux médicaments en mesure de réacti-

ver le système immunitaire du patient. Le but n'est plus d'intoxiquer la cellule tumorale, mais bien de demander simplement au système immunitaire de faire de nouveau son travail, comme il le ferait contre un virus ou une bactérie. Depuis le développement de la chimiothérapie et de la radiothérapie dans les années 1960, complété par des agents plus ciblés dans les années 2000, personne n'avait pu identifier de nouvelles mécaniques spécifiques pour s'attaquer au cancer. Dans ce sens, l'immunothérapie représente un véritable espoir.

Ces nouveaux traitements sont-ils efficaces?

Oui, ils le sont. Dans le cas du cancer du poumon, maladie pour laquelle l'immunothérapie fonctionne relativement bien, on a maintenant un recul de cinq ans. Certains patients étaient des cas chez qui tout avait déjà été tenté. Statistiquement, leur espérance de vie était de 0% à cinq ans. Pourtant, un patient sur cinq est encore présent aujourd'hui. Certes, cela ne représente que 20%, mais ce résultat complètement inattendu est déjà extraordinaire. Dans le cas des tumeurs de la peau de type mélanome métastatique, dont la prévalence est relativement élevée en Suisse, le pronostic vital était de neuf mois.

Aujourd'hui, avec l'immunothérapie, les gens sont encore vivants cinq ou dix ans après. Le taux de survie est encore meilleur et peut atteindre 50% si l'on combine les approches thérapeutiques.

Comment expliquez-vous que les patients plébiscitent davantage la médecine ambulatoire en oncologie?

Je ne chercherais pas ici de raisons financières: c'est le changement de la notion de maladie grave qui a induit cette évolution. Aujourd'hui, le patient veut passer plus de temps à domicile. Il s'agit pour lui de normaliser tout ce qu'il y a autour de la maladie. Nous savons que, globalement, l'un des facteurs sur le devenir du patient, c'est la capacité de son système immunitaire à faire face. Or le moral ou le stress influencent certainement plusieurs aspects de notre santé.

L'ambulatoire est-il une bonne chose du point de vue de la prise en charge médicale?

Cela la change. Nous demandons toujours au patient ce qui correspond à sa philosophie. Il a le droit de ne pas avoir le courage ou la force d'une chirurgie, ni envie d'entamer une chimiothérapie. Il n'y a pas de décisions que l'on prenne sans le consentement du patient.

Est-ce qu'un retour aux traitements en hospitalisation permettrait une économie significative à vos yeux?

A priori pas. Cependant, imaginer que les coûts du système de santé ne dépendent que d'un seul facteur est simplificateur. Ils résultent de multiples paramètres, l'ambulatorisation en est un. Globalement, les traitements en hospitalisation ne sont pas meilleur marché.

Les traitements oncologiques ont nettement progressé ces dernières années. Pourquoi sont-ils plus coûteux?

Les progrès scientifiques ont été énormes ces quinze dernières années. Nous avons une meilleure compréhension moléculaire du développement du cancer, ce qui nous offre davantage d'outils pour cibler la lutte, et donc adresser un traitement

personnalisé à 15% des patients. C'est peu, mais en même temps, c'est énorme. L'autre avancée, c'est notre compréhension des mécanismes qui permettent le développement d'une tumeur dans un corps sain. Comment se fait-il que cette tumeur se développe incognito sans éveiller notre système immunitaire? En comprenant ces mécanismes, nous pouvons essayer de rebrancher le système avec l'immunothérapie.

En ce qui concerne les coûts, il faut souligner que les entreprises pharmaceutiques sont les seules pour qui la technicité représente systématiquement une hausse des prix. En d'autres termes, plus les progrès avancent, plus les prix sont hauts. Le système de santé suisse peut encore supporter cela, mais je suis inquiète pour les pays où ce n'est déjà plus possible. On court le risque inacceptable de ne traiter que ceux qui en ont les moyens.

Bien que les traitements contre le cancer ne représentent que 4% des dépenses de notre système de santé, ces médicaments sont extrêmement onéreux. Aujourd'hui, chaque patient suisse peut en bénéficier mais, compte tenu de l'explosion programmée des coûts, cela va-t-il durer?

En Suisse, nous avons peu de marge de manœuvre pour discuter du prix des traitements avec les entreprises pharmaceutiques. Certains pays comme la Belgique ou les Pays-Bas ont un meilleur pouvoir de négociation, raison pour laquelle le même médicament y coûte 50 000 euros par an, contre 100 000 chez nous. C'est une question politique qui va au-delà de la qualité des soins. Il est clair que le système devrait être adapté et nous avons besoin de personnalités au parlement ayant une réelle vision rationnelle des soins qui ne soit pas biaisée par une perspective économique. Il manque en Suisse une base légale qui permettrait de négocier des rabais substantiels pour les médicaments oncologiques à la charge de l'assurance maladie. Tous les autres pays européens disposent de cette possibilité. Chez nous, on se permet encore de payer le prix de vente officiel et publié. C'est un

anachronisme qu'il faudra changer rapidement si nous ne voulons pas que les traitements modernes deviennent inaccessibles à la population.

Vous vous engagez d'ailleurs pour l'adaptation du système de fixation des prix des médicaments.

Oui, c'est aussi aux médecins de proposer des modèles viables qui permettent une marge de négociation et des compromis. Il faut trouver des alternatives et mener des réflexions. Il est temps que tous les acteurs se réunissent autour de la table des négociations pour que le plan financier des entreprises pharmaceutiques corresponde à un projet sociétal compatible avec une recherche active et innovante. Sans cela, aucun pays, même la Suisse, ne sera à même de payer ces médicaments sur le long terme. Il faut aussi souligner que ce qui coûte le moins cher, c'est la recherche académique. Or, en Suisse, la part d'investissements dédiés à la recherche indépendante s'est effondrée.

Pour expliquer la progression des coûts de la santé, on cite souvent la surmédicalisation.

J'ai de la peine à évaluer son amplitude. Les patients et surtout leurs médecins demandent peut-être trop d'avis. C'est une question qu'il faut étudier sans a priori ni jugements de valeur. J'ai tendance à penser qu'il n'y a pas de surconsommation de la médecine dans mon domaine spécifique qu'est le cancer. Ce qui, là, affecte les coûts, ce sont les prix exorbitants des traitements que l'on délivre.

Selon vous, quelles seraient les mesures qui permettraient d'aider les citoyens à financer les coûts de la santé dans le domaine de l'ambulatoire hospitalier?

Il n'y a pas de modèle simple. Il faut d'abord étudier l'impact des prestations. C'est donc une étude approfondie, par discipline, qu'il faut mener. Une fois de plus, dans ma spécialité, quand un patient me consulte, c'est pour un cancer, pas pour un mal de dos. ■

CLINIQUE LA PRAIRIE

SWITZERLAND



Découvrez notre nouveau site internet
www.laprairie.ch
Clinique La Prairie - Rue du Lac 142
1815 Clarens-Montreux | Switzerland

Strong together - Dialogue entre médecins

La Clinique La Prairie a le plaisir de vous inviter au programme de formation continue 2017 sous le signe du dialogue et de l'Innovation.

