

CMV

REVUE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE
AVRIL 2021

courrier
du médecin
vaudois

#2



INTERVIEW

Rebecca Ruiz,
cheffe du DSAS

CLAUSE DU BESOIN

Plus que deux mois
pour s'installer?

MÉDECINE HOSPITALIÈRE
VAUDOISE

Un avenir à définir



La Clinique de La Source
APPARTIENT À UNE
fondation à but non lucratif



130 ans
1891 - 2021



« PLUS DE 105'000 PATIENTS
NOUS FONT CONFIANCE
CHAQUE ANNÉE »

- 7 salles d'opération à la pointe de la technologie
- Plus de 560 médecins accrédités indépendants
- Quelque 600 collaborateurs à votre service

www.ecpdesign.ch - Photo: th. zülfrey

 Clinique de
La Source

La qualité au service de votre santé
www.lasource.ch

THE SWISS
LEADING
HOSPITALS

ESPRIX
Part of Excellence 2014

EFQM
Recognised for excellence



SERVICES FIDUCIAIRES

**COMPTABILITÉ - SALAIRES
FISCALITÉ - CONSEILS**

Contactez-nous dès maintenant pour une évaluation
gratuite de vos besoins en services fiduciaires

 **MedBiz**
medical business solutions

www.medbiz.ch

Demandez une offre !

Route de Denges 28G
CH-1027 Lonay

Tel : +41 21 801 04 04
Email : info@medbiz.ch



La Clinique de La Source
APPARTIENT À UNE
fondation à but non lucratif

La Clinique de La Source et le Centre Neuro Orthopédique
ont le plaisir d'accueillir le



Dr Sébastien Lévy

Spécialiste en chirurgie orthopédique
Spécialisé en chirurgie de la colonne vertébrale

Avenue Jomini 8 - 1004 Lausanne
Tél.: 021 647 05 25

Nouveau médecin du Centre Neuro Orthopédique depuis le 1^{er} mars 2021.

Leader dans son domaine et à la pointe de la technologie médicale, notamment en chirurgie robotique, la Clinique de La Source est un établissement privé de soins aigus pluridisciplinaires (Chirurgie - Médecine - Maternité) de 150 lits qui dispose d'un plateau technique d'avant-garde. Elle est reconnue pour la qualité des soins et les prestations de premier ordre qu'elle offre à ses patients et plus de 560 médecins accrédités indépendants.

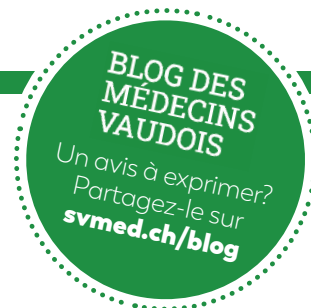
 Clinique de
La Source

La qualité au service de votre santé
www.lasource.ch

THE SWISS
LEADING
HOSPITALS

ESPRIX
Part of Excellence

EFQM
Recognised for excellence



sommaire

4 DOSSIER

- 4 Introduction
- 7 Médecine hospitalière de demain
- 8 Le positionnement du médecin dans son hôpital
- 9 Hôpitaux périphériques
- 10 Médecins hospitaliers et conventions collectives de travail
- 12 Check-up humour
- 13 Témoignages d'un médecin agréé, d'un médecin-chef et d'un médecin de ville
- 16 Interview de Rebecca Ruiz
- 18 Relations CHUV-FHV
- 20 Planification hospitalière vaudoise et rôle des médecins cadres
- 22 Planification hospitalière vaudoise et quotas
- 23 Ce qu'en pense...
Florence Bettschart-Narbel

24 INFO SVM

- 24 Clause du besoin
- 25 Vaccination Covid-19
Lu sur le blog
- 26 Rapport d'activités 2020
Assemblée des délégués
- 27 Assemblée générale 2021 du GMH
Réunion des faitières
- 28 Tarif-cadre

29 HISTOIRE D'EN PARLER

Une approche humaniste de l'amputation au début du XIX^e siècle

30 OPINION

- 30 L'essor de la télédermatologie
- 31 Témoignage du Dr Crespo, membre du comité de rédaction durant dix-sept ans

32 RENDEZ-VOUS

Les Jeudis de la Vaudoise

34 PORTRAIT

Dre Edith Roset-Bahmanyar, spécialiste en gynécologie et obstétrique engagée dans l'humanitaire

Le Comité de rédaction précise que, sous réserve des articles signés par des responsables attitrés de la SVM, les articles publiés ne reflètent pas nécessairement la position officielle de la SVM ou de son comité, mais seulement l'opinion de leurs auteurs.

Il est temps de s'occuper de la médecine hospitalière vaudoise

La santé est un marché. Ne nous en déplaise. Mais la voix des médecins hospitaliers, acteurs majeurs reconnus, reste peu audible dans ce marché. Constituant 46% des spécialistes FMH du pays, ils devraient être parties prenantes dans les décisions stratégiques en lien avec la planification hospitalière. Pourtant, contrairement à d'autres cantons alémaniques en particulier, ce dossier capital pour l'avenir de notre système de santé reste confiné dans les bureaux du bâtiment administratif de la Pontaise. Dans notre interview, Rebecca Ruiz nous en livre sa vision.

Le canton, en charge de cette planification établie dans l'urgence en 2012, ajourne sa mise en conformité avec la LAMal, les recommandations de la Conférence des directrices et directeurs des affaires sanitaires sur la planification hospitalière (2018) et la jurisprudence, comme discuté dans un autre article de ce numéro (voir p. 22). Planifier le secteur hospitalier, sur la base du groupeur GPPH (voir p. 21), développé par le canton de Zurich, pourrait également être le sujet de recours si le critère se fonde uniquement sur le volume des prestations. Les indices de qualité, le service à la population, en particulier dans les zones excentrées, l'organisation interne des hôpitaux ainsi que les spécificités des médecins hospitaliers présents sur site doivent également être pris en considération.

Les mandats de prestations étant échus depuis le 1^{er} janvier 2019, la planification vaudoise, qui est annoncée pour 2022, sera certainement âprement discutée et potentiellement contrée par les institutions tant privées que publiques ou reconnues d'intérêt public désireuses de maintenir leurs acquis légitimes, pour lesquels elles ont tant investi. Néanmoins, l'organisation actuelle est loin d'être parfaite, et beaucoup reconnaissent le besoin de changement. C'est dans ce contexte tendu que les médecins hospitaliers du canton naviguent en eaux troubles, au gré de conventions collectives de travail différentes en fonction de leur lieu d'exercice. Dès lors, comment planifier efficacement, alors que le fait de travailler dans le nord du canton est soumis à un règlement différent qu'à Nyon ou Rennaz? Le Groupement des médecins hospitaliers (GMH) de la SVM doit être écouté. Ses propositions concrètes pour un accord-cadre destiné à servir de base à une CCT de force obligatoire pour la planification permettront de sortir de l'impasse dans laquelle des gouvernances autoritaires nous ont menés.

La relève des médecins hospitaliers, pourtant référents pour de nombreux médecins installés, n'est désormais plus assurée. Il n'y a pas de recette miracle, mais le bon sens et le pragmatisme devraient conduire nos autorités à planifier de manière cohérente le paysage hospitalier vaudois en concertation avec eux. Eux sur qui repose, comme l'a encore une fois démontré la pandémie, le fonctionnement jour et nuit de nos hôpitaux au bénéfice de notre population. ■



Dr FRANÇOIS SAUCY
MEMBRE DU COMITÉ DE RÉDACTION DE LA SVM



Dr PHILIPPE EGGIMANN
PRÉSIDENT DE LA SVM



Téléchargez l'app *Courrier du Médecin Vaudois* et retrouvez le CMV sur tous vos écrans!

Introduction

Pour une vision partagée de la médecine hospitalière de demain

Le champ (de bataille?) de la médecine hospitalière a connu une évolution accélérée au cours des dernières décennies, ce qui a conduit à une adaptation du cadre juridique dans lequel les médecins exercent. Cette évolution, exigeant de la profession et de son organisation une énorme faculté d'adaptation et un certain prix humain, a néanmoins pu s'opérer dans une relative paix sociale.