PROGRAMME 2017

6 AVRIL: Ophtalmologie

« de la High-tech à la génétique » par les Dr H. Abou Zeid et Pr D. Schorderet

11 MAI: ORL

« kaléidoscope des nouveautés » par les Dr H. Crisan et Pr L. Bron

8 JUIN: Diabète et HTA

« modern times-silent diseases: répercussions et nouveautés » par les Dr A. Righetti, Dr Cl. Mathieu et Dr J. Adamec

21 SEPTEMBRE: Radiologie

« de la technologie au savoir-faire » par les Dr J.P. Verdon et Dr J. Lopez

2 NOVEMBRE: Appareil loco-moteur

« du traitement conservateur à la prothèse » par les Dr S. Rindone et Dr G. Messerli

30 NOVEMBRE: Infectiologie

« kaléidoscope de cas pour notre infectiologue » par les Dr Chave et internistes-généralistes de la Clinique La Prairie

Accueil 17h à la Villa, Clinique La Prairie

Conférence de 17h15 à 18h15 à la Villa, suivie d'un cocktail au Lobby Bar
Ouvert à tous les médecins de Suisse romande

Crédits: 1 crédit par la SSMI/SSMG

Inscription gratuite: direction.medicale@laprairie.ch | 021 989 32 59

AIDEZ-NOUS À AIDER

Grâce à vous, nous avons déjà scolarisé
et redonné un avenir à 50 orphelins victimes
des rebelles à Beni, (Nord Kivu, RDC).
Aidez-nous à continuer notre action et
à construire pour eux «Mavivi», le Village d'Espoir!

Faites un don sur www.roulemapoule.org

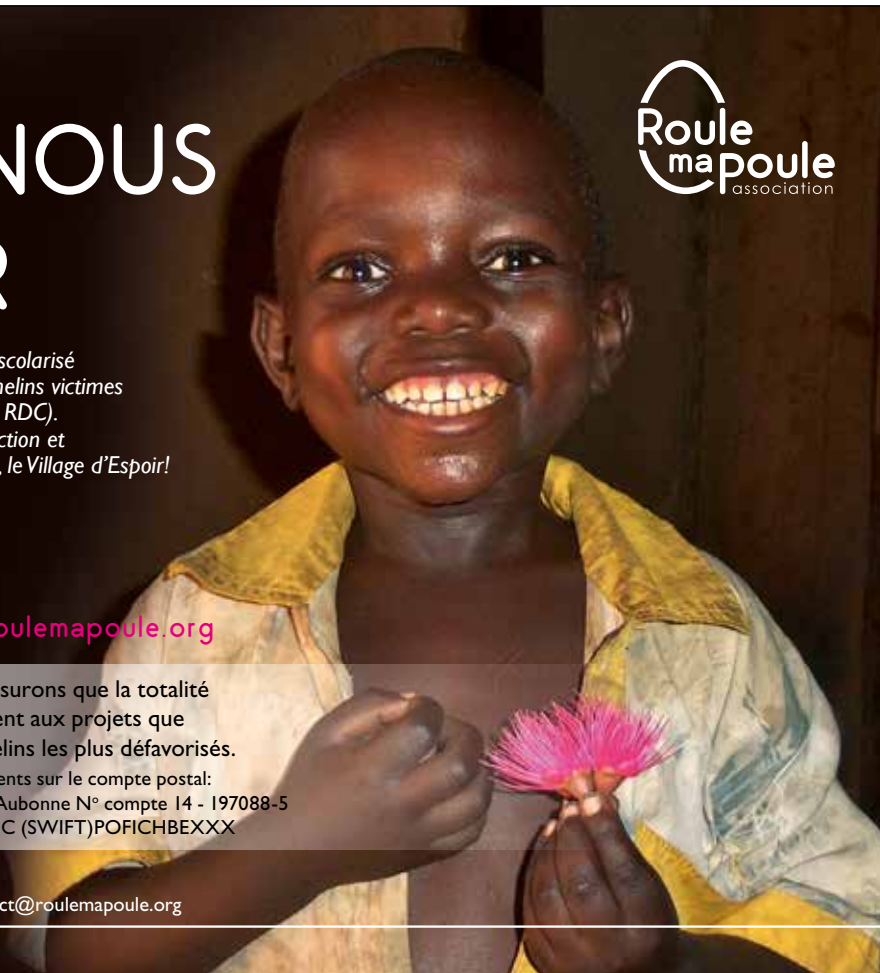
Nous sommes sur place et vous assurons que la totalité
de vos dons est affectée directement aux projets que
nous réalisons en faveur des orphelins les plus défavorisés.

Vous pouvez également faire vos versements sur le compte postal:
Roule ma Poule | Postfinance | CH-1170 Aubonne N° compte 14 - 197088-5
IBAN: CH60 0900 0000 1419 7088 5 / BIC (SWIFT)POFICHBEXXX

www.roulemapoule.org

E-mail: contact@roulemapoule.org

Roule
ma poule
association



Médecine ambulatoire

Médecins soumis à la double contrainte

La double contrainte théorise un dilemme de la communication, émotionnellement pénible, qui se produit lorsque deux contraintes (ou plus) sont incompatibles entre elles: l'obligation de chacune contenant une interdiction de l'autre, ce qui rend la situation a priori insoluble. (Wikipédia, d'après G. Bateson)

Invoquée dans la genèse de la schizophrénie, la double contrainte est un des outils favoris des pervers narcissiques pour martyriser et culpabiliser leurs victimes. Mais quel rapport avec la médecine générale et les coûts de la santé?

PROBLÈME DE SOCIÉTÉ

Depuis vingt ans, les assureurs, les politiques, la société en général nous envoient de multiples messages: la population vieillit, les médecins généralistes aussi et, bientôt, des dizaines de milliers de demandes de consultations ne pourront plus être satisfaites. L'hôpital coûte trop cher: il faut réduire les durées d'hospitalisation et transférer vers l'ambulatoire nombre de prestations avant, après, voire en lieu et place d'une hospitalisation. L'hébergement coûte trop cher: il faut renforcer la prise en charge à domicile et retarder l'entrée en EMS. En même temps, il faut que les coûts de l'ambulatoire baissent. On est en plein dans l'injonction paradoxale, dans la double contrainte.

PARADIGME MODIFIÉ

Malgré tout, les médecins de premier recours ont tenté de s'adapter aux changements de l'exercice de leur profession. Ils ont collaboré avec les CMS pour la prise en charge des personnes âgées. En milieu rural, ils ont développé des structures de groupe bien équipées pour répondre aux besoins de la population.



Beaucoup d'entre eux se sont engagés dans des programmes de prévention, de prise en charge de maladies chroniques, de dossier partagé. Des médecins arrivés à l'âge de la retraite continuent à travailler pour pallier la pénurie de généralistes. En contrepartie, depuis l'introduction du TarMed, les bases de la rémunération des médecins se sont dégradées: la valeur du point n'a pas augmenté, elle a même baissé de 2 centimes, alors que nos

charges (salaires, loyers, etc.) ont augmenté. Entre 2000 et 2015, malgré l'élargissement des missions de l'ambulatoire, le coût par patient et par an des médecins internistes-généralistes vaudois n'a augmenté que de 16,3%, soit 1,09% par an. Dans le même temps, l'indice du coût de la vie a progressé de 7,8% (+0,52% par an) et les primes de l'assurance maladie de base de 87,5% (+5,8% par an).

QU'EST-CE QUI NOUS ATTEND?

L'automne approche, avec son lot de rumeurs sur la hausse des primes, de tentatives de chantage et d'intimidation des assureurs, qui accusent les médecins d'être la cause de tous les maux. La convention ambulatoire vaudoise est dénoncée et, sauf accord peu probable entre la SVM et les assureurs, l'Etat devra arbitrer sur la valeur du point. Ce sera la croisée des chemins et chacun devra prendre ses responsabilités.

Il est possible d'avoir une médecine de base de haute qualité, capable d'affronter les défis des prochaines décennies. Il est possible de motiver les jeunes générations de s'engager dans cette voie. Mais seulement en reconnaissant le travail accompli, en acceptant d'en payer le prix et non en distillant des messages paradoxaux tels que «vous devez fournir plus de prestations et coûter moins cher».

Donc en sortant de la logique de la double contrainte. ■

Dr JEAN-PIERRE PAVILLON
SPÉCIALISTE
EN MÉDECINE GÉNÉRALE





Le Centre ambulatoire de La Source : une prise en charge pluridisciplinaire rapide et personnalisée

Structure à taille humaine, le Centre ambulatoire de La Source accueille toute personne nécessitant des soins médico-chirurgicaux d'une durée variant de quelques minutes à une dizaine d'heures. **Pour les patients disposant d'une assurance de base, tous ces services sont accessibles aux mêmes tarifs que ceux des hôpitaux publics.**

Ses 24 lits – dont 9 en chambre fermée – bénéficient chacun d'un espace individuel et confortable avec TV et wifi. Assurant une **prise en charge rapide et personnalisée**, l'équipe soignante, composée majoritairement d'infirmières, attache une importance toute particulière au bien-être des patients. Elle garantit une prise en charge médico-chirurgicale à visée diagnostique ou thérapeutique en s'appuyant sur les compétences de plus de 500 médecins spécialistes accrédités à La Source.

Le Centre ambulatoire offre un domaine d'activités variées dans l'accueil et le suivi des patients, telles que la **chirurgie** orthopédique, viscérale (hernie inguinale, cholécystectomie...), ORL (amygdales, septoplastie...), gynécologique et urologique, oncologique (pose de port-à-cath) ainsi que l'**endoscopie** digestive (coloscopie, gastroscopie, ERCP...) et bronchique (bronchoscopie, EBUS).

A vocation pluridisciplinaire, son domaine s'étend à la **radiologie interventionnelle** et à la **surveillance lors de traitements médicaux** (injections, perfusions très diverses, pansements, exfusions, etc.).

Deux salles interventionnelles sont dédiées à des actes médico-chirurgicaux non invasifs. L'une d'elle, équipée des

dernières technologies médicales, est réservée principalement aux examens endoscopiques. L'autre est destinée à la **petite chirurgie** ainsi qu'à divers gestes médicaux: ponctions de moelle ou de foie, ou encore des infiltrations articulaires.

L'équipe soignante assure l'assistance opératoire pour chacun de ces actes. Elle est amenée à se déplacer en cas d'urgence digestive ou bronchique au bloc opératoire ou aux soins intensifs.

En cas de besoin, les patients peuvent être transférés dans l'une des chambres de la Clinique pour une nuit de surveillance.

En 2016, le Centre ambulatoire de La Source a accueilli plus de 6300 patients.

Centre ambulatoire médico-chirurgical pluridisciplinaire Clinique de La Source

Avenue Vinet 30 – 1004 Lausanne – Tél. 021 641 34 69

Horaires: du lundi au vendredi de 7h à 19h30,
le samedi de 8h à 12h15.

Une infirmière est de garde pour les examens endoscopiques devant être réalisés en urgence chez des patients hospitalisés à la Clinique de La Source, le samedi de 12h15 à 20h et le dimanche de 8h à 20h.

L'ambulatoire dans un centre d'urgences

Un combat quotidien pour faire valoir un modèle indispensable

En 2009, devant une assemblée extraordinaire des délégués de la SVM, le Prof. Leyvraz a défendu le projet d'ouverture de PMU Flon en mettant l'accent, entre autres, sur l'incapacité des médecins installés en cabinet à gérer leurs urgences, avec comme conséquence une surcharge chronique des services d'urgences des hôpitaux publics.

Le 18 mars 2013, lors de l'ouverture du Centre médical d'Epalinges, M. Pierre-Yves Maillard nous a fait l'honneur d'un discours louant nos initiatives de développer des centres d'urgences, offrant à la population des soins selon des horaires élargis, 7 j/7, 365 j/année. La mission de nos centres, organisés pour gérer tous les niveaux de gravité, implique une dotation en personnel infirmier qualifié et un plateau technique conséquent, ce qui, d'une façon évidente, a un lourd impact sur leurs frais de fonctionnement.

UNE SITUATION CRITIQUE

Il est évident que le tarif de base de TarMed, sans supplément d'urgence, ne permet pas à des structures de ce type d'atteindre le seuil de rentabilité. Sa suppression pure et simple, telle que le préconise le conseiller fédéral Alain Berset, est possiblement synonyme de la mort de nos structures en leur état.

Le principe retenu pour justifier cette suppression repose sur un argument inacceptable, car non réaliste: les médecins qui travaillent dans les centres d'urgences sont salariés et payés pour cette activité spécifique, donc aucun supplément n'est censé valoriser leur travail.

Si cette vision est valable pour les institutions publiques, financées en partie par nos impôts et qui, de plus, peuvent majorer le tarif de consultation par une position prévue dans TarMed, la position 35.0610, elle n'est pas valable dans un centre médical privé.

ÉTUDE À L'APPUI

Nous avons récemment effectué une enquête de satisfaction au Centre médical de Vidy: 87% des patients interrogés ont déclaré être satisfaits de la qualité des soins reçus.

En cas de fermeture de nos trois centres (Centre médical de Vidy, de La Source et d'Epalinges), cela fera près de 70 000 consultations annuelles assumées par notre groupe pour le Grand Lausanne qui devront être absorbées... ailleurs.

Notre modèle de fonctionnement, pionnier dans le canton, avec des structures actives depuis vingt-cinq ans, est donc menacé par cette mesure arbitraire et inconséquente, qui ne tient en aucune façon compte de la réalité du terrain.

S'il est clair que le supplément d'urgence ne devrait être appliqué que dans des situations spécifiques, il est indispensable qu'une prestation adaptée, équivalente à la position 35.0610 des institutions publiques, puisse valoriser notre travail.

LA QUALITÉ DES SOINS A UN COÛT

La relation de la corporation médicale aux centres d'urgences et autres permanences a de tout temps été grevée d'un sentiment de méfiance et de doute quant à la qualité des soins prodigués. MFVaud (Médecins de famille Vaud), par exemple, ne soutient pas nos revendications, critiquant, parfois à juste titre, la philosophie de certains de ces centres.

Afin de défendre les intérêts de ce type de structure, vient d'être créée l'Association romande des centres médicaux (ARCM), dont le but est actuellement essentiellement de faire entendre notre voix et d'essayer d'influencer la décision de M. Berset.