Ce contexte est très largement dû au *partenariat social* induit par l'introduction en 2005 – une première en Suisse! – d'un régime de convention collective. Cela a permis la transition harmonieuse du statut indépendant des médecins-chefs au statut de salariés occupant une *fonction dirigeante élevée*¹. Le paradoxe est dû au fait que c'est la médecine libérale qui a amené cette proposition de convention collective de travail (CCT) sur la table de négociation, laquelle n'a pas été immédiatement comprise. Pourtant, elle est toujours actuelle. Une partie de la médecine hospitalière est le fait de médecins agréés dont le statut n'a cessé d'être questionné, voire contesté depuis deux décennies. Mais les faits, têtus, se sont chargés de rappeler à la réalité: les médecins agréés sont indispensables au bon fonctionnement des hôpitaux, comme le montrait déjà un rapport de 2005², même si leurs spécificités ne leur permettaient pas d'entrer dans une CCT.



**PIERRE-ANDRÉ
REPOND**
SECRÉTAIRE
GÉNÉRAL
DE LA SVM

LE PRIX DU VIRAGE AMBULATOIRE

La décennie précédente avait été marquée, dans le canton de Vaud

comme ailleurs, par les tensions autour de la planification hospitalière. Par quoi on entendait alors la réduction ou plutôt la concentration du nombre d'établissements de soins aigus, symbolisée par le programme d'économie et de restructuration baptisé «Equation 33». Le retour progressif à une période de vaches grasses a maintenu le cap des restructurations et fusions et relégué les économies au second plan...

Le facteur décisif est venu du progrès médical qui a rendu possible un *virage ambulatoire* d'abord encouragé par les autorités et le tarif vaudois dit *d'hospitalisation de jour* (HDJ), abandonné depuis l'introduction de TARMED en 2004. Ce virage a été carrément imposé à partir du 1^{er} janvier 2019 par une ordonnance fédérale³ intitulée «l'ambulatoire avant le stationnaire».

Cette évolution se lit aujourd'hui clairement dans l'évolution exponentielle des coûts de l'ambulatoire hospitalier au cours des deux dernières décennies. Les médecins et les patients n'ont pas eu d'autre choix que de s'adapter, sous prétexte d'économie. Mais où sont pré-

cisément passées ces économies? Dans la poche des assurances complémentaires ou dans celle des cantons? Dans le sac de nœuds des coûts de la santé, la transparence n'est pas toujours de mise. C'est pourquoi nous préconisons une fois de plus⁴ que la réduction des coûts se traduise par une réduction, voire une réallocation *préalable* des primes ou des financements.

PLUS DE TRANSPARENCE... VRAIMENT?

La transparence était également le grand dogme à l'origine de la salarisation des médecins-chefs. S'il est bien sûr un principe pertinent, la vérité nous oblige à dire que c'est plutôt le contraire qui s'est produit. D'un fonds des honoraires aujourd'hui dissous, dont les comptes étaient publics puisque tenus par la Centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois (CEESV) de l'Etat de Vaud, on est passé à un modèle cantonal de financement, puis à des régimes locaux de plus en plus opaques. Un audit commandé en 2008 par le Groupement des médecins hospitaliers (GMH) de la Société Vaudoise de Médecine (SVM) à la société Ernst & Young avait toutefois per-

mis de vérifier, d'entente avec la plupart des établissements hospitaliers, les mécanismes d'alimentation de la rémunération des médecins-chefs et de créer les conditions de la confiance.

Les récentes recommandations du Contrôle cantonal des finances⁵, bien qu'elles n'aient rien montré d'inquiétant, inspirent actuellement une relecture de la CCT des médecins-chefs FHV-SVM et la mise sur pied d'instruments de contrôle paritaire de son application qui font défaut. C'est même la principale conclusion à en tirer et à laquelle remédier.

La médecine hospitalière vaudoise et même intercantonale est désormais encadrée par trois CCT: celle de l'Hôpital intercantional de la Broye, qui a été signée le 29 mars dernier, celle de l'Hôpital Riviera-Chablais et celle s'appliquant aux autres hôpitaux de la FHV. Un règlement des médecins cadres du CHUV a également été établi. C'est sans doute trop pour exprimer des principes et des normes qui doivent tous répondre aux mêmes questions: comment assurer l'attractivité des postes de médecins cadres de manière à garantir la relève médicale en milieu hospitalier, qui ne s'improvise pas? Quels modèles de rémunération suffisamment incitatifs adopter pour garantir les volumes de patients et d'activité nécessaires à l'atteinte des masses critiques exigées et à l'équilibre financier des institutions? Ceci dans le respect des principes de la *résolution du GMH du 11 octobre 2018*⁶ (liberté thérapeutique, relations partenariales, transparence, formation et intérêt public, harmonisation des titres).

POUR UN ACCORD-CADRE CANTONAL

Le trait d'union entre le statut et la rémunération figurant dans les CCT, les impératifs médicaux et



publics devaient s'inscrire dans un *accord-cadre* cantonal dont les éléments ont été consignés dans une lettre d'intention avec le DSAS en 2016 déjà⁷, et dont les six points sont parfaitement convergents avec la résolution du GMH.

On y trouve déjà tous les éléments de nature à concrétiser *le nouvel avenant sur la médecine hospitalière* du partenariat DSAS-SVM. Signé le 3 mars 2020 malgré la pandémie débutante, il n'attend que des jours un peu meilleurs pour revenir en tête des priorités. Entretemps, on aura beaucoup appris de la valeur de la médecine hospitalière en situation de crise, tout comme du devenir de certains modèles de gouvernance hospitalière.

Il n'est nul besoin de nouvelles dispositions légales ou réglementaires, comme l'envisageait encore un projet de loi mis en consultation⁸ en 2019. Il s'agit avant tout de finaliser, simplifier, organiser et hiérarchiser les instruments

existants et de les assortir d'un mécanisme de contrôle paritaire comme évoqué plus haut, tout en redonnant corps à *une vision partagée* de la médecine hospitalière de demain. ■

¹ Article 4 CCT FHV-SVM.

² Rapport sur la situation des médecins agréés dans le canton de Vaud, Faudra-t-il attendre que l'absence des médecins agréés fasse, par l'absurde, la preuve de leur utilité, rapport FHV-SVM du 18 mai 2005.

³ OPAS, annexe 1a, Restriction de prise en charge des coûts pour certaines interventions électives, I. Liste des interventions électives à effectuer en ambulatoire.

⁴ Voir aussi notre article dans le *Courrier du Médecin Vaudois* #6, décembre 2020: Projet de modification de la LAMal, deuxième volet de mesures d'économies – Un train peut en cacher un autre, pp. 4-5.

⁵ Contrôle en lien avec l'organisation médicale des hôpitaux et la rémunération de leurs médecins cadres. Rapport de synthèse, mars 2019. Fait suite à l'annulation par la Cour constitutionnelle du Règlement sur l'organisation médicale des hôpitaux reconnus d'intérêt public et sur la rémunération de leurs médecins cadres du 21 décembre 2016 (arrêt CCST.2017.0004 du 26 octobre 2017).

⁶ Résolution adoptée par l'assemblée générale du GMH du 11 octobre 2018.

⁷ Projet d'accord-cadre et feuille de route pour la médecine hospitalière, 22 décembre 2016.

⁸ Avant-projet de lois modifiant la LSP et la LPFES, 2019.



Arsanté

ORGANISATION EN SOINS

Recherche de médecins pour l'ouverture d'un centre médical - Lausanne Ouest

Square Santé, le nouveau pôle santé d'Oassis à Crissier, ouvrira ses portes durant l'été 2021 en collaboration avec la Clinique de la Source, la Clinique La Lignière et Arsanté.

Pour l'ouverture du centre médical, Arsanté recherche des médecins généralistes internistes et des spécialistes avec titre FMH.

Vous souhaitez vous installer en cabinet privé ou comme salarié(e), notre centre médical vous met à disposition tout l'environnement nécessaire à une pratique médicale de haute qualité.

Contact: M. Michel Paccard
michel.paccard@arsante.ch



HIRSLANDEN
CLINIQUE BOIS-CERF

LE DOCTEUR RAPHAËL JUMEAU

Spécialiste en radio-oncologie,
membre FMH

a le plaisir de vous faire part de son installation à l'Institut de radio-oncologie Hirslanden Lausanne

où il rejoint le Dr Michael Betz, spécialiste en radio-oncologie, membre FMH, et toute l'équipe multidisciplinaire de l'institut.