Une charte de qualité va sous-tendre l'admission de ses membres. Mais la qualité a un prix... S'il est préconisé dans notre pratique quotidienne d'appliquer la philosophie du «less is more», les décisions à l'emporte-pièce de M. Berset pourraient dans notre cas de figure se transformer en «less is less»... ■



Dr MICHEL EDDÉ
MÉDECIN RESPONSABLE, GROUPE VIDY MED



Du côté du spécialiste

Réflexions sur la gastro-entérologie ambulatoire **dès 2018**

Les coûts de la santé augmentent pour des raisons diverses et complexes, dont notamment le vieillissement de la population et les progrès médicaux incessants. Ces différents points ont été discutés dans de nombreuses publications récentes, dont le document publié par la SVM.

Nous ne sommes qu'en partie responsables de l'action autoritaire de M. Berset, n'ayant pas réussi à trouver un accord avec les représentants des assureurs de la révision tarifaire nécessaire du TarMed actuel. Une des raisons qui rend une vision «unique» de la révision tarifaire aussi difficile est le fait que nous exerçons des métiers différents au sein du monde de la médecine. En effet, d'une spécialité à l'autre, la durée de la forma-

tion, la diversité et la complexité des prestations médicales réalisées et finalement les investissements liés aux infrastructures sont très différents.

DÉCALAGE ÉVIDENT

Le langage utilisé par M. Berset, et souvent par la presse, est dommageable vis-à-vis du lien de confiance indispensable que nous devons créer avec nos patients pour garantir une prise en charge médicale optimale et efficiente. Lors de la

conférence de presse du conseiller fédéral en date du 22 mars 2017, le TarMed a été comparé à un «catalogue d'abus» et les médecins décrits comme étant «créatifs» dans leur mode de facturation. Ceci sous-entend sans ambiguïté de la tricherie et un manque d'intégrité de notre part. Ces propos sont insultants et démotivants. Nous travaillons tous les jours pour assurer la meilleure qualité de prise en charge possible pour nos patients. Nous sacrifions régulièrement des week-ends et des jours fériés pour assumer des gardes afin d'amener une aide nécessaire aux hôpitaux périphériques et de soulager l'hôpital universitaire. Ce travail est important. Nous assurons la mission ambulatoire des patients de la gastro-entérologie, qui est différente de celle du

CHUV. L'hôpital universitaire ne peut assurer cette fonction dans l'ambulatorio, sous peine de ne plus pouvoir assurer sa mission universitaire, avec les coûts importants qui s'ensuivraient (durée d'hospitalisation prolongée en attendant une place pour l'endoscopie d'un patient hospitalisé). La révision tarifaire proposée met en péril la qualité de prise en charge ambulatoire des patients, mais aussi, de facto, hospitalière, par la charge créée par un nouveau transfert d'activité sur l'hôpital.

LE DÉPISTAGE, OUI, MAIS..

Une des priorités mentionnées dans la stratégie Santé2020 du Conseil fédéral est de miser sur la promotion du dépistage et de la prévention. C'est là une cible logique, que nous soutenons pleinement. Cependant, la révision tarifaire proposée par M. Berset va imposer pour notre discipline des réductions de prestations allant au-delà de 30% pour des prestations telles que la colonoscopie de dépistage et la coloscopie thérapeutique avec polypectomie(s). Les arguments avancés pour justifier une telle baisse ne s'appliquent pas à la gastro-entérologie (baisse supposée du prix du matériel et temps d'examen plus court). Le matériel endoscopique a effectivement évolué depuis 2004. Les endoscopes, par exemple, sont nettement plus performants au niveau de la qualité et du traitement de l'image, mais au prix d'une augmentation moyenne de leur prix d'au moins 30% et d'une obsolescence plus courte de deux ou trois ans. Les colonoscopies en 2017 ne se font pas plus vite qu'en 2004! Bien au contraire, en raison de l'amélioration de l'imagerie, plus de lésions sont détectées (polypes plans et dentelés, etc.) et devront donc être réséquées pour diminuer la mortalité à long terme liée à ces polypes. La diminution de la prestation pour une colonoscopie avec polypectomie de plus de 1 cm (TarMed 19.1130) est l'une des positions les plus affectées (-50%). Alors que nous sommes censés miser sur l'efficacité et la qualité, l'intervention de notre discipline, avec le plus grand impact pour la



population suisse en termes de baisse de la mortalité du cancer colorectal (et de diminution des coûts de la santé...), se voit amputée de 23 minutes dans son minutage (plus de 50% du temps d'examen!) par rapport au TarMed actuel.

QUEL AVENIR POUR LE MÉDECIN ET SES PATIENTS?

Au moment où la relève médicale dans notre spécialité est déjà problématique (comme chez les généralistes!), la motivation de nos jeunes collègues est mise en péril par les actions politiques du Conseil fédéral. Comme exemple, le Dr Doerig a suivi une formation de gastro-entérologie et travaillé sept ans en milieu universitaire dans cette spécialité avant de faire le pas en poursuivant son activité dans une structure libérale, qui lui permet depuis deux ans d'exercer son métier avec enthousiasme et tout le professionnalisme nécessaire à ses activités. Il est très inquiet des propositions qui se dessinent et vont complètement bouleverser la prise en charge de ses patients au quotidien. Il ne se voit pas exercer ce métier pendant les vingt-cinq prochaines années en s'imaginant que les politiques sont libres de décider du temps qu'il peut passer en consultation avec un patient qui présente une hépatite C requérant un traitement onéreux, une cirrhose avancée au stade de la transplantation, un cancer colorectal nécessitant une intervention chirurgicale ou une constipation

rebelle à tous les traitements prescrits par son généraliste. Il souhaite pouvoir continuer à suivre ses patients comme il le fait actuellement et veut se sentir fier du travail qu'il fournit tous les jours.

Les compromis sur la qualité de prise en charge qui seront imposés en raison de règles édictées de manière inappropriée par l'Etat ne sont pas compatibles avec notre vision de la médecine ambulatoire. De nombreux critères de qualité très concrets sont scientifiquement reconnus: adéquation d'une investigation, qualité de la préparation à une coloscopie, taux de re-coloscopie, temps de retrait du coloscope, taux de détection de lésions précancéreuses lors d'une coloscopie (ADR, Adenoma Detection Rate), etc. Une partie de ces critères pourrait faire l'objet d'un contrôle de qualité de notre activité si l'on voulait vraiment améliorer l'efficacité des prestations fournies. Mais ceci aussi pourrait avoir un coût... Notre groupement collabore au sein de son organe faitier, la Société suisse de gastro-entérologie, pour trouver des solutions aux défis que la gastro-entérologie nous pose en 2018 et après. ■

.....

Dr CHRISTOPHER DOERIG
MEMBRE DU COMITÉ DU GGV
(GROUPEMENT DES GASTRO-ENTÉROLOGUES VAUDOIS)

Dr PAUL WIESEL
PRÉSIDENT DU GGV

Ce qu'en pense...



Dr JACQUES-ANDRÉ HAURY
SPÉCIALISTE FMH OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
ET CHIRURGIE CERVICO-FACIALE

Les dépenses de santé et la surmédicalisation

On estime à 30% les dépenses de santé dues à la surmédicalisation dans notre pays, si l'on en croit les Profs Nicolas Rodondi et Jean-Michel Gaspoz¹: ce chiffre est terrifiant. Cela représenterait environ 20 milliards de francs par année, sans commune mesure avec les 700 millions que le conseiller fédéral Alain Berset espère pouvoir économiser avec sa révision du TarMed.

La surmédicalisation, ce sont des traitements médicamenteux injustifiés, des examens inutiles et des interventions sans bénéfice pour le patient. Dans les médias, on parle beaucoup de la prescription contestée des statines. On discute aussi des valeurs cibles à atteindre en matière d'hypertension artérielle chez les patients âgés. Pour le reste, très peu de débat. Les réflexions du Swiss Medical Board rencontrent soit l'indifférence, soit l'hostilité du corps médical.

Cette surmédicalisation est largement pratiquée dans les centres universitaires, qui les enseignent aux jeunes médecins, terrorisés à l'idée de s'écarter des normes et des «guidelines» auxquels ils ont été exercés. Ces centres universitaires, notre CHUV en particulier, ont développé des commissions d'éthique, lesquelles ont pris un pouvoir considérable, parfois excessif, sur le développement de la recherche. Mais ce sont des commissions d'efficience² dont nous aurions besoin. Nous

connaissons la notion de NST³, mais personne n'a jamais défini à partir de quel NST le traitement, l'examen ou l'intervention ne devrait pas être pratiqué. A titre d'exemple, quelle est l'efficience d'un nouveau stent coronarien par rapport à un ancien, beaucoup moins cher? Ou quelle est l'efficience de tel «bilan» pratiqué non seulement en présence d'un symptôme clinique, mais également à titre préventif, dans le but de dépister une «maladie silencieuse»?

Pour que nos centres universitaires se soucient d'efficience, il faudrait une volonté politique. Il appartiendrait au Conseil d'Etat d'imposer au CHUV une démarche systématique d'efficience. Et cette exigence politique, dans une institution dont il a le contrôle, est parfaitement dans ses compétences. Visiblement, il préfère s'en prendre à la médecine privée.

Aussi longtemps que l'autorité politique ne s'attaquera pas à la surmédicalisation, les vexations tarifaires, les attaques contre les assureurs et les projets technocratiques de soins coordonnés demeureront une agitation démagogique: les coûts de la santé continueront d'augmenter, et il faudra bien que la société en fasse les frais. ■

1 Swiss Medical Forum 2017; 17(3): 45-48.

2 Efficience: rapport entre le résultat obtenu et les ressources utilisées.

3 Nombre de sujets à traiter, en anglais NNT (Number Needed to Treat).

Check-up *humour*





Soirées de formation

Cours de préparation à l'installation en cabinet

Destinée aux médecins assistants en vue d'une future installation en cabinet, la 5^e édition de cette formation se déroulera les 5 et 19 septembre, ainsi que le 5 octobre.

Une première soirée sera consacrée aux questions juridiques que pose toute installation, notamment les exigences légales et les diverses formes de sociétés. La deuxième soirée proposera la présentation des expériences rencontrées par des praticiens récemment installés, ainsi que des conseils. La dernière soirée sera destinée à la création d'un business plan, outil indispensable à l'installation en cabinet. Cette formation est soutenue par la SVM, mais également par l'ASMAV (Association suisse des médecins assistants et chefs de clinique) section Vaud, l'IUMF (Institut universitaire de médecine de famille), la Fondation Avenir et Santé et la PMU. ■

Inscriptions et renseignements au secrétariat du Centre des formations du CHUV: 021 314 05 02

Conférence des présidents – mardi 6 juin 2017

Inquiétudes autour du projet de révision TarMed

Les différentes spécialités font part de leurs craintes quant à cette révision. S'il est clair que le tarif actuel a besoin d'être revu et amélioré, cela ne peut se faire au détriment d'années de formation et du patient, dont seul le revenu et donc la couverture assécurologique définira s'il a droit à certaines prestations ou s'il doit se rendre à l'hôpital, affronter les délais d'attente et subir.

A la suite de la brochure «Les médecins dénoncent une médecine à deux vitesses et un rationnement des soins» éditée par la SVM en mai dernier, un addendum est prévu avant l'été, afin d'offrir un panorama complet des différentes spécialités.

Si l'ensemble de la presse n'a pas repris ces exemples précis, ce document aura servi à d'autres organismes pour faire remonter les inquiétudes sur le plan national.

D'autres sujets ont pu être traités, tels que la double facturation, la procédure de consultation des régions de santé et la valeur du point dans le canton de Vaud en 2018.

Ce rendez-vous avec les présidents des groupements de spécialités et des groupements régionaux permet échanges et dialogue et s'avère extrêmement précieux. ■



22 juin 2017

Reflets de la 2^e Assemblée des délégués de l'année

A la veille de la pause estivale, un ordre du jour dense a réuni nettement plus de délégués que le quorum ne le requiert.

Toutes les candidatures des nouveaux membres ont été validées et la bienvenue leur est souhaitée. Divers thèmes sont abordés, tels que le règlement des médecins cadres, le règlement de la garde, la révision TarMed ou encore la double facturation et la valeur du point en 2018. Un rapport détaillé sur la garde devra être fourni par la SVM au DSAS (Département de la santé et de l'action sociale) d'ici à fin juin.

La révision TarMed a suscité suffisamment de réactions à travers le pays pour que la FMH se saisisse également du sujet et organise une conférence de presse la veille de la date butoir de la mise en consultation. Un deuxième volet à notre document de mai, réunissant d'autres réactions de groupements de spécialités, sera diffusé d'ici peu. Il viendra en complément aux premières réactions liées à l'inquiétude des médecins. Concernant la question de la double facturation, une cellule de travail a été mise sur pied entre la SVM, la FMH et d'autres partenaires, dans le but de défendre les médecins concernés par la question. L'ensemble du système de financement est mis en cause et c'est inquiétant. Le tarif-cadre à CHF 0.96 a été validé pour 2017, il s'agit maintenant de négocier pour l'année prochaine.

ÉLECTIONS STATUTAIRES

Chambre médicale: élection d'un délégué. Le Dr Michaël Hagmann, candidat à sa réélection, est très largement élu.



Election de deux suppléants. Les Drs Jean-Frédéric Leuenberger et Adrien Tempia sont candidats à leur réélection et sont tous deux très largement élus.

Commission de déontologie de la FMH: le Dre Ilham Trad (spécialiste traductions médicales, donc parfaitement bilingue) est confortablement élue.

COMPTES 2016 DE LA SVM

La SVM fait un léger bénéfice en 2016. Les sources de financement annexes diminuent avec les années et les frais juridiques sont relativement élevés, en fonction des sujets d'actualité.

Dr Philippe Vuillemin, vérificateur, félicite la bonne tenue des comptes et la clarté des pièces et propose à l'AD d'approuver les comptes, ce que celle-ci a fait, sans opposition.

Cafmed (caisse des allocations des employés de cabinets): les caisses liées aux associations professionnelles sont en phase de transition avec les effets attendus de la réforme de l'impôt sur les entreprises. Malgré des mesures correctives, le décompte reste favorable. Les comptes de la Cafmed sont adoptés avec deux abstentions.

RÈGLEMENT DE LA COMMISSION DE DÉONTOLOGIE

A l'exception de trois petites modifications qui font sens dans les art. 6 (double), 21 paragraphe 4 (dans la règle...) et l'article 24 (30 jours au lieu de 20), le règlement est accepté dans sa globalité et entre immédiatement en vigueur, moyennant ces petites corrections.