Adresse de l'institut:

Avenue d'Ouchy 31, CH-1006 Lausanne
T +41 21 619 67 90, F +21 41 619 67 91
radio-oncologie.bois-cerf@hirslanden.ch



**OFFREZ-VOUS
UNE INFORMATION
OUVERTE ET
EXIGEANTE**

VOTRE ABONNEMENT À PRIX PRÉFÉRENTIEL

Source d'information quotidienne indispensable, *Le Temps* est le média de référence de la Suisse francophone. **En tant que membre de la SVM** (Société vaudoise de médecine), vous bénéficiez de **20% de rabais** sur toutes nos offres et de nombreux avantages:

- Accès illimité à tous les articles
- E-paper avant 7h du matin
- Consultation sur toutes les plateformes numériques
- Selon votre abonnement: *Le Temps* papier tous les jours ou uniquement l'édition du Week-end
- Privilèges exclusifs abonnés

N'attendez plus et souscrivez un abonnement à prix privilégié sous boutique.letemps.ch/part-offres-svm

LE TEMPS

Médecine hospitalière de demain

Propositions de la SVM pour un cadre contractuel attractif et compétitif

La situation contractuelle des médecins hospitaliers s'est radicalement transformée au cours des vingt dernières années (voir p. 8). La croissance vertigineuse de l'activité hospitalière et ambulatoire de nos hôpitaux a notamment débouché sur trois conventions collectives de travail (CCT) et un règlement du Conseil d'Etat pour le CHUV (voir pp. 4-5). La SVM milite aujourd'hui en faveur d'un accord-cadre cantonal pour construire l'avenir de la médecine hospitalière sur des bases communes et saines.

Les formidables progrès médicaux et la spécialisation de la plupart des disciplines ne permettent plus aux hôpitaux régionaux de garantir les prestations inhérentes à leur mission de santé publique en employant uniquement des médecins salariés à plein temps, d'où le recours aux médecins agréés (voir p. 9). Si l'on entend garantir la pérennité de la relève hospitalière, il convient aujourd'hui de mettre en place des conditions de pratique suffisamment stimulantes, équitables et durables.

PRINCIPES FONDAMENTAUX ET NÉGOCIATIONS

Pour permettre aux spécialistes de toutes les disciplines d'exercer au bénéfice des patients quelle que soit l'institution dans laquelle ils sont hospitalisés, la SVM et le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) ont entamé des négociations qui ont abouti en 2016 à un concept d'accord-cadre¹. En réponse à la proposition de modification de la loi sur la santé publique mise en consultation par le canton, la SVM en a repris les principes adoptés en 2018 par une résolution de l'Assemblée générale de son Groupement des médecins hospitaliers (GMH)².

Ces principes fondamentaux, tels qu'exposés dans la résolution du GMH et pleinement soutenus par la SVM, sont les suivants:

- défense de la liberté thérapeutique du médecin;
- entretien de relations partenariales avec les organes dirigeants des hôpitaux (définition d'une politique hospitalière et des missions correspondantes, définition des titres et cahiers des charges des médecins hospitaliers, projets médico-soignants);
- intégration renforcée de médecins impliqués dans l'activité clinique au sein de la gouvernance hospitalière;
- représentation médicale prépondérante dans les commissions de nomination des médecins hospitaliers;
- transparence des flux financiers pour une fixation explicite et équitable des revenus, entre spécialités;
- définition commune des titres et cahiers des charges des médecins formés au sein des hôpitaux de la FHV;
- reconnaissance et indemnisation appropriées des charges liées aux prestations d'intérêt général (piquets et gardes);
- reconnaissance du rôle des médecins hospitaliers dans la formation de la relève (encadrement, supervision, apprentissage).

VERS UN ACCORD-CADRE CANTONAL?

Les discussions se poursuivent actuellement dans le cadre du partenariat DSAS-SVM, qui intègre désormais un volet sur la médecine hospitalière (voir p. 4). Une fois conclu, un tel accord-cadre pourrait être promulgué par le Conseil d'Etat comme CCT à force obligatoire. Cette solution originale permettrait, tout en évitant des dérives autoritaires de la gouvernance et leurs conséquences désastreuses constatées dans plusieurs institutions, de garantir que les principes de l'accord-cadre se traduisent dans les différents règlements hospitaliers qui seraient alors soumis à l'approbation des signataires de la CCT et à la surveillance d'une commission paritaire.