La prochaine Assemblée des délégués se tiendra le 30 novembre 2017. ■

Législature 2016

Liste des nouveaux membres

ABDELRAHMAN Karim

gastro-entérologie

ARAGNO Claudia

pédiatrie

BAGNA Francesca Carlotta

anesthésiologie, médecine intensive

BARRAS Nicolas

cardiologie, médecine interne générale

BETSI Evanthia

chirurgie plastique, reconstructive et esthétique

BLOND Marie-Hélène

pédiatrie

BOUSSAHA Tarek

gastro-entérologie

BRAATHEN Lasse Roger

dermatologie et vénéréologie, allergologie et immunologie clinique

BROVELLI Sébastien Ludovic

psychiatrie et psychothérapie

BUZDUGA Mihaela

pédiatrie

BYOT-SIMON Odile

médecine interne générale, médecin praticien

CAMPANINI Claude

cardiologie, médecine interne générale

CHAKOUR Reza

allergologie et immunologie clinique, pneumologie, médecine interne générale

CLÉMENT François-Xavier

anesthésiologie

COTASSON Elise

médecin praticien

CRIFE-MAMIE Chantal

pédiatrie

CRISAN Honorata

oto-rhino-laryngologie

CUENCA-CUENDET Sylvie

psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents

DEVOS Franck

médecin praticien

DOUAIHY Nadim

urologie

DURAFFOURG Anne

médecin praticien

ELOWE-GRUAU Eglantine

pédiatrie

FORNAGE Sandra

gynécologie et obstétrique

FROBERT Jean-Luc

gynécologie et obstétrique

GAILLARD Julien

allergologie et immunologie clinique, médecine interne générale

HABA-RUBIO José

neurologie

HASSANI Hassen

chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, médecin praticien

HOLLAND-MORITZ Anne

anesthésiologie, médecine intensive

JASINSKA WIDER Barbara

neurologie

KALAMI Yas

médecin praticien

KOCKAERT Michaël Alfons

dermatologie et vénéréologie

LAJOSO Sonia

médecin praticien

LLORENTE GANDULLO Eva

médecin praticien

LUDER JACCARD Marie-Thérèse

pédiatrie

MARTINEAU Isabelle

médecin praticien

MIÉVILLE Anne

médecine interne générale

MORARU Raluca Marina

psychiatrie et psychothérapie

PANOS Aristotelis

chirurgie cardiaque et vasculaire thoracique

PASSARIN Olga

ophtalmologie

RAFFRAY Tifenn

psychiatrie et psychothérapie

RENARD Gilles

médecin praticien

RENARD-NEME Sylvie

médecin praticien

ROUX Yann

cardiologie, médecine interne générale

TERRAS Frédérique

psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents, psychiatrie et psychothérapie

TROILLET Valeria

radiologie

WEINGUNI Raphaël

pédiatrie

WOLFF Stéphane

médecin praticien

ACTU

Cohorte

Recrutement de patients diabétiques

En 2011-2012, une cohorte a été mise sur pied par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne, afin de décrire les patients diabétiques résidant dans le canton de Vaud et d'évaluer leur prise en charge. Les médecins vaudois ont apporté leur contribution à la cohorte CoDiab-VD en recueillant des données cliniques en complément des données reportées par les patients dans un questionnaire envoyé chaque année à leur domicile.

Pour suivre l'évolution des indicateurs collectés, un nouveau recrutement de patients diabétiques sera conduit en septembre prochain. Les patients recrutés par les pharmacies du canton de Vaud recevront un questionnaire à remplir à domicile et seront ensuite suivis tous les deux ans par questionnaire auto-administré. Les médecins vaudois ne seront pas sollicités directement dans le cadre de ce nouveau recrutement; les patients diabétiques pourront toutefois leur en parler.

Les données récoltées, traitées confidentiellement et conservées de façon anonyme, permettront d'adapter le développement du Programme cantonal Diabète aux besoins des patients et de mettre en œuvre des actions ciblées pour améliorer leur prise en charge dans le canton de Vaud. ■

Contact: Mme Tania Carron, responsable du recrutement à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Lausanne (IUMSP), tania.carron@chuv.ch

Programme
et inscription
en ligne!
www.svmed.ch

Les *Jeudis* de la Vaudoise

Programme 2017 – 2018

1 ABONNEMENT GÉNÉRAL POUR LES 8 JEUDIS DE LA VAUDOISE

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 31 août 2017 au STCC (EPFL) à 8h
(sélectionner 2 ateliers au verso)
Monitoring thérapeutique | <input type="checkbox"/> 15 février 2018
Gonalgies |
| <input type="checkbox"/> 21 septembre 2017
Angiologie | <input type="checkbox"/> 15 mars 2018
Trouble de l'identité de genre |
| <input type="checkbox"/> 16 novembre 2017
Ostéoporose | <input type="checkbox"/> 19 avril 2018
Immuno-allergologie |
| <input type="checkbox"/> 18 janvier 2018
Psychogériatrie | <input type="checkbox"/> 17 mai 2018
Régimes à la mode |

Sous réserve de modifications - www.svmed.ch



Société Vaudoise de Médecine

INSCRIPTION À FAXER

AU 021 651 05 00

(EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

PRÉNOM _____

NOM _____

RUE _____

NPA _____

LOCALITÉ _____

TÉL. _____

E-MAIL _____

DATE _____

SIGNATURE _____

CACHET DU CABINET _____

CONTACT

Société Vaudoise de Médecine

Chemin de Mornex 38

Case postale 7443

1002 Lausanne

Tél. 021 651 05 05

formationcontinue@svmed.ch

Horaires:

De 8h30 (accueil) à 12h15 à l'auditoire César-Roux, puis en salles de séminaire au CHUV à Lausanne, sauf le 31 août 2017 au SwissTech Convention Center, EPFL, accueil à 8h.

Tarifs:

Un jeudi par mois: membres SVM: CHF 65.- / non-membres SVM: CHF 75.-
Abonnement 8 jeudis: membres SVM: CHF 345.- / non-membres SVM: CHF 395.-

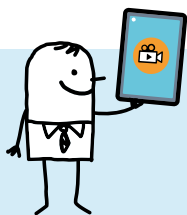
Carte de parking du CHUV:

- une carte à CHF 15.- (valeur: CHF 20.-)
 une carte à CHF 37,50 (valeur: CHF 50.-)

Commission pour la formation continue de la SVM:

Dres I. Marguerat Bouché, A.-F. Mayor-Pleines, S. Paul et F. Pilloud, Pr J. Cornuz (président), Drs A. Birchmeier, M. Monti, A. Morel, Ph. Staeger et J.-L. Vonnez.

Accréditation: 3,5 points par cours. Formation certifiée SSMIG.



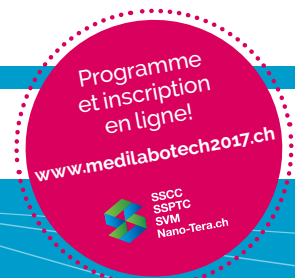
Téléchargement des conférences:

Les membres SVM peuvent visionner en tout temps les conférences sur www.svmed.ch (formation continue), quatre jours après le déroulement d'un JVD.

La signature de ce bulletin vous engage à acquitter la facture qui suivra, même en cas de non-participation au(x) cours sans excuse préalable.

Cette organisation est rendue possible grâce à nos partenaires



Premier **Jeudi** de la Vaudoise 2017-2018**31 août 2017**

Sous réserve de modifications - www.svmed.ch

Au SwissTech Convention Center (EPFL),
dans le cadre du congrès **Medi-Labo-Tech 2017**

Programme de la journée

8h30 – 10h**Monitoring thérapeutique**

- Médecine de précision: rôle du laboratoire
Prof. Vincent Mooser, CHUV, Lausanne
- Monitoring thérapeutique: rôle du laboratoire
Prof. Thierry Buclin, CHUV, Lausanne
- Lab on Chip
Prof. Giovanni de Micheli, EPFL, Lausanne
- Less is more: forces et faiblesses du laboratoire du praticien
Prof. Jacques Cornuz, PMU, Lausanne

10h30 – 12h30Inscription, cochez **deux thèmes à choix parmi les huit ateliers** Diabète et lipides/**Français** Diabetes und Lipiden/**Deutsch** Urgences: dyspnée et douleurs thoraciques/**Français** Notfälle: Dyspnoe und Brustschmerzen/**Deutsch** Hépatites Suivi des psychotropes: TDM vs tests pharmaco-génétiques Les pièges du laboratoire du praticien POCT et infectiologie (tests rapides)/**Français** Gesundheitsüberprüfung (check-up)/**Deutsch** Anémies Identifying high avidity and high quality individual T cells
in cancer patients for adoptive immunotherapy/**English** **Je m'inscris également au cocktail qui suivra**

Accréditation: 3,5 points par cours. Formation certifiée SSMIG.

La signature de ce bulletin vous engage à acquitter la facture qui suivra, même en cas de non-participation au(x) cours sans excuse préalable.

Cette organisation est rendue possible grâce à nos partenaires



INSCRIPTION À FAXER
AU 021 651 05 00
(EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

PRÉNOM _____

NOM _____

RUE _____

NPA _____

LOCALITÉ _____

TÉL. _____

E-MAIL _____

DATE _____

SIGNATURE _____

CACHET DU CABINET _____

CONTACTSociété Vaudoise de Médecine
Chemin de Mornex 38 – CP 7443

1002 Lausanne

Tél. 021 651 05 05

formationcontinue@svmed.ch

America first contre Obamacare

Réactions au CMV 3 du mois de mai

Lettre à la rédaction du CMV et au comité de la SVM

Chers confrères du comité de la SVM et de la rédaction du CMV,

Merci à l'engagement bénévole des rédacteurs pour le *Courrier du médecin vaudois*. Nous savons combien l'écriture et l'animation d'un tel journal sont accaparantes. Aussi nos critiques du dernier numéro vous sont-elles adressées avec respect, malgré leur tranchant. Il faut dire qu'adopter un point de vue critique sur l'Obamacare nous paraissait a priori intéressant, tant l'opinion publique lui est favorable, comme par principe.

Mais nous avons vite compris qu'à travers les textes caricaturaux sur l'Obamacare, c'est la LAMal qu'ils visaient, souhaitant moins d'intervention étatique et redoutant les décrets de notre ministre Berset autant que les actions de notre conseiller Maillard. Tout cela, leur but et les moyens dont ils disposaient chichement, devait-il aboutir à cette caricature journalistique? Vu qu'elle est désormais commise, il nous semble nécessaire d'y réagir. Non pour défendre Obama, moins encore la LAMal, mais d'abord pour que notre journal et notre société médicale ne donnent pas l'impression de favoriser la superficialité, la supercherie ou l'extrémisme sans que ses lecteurs interpellent le laisser-aller temporaire des rédacteurs qu'ils mandent.

L'éditorial donne le ton, notre confrère a fait son choix: s'inspirant des trois articles sur les quatre publiés qui vantent la médecine américaine privée et libérale, il est sûr qu'une médecine «affranchie des contraintes extérieures» préservera sa qualité. Nous lui répondrons simplement:

«Vous semblez suspendre votre rapport à la réalité.» Et nous l'engageons à se pencher de nouveau sur les conditions des ouvriers à Berlin du temps où Bismarck s'était vu confier l'administration de la Prusse, puisqu'il se réfère à cet homme d'Etat.

Nous ne revenons pas sur les deux articles de médecins américains qui affirment sans rien démontrer, en peignant le «rouge» sur la muraille, que la médecine sans Etat (et sans assurance) soignera tout le monde presque gratuitement. Le second auteur précise que les prix demandés équivaldront à 10-30% de ceux du marché! Versés en espèces, précise-t-il pour corser la situation. Le troisième auteur, qui signe en tant que médecin, mais qu'on ne retrouve pas dans la liste des membres de la SVM, parle comme «faisant partie d'un groupe d'étudiants de l'Executive MBA de la Faculté des HEC de l'UNIL»: ses conclusions sont spécialement obscures et filandreuses. La Mayo Clinic répondrait à 80-90% des attentes des patients et des soignants, alors que les hôpitaux suisses n'y répondent qu'à 50-60%... Si nous avons encore des questions sur ce charabia, nous sommes incités à consulter les références chez l'auteur... qui ne livre pas ses coordonnées.

Heureusement que notre confrère du comité de la SVM sauve l'honneur: il parle vrai, il parle de son expérience, il parle clair et ses conclusions sont nuancées. La réforme qu'est l'Obamacare ouvre les soins à des millions d'Américains qui en étaient privés. Ce quatrième article, placé en dernier et désavoué par l'éditorial, démontre un parti pris de la rédaction du CMV délétère pour notre intelligence de

ces problèmes complexes et gênant pour la réputation de la SVM face aux patients et aux autorités politiques de notre canton. Et l'ensemble du sujet traité par ce numéro révèle l'indigence de l'information transmise par notre cher journal: nous avons déjà dit que nous l'excusons, mais nous ajoutons qu'un peu de modestie éviterait d'user de ces informations d'une façon si partisane qu'elle jouxte le ridicule. Un bref survol sur internet aurait permis aux rédacteurs de dresser une liste partielle des nombreuses associations de médecins américains en faveur du maintien de la réforme mise en place par le gouvernement démocrate: l'American Medical Association, l'American Nurses Association, l'American Hospital Association, l'American Academy of Pediatrics, l'American Cancer Society, l'American Heart Association, l'American Diabetes Association, l'American Lung Association, etc. Ces instances plaident certes pour certaines améliorations à apporter à l'ACA (Obamacare), mais sont unanimes dans leur rejet de la version «libérale» du gouvernement actuel (AHCA). Cela aurait été l'occasion d'un beau et fructueux débat, manqué par indigence et par parti pris probablement mâtiné d'appât du gain.

Nous souhaitons mieux pour l'avenir de notre *Courrier du médecin vaudois* et nous adressons aux rédacteurs et à notre confrère Bovier notre salut confraternel. ■

Dr PIERRE HEIERLI, FMH CHIRURGIE PLASTIQUE
ET RECONSTRUCTIVE ET CHIRURGIE DE LA MAIN
Dr OLIVIER BONARD, FMH PSYCHIATRIE – PSYCHOTHÉRAPIE
Dr CHRISTOF BOLLMANN, FMH CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE
ET CHIRURGIE DE LA MAIN

Prochain portrait?
Faites-nous part
de vos idées
et suggestions

Professeur Philippe Conus

Sur un air de jazz

Responsable du Service de psychiatrie générale du CHUV, Philippe Conus aime percer le secret des âmes comme il le fait d'une mélodie. D'échappées en digressions, ce féru de musique nous ouvre les portes de son univers.

Philippe Conus nous accueille dans son jardin baigné de soleil, à Pully. Une atmosphère idéale pour les longues discussions. Les mots sont fluides, soigneusement choisis, toujours empreints de passion.

LA FIBRE ARTISTIQUE

Philippe Conus est né à Lausanne et a grandi au Maupas, «un quartier encore aux limites de la ville, populaire, avec beaucoup d'enfants». Son père est imprimeur, sa mère décoratrice, un terrain propice à l'épanouissement d'une sensibilité

artistique. Il pratique la musique depuis qu'il a 4 ou 5 ans et découvre le jazz avec son père durant les Fêtes de Lausanne. «C'était une de mes obsessions à l'époque... c'est ce qui m'a donné envie de me mettre à la clarinette!» Les cours n'existent alors que dans un registre classique, ce qui ne l'empêche pas d'être assidu de 10 à 18 ans. Parallèlement, il joue de la guitare – «j'étais un clone de Maxime Le Forestier!» – et de la flûte des Andes, alors très en vogue.

Le bac en poche, Philippe Conus part aux Etats-Unis pendant une année, et suit les cours de l'Eastman School of Music à Rochester (New York). «C'est à ce moment-là que j'ai pu toucher un peu du saxophone et jouer de la contrebasse dans le big band de l'école. Et j'ai commencé à faire du jazz avec un groupe.» De retour en Suisse, il entame les études de médecine, tout en apprenant le saxophone à l'école de jazz de Montreux.

OSER LA PSYCHIATRIE

«Quand, plus jeune, je pensais à mon avenir professionnel, il y avait la musique, bien sûr, et la médecine. J'ai choisi la seconde: il est plus facile d'être un amateur en musique qu'en médecine...»

L'intérêt pour la psychiatrie apparaît dès l'été qui suit la seconde année de formation, alors qu'il travaille comme aide-infirmier à l'hôpital de Cery. «J'ai vraiment beaucoup aimé ça. J'étais à l'unité d'admission, où arrivaient toutes sortes de gens. Et j'ai retrouvé ce même plaisir que j'avais enfant à essayer d'entrer en relation avec les fortes têtes de l'école: ce n'était pas un jeu, ni un challenge, mais vraiment la satisfaction d'arriver à entrer en communication avec des personnes complètement désorganisées et agitées. Parvenir à les rassurer, à les contenir, trouver les bons mots, la bonne distance, le bon regard... Il y a

quelque chose de très instinctif là-dedans.» Dans ce domaine, ce qu'on est et comment on arrive là compte beaucoup. C'est ce qui a particulièrement plu à Philippe Conus: la possibilité de faire les choses d'une façon unique, qui lui soit propre.

Il repousse pourtant encore le choix de la psychiatrie en décidant d'aller perfectionner son jazz au prestigieux Berklee College of Music à Boston pendant trois semestres, puis, à son retour, en faisant une année de chirurgie, suivie de quatre années de médecine interne: «Je voulais m'assurer que je ne passais pas à côté de quelque chose. Je craignais aussi une certaine marginalisation... Le psychiatre est toujours un peu sujet à toutes sortes de plaisanteries et de quolibets!»

L'ART DE L'IMPROVISATION

En psychiatrie comme dans le jazz, il est beaucoup question de feeling. «Faire du jazz, jouer en groupe, demande une certaine sensibilité. Il faut être à l'écoute de choses assez subtiles, c'est très intuitif. Le jazz est un ensemble relativement flou, et dans le plaisir que l'on peut éprouver à faire de ce flou un flux qui a un sens, il y a quelque chose du même ordre que le plaisir que l'on peut avoir dans une relation thérapeutique, qui se construit selon son ressenti et est assez proche en cela d'une improvisation de jazz!»

Et les deux domaines exigent que l'on se soit nourri d'expériences; les voyages, la musique, devenir un époux puis un père en font partie, qui rendent plus humble, plus ouvert à la différence. Et quand la psychiatrie prend trop de place, le vélo, un air de piano joué à quatre mains avec son fils, une répétition avec son groupe en vue d'un concert dans un café du Flon sont d'efficaces soupapes. La musique n'est jamais loin... ■

ADELIN VANOVERBEKE

Clin d'œil



«Faire du pain, c'est un rêve d'enfant que je réalise plusieurs fois par semaine. Un effort modeste pour un résultat concret et tellement bon!»



31
AOÛT
2017



17^e JOURNÉE DE LA SVM

Au SwissTech
Convention Center
de l'EPFL, à Ecublens,
dans le cadre
du congrès
Medi-Labo-Tech 2017



PLUS D'INFOS ET INSCRIPTIONS
www.svmed.ch/jsvm
www.medilabotech2017.ch

PROGRAMME

13h30 Accueil

14h «Monitoring biomédical du futur: le triomphe ou la fin de la médecine?»

Table ronde animée par le Dr Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la *Revue Médicale Suisse*, avec:
M. Pierre-Yves Maillard, conseiller d'Etat et chef du Département de la santé et de l'action sociale,
Dr Philippe Eggimann, PD et MER, président de la SVM,
M. Marcel Salathé, directeur du Laboratoire d'épidémiologie digitale, EPFL,
Prof. Pierre-François Leyvraz, directeur général du CHUV,
M. Jean-François Steiert, conseiller d'Etat et conseiller national,
M. Frédéric Hadjadj, écrivain et philosophe, directeur de l'Institut d'études anthropologiques Philanthropos.

15h30 Pause-café

16h Allocution de bienvenue aux nouveaux membres, suivie de la table ronde «les enjeux de la SVM», animée par le Dr Bertrand Kiefer, avec:

Dr Jacques Baudat, président de l'Assemblée des délégués,
Dr Philippe Eggimann, président de la SVM,
M. Pierre-André Repond, secrétaire général de la SVM.

17h Prestation de serment des nouveaux membres

17h15 Hommage aux membres honoraires (30 ans d'affiliation à la SVM)

17h30 Cocktail de clôture

Programme arrêté au 1^{er} juin, sous réserve de modifications

SPONSORS



A photograph of a man's back, seen from behind, with a tattoo in French calligraphy. The tattoo reads: "Col des Mosses, le 13 juillet 2003, évité un cerf." The man has short brown hair and is shirtless. The background is a solid dark blue.

Col des Mosses,
le 13 juillet 2003,
évité un cerf.

Nous accompagnons les paraplégiques. À vie.

Outre la prise en charge médicale, nous aidons aussi les victimes en difficultés financières. Par exemple pour transformer voiture et logement. Pour que rien ne vienne entraver une vie indépendante et autodéterminée. www.paraplegie.ch



Fondation
suisse pour
paraplégiques



Fiabilité

Rapidité

Confiance

Au coeur du Pays de Vaud, quels que soient vos besoins d'analyses médicales,
Aurigen, Fertas, Polyanalytic et Proxilab
s'engagent avec passion pour l'aide au diagnostic



Vos laboratoires Aurigen, Fertas, Polyanalytic et Proxilab sont membres du réseau suisse de laboratoires régionaux Medisupport

aurigen.ch

polyanalytic.ch