Puisse l'agilité dont certains partenaires ont fait preuve depuis le début de la pandémie être mise à profit pour donner enfin un cadre contractuel attractif et compétitif aux médecins hospitaliers vaudois, en regard des autres cantons et du secteur privé. ■



Dr PHILIPPE EGGIMANN
PRÉSIDENT
DE LA SVM

¹ Projet d'accord-cadre et feuille de route pour la médecine hospitalière, 22 décembre 2016.

² «Règlement hospitalier – Des critiques à la construction collective». *Courrier du Médecin Vaudois* #5, septembre 2018, p. 18.

Le positionnement du médecin dans son hôpital

Sauvegarder les valeurs du passé pour mieux préparer l'avenir

Aux origines, l'exercice de la médecine privilégiait les modalités d'une relation personnalisée et confidentielle désignée par le terme de «colloque singulier». Bien que les moyens et les outils étaient réduits et que les résultats thérapeutiques demeuraient modestes, la relation interhumaine s'inscrivait au premier plan dans un rapport de confiance, protégé par le secret médical.

Tout en préservant une liberté réciproque, le médecin et le patient se présentaient comme des alliés d'un même objectif, celui de soulager avant d'espérer guérir. Cette rencontre, dont la singularité et la subjectivité rappellent toute relation interhumaine, justifie la dimension d'une médecine exercée comme un art. Elle donne également tout son sens au terme de «vocation», dont les racines font d'ailleurs référence au thème de la parole et de l'écoute, qualités essentielles à toute relation. Ces valeurs universelles d'indépendance et de confidentialité, placées en amont du résultat thérapeutique, ont été reléguées au second plan par les progrès de la médecine.

DE LA RELATION MÉDECIN-PATIENT À CELLE DE PRESTATAIRE-CLIENT

La «biologisation» croissante d'une médecine somatique, qui différencie l'esprit et le corps, consacre ce dernier comme un «objet à soigner», organise le diagnostic et les soins autour d'actes scientifiques. Ces derniers sont guidés par un concept de bonne pratique, jetant les bases d'une médecine standardisée autour d'«évidences» scientifiques qui fixent cadre et limites. L'évolution vers une pratique médicale pluridisciplinaire, notamment en milieu hospitalier, marque l'instauration d'un «colloque pluriel» défini par une prise en charge partagée et moins personnalisée, répartissant les responsabilités et la communication.

Ces changements ont influencé notre modèle de santé et contribué à modifier la manière dont la médecine se pratique aujourd'hui, plus particulièrement lorsque le médecin doit intégrer une structure nécessaire à sa pratique, et dans laquelle s'amenuise sa part d'influence face à une direction devenue «gouvernance managériale» issue du modèle industriel. Dans la novlangue managériale, ce qui est appelé «pilotage de l'action col-

lective» désigne en fait «la prise de pouvoir d'un appareil industriel» par un directeur d'entreprise au sommet d'une pyramide hiérarchique, dans laquelle l'intervention du médecin se borne bientôt à l'exécution d'actes standardisés dont la tarification à la prestation transforme la relation traditionnelle «médecin-patient» en un modèle commercial «prestataire-client». Au demeurant, la confusion sémantique mélangeant la structure et le salarié dans le même terme de «fournisseur de prestations» contribue, de fait, à inscrire les actions de l'acteur dans le cadre des règles institutionnelles en conformité avec une logique de système.

PRÉSERVER L'INDÉPENDANCE DU MÉDECIN

Face à de telles transformations qui réduisent le rôle de médecin à celui d'exécutant, il nous reste le constat rassurant d'être perçu comme «les moteurs d'un hôpital» où l'on soigne avant d'être une entreprise que l'on gère. Ce constat justifie la revendication et la mise en œuvre d'une relation partenariale entre médecins et direction. Ce concept vertueux implique respect, autonomie et confiance, fondements de la reconnaissance mutuelle, et donc carburant nécessaire à l'émulation et à la motivation propices au développement et au rayonnement des structures auxquelles nous sommes rattachés.

Comme on peut l'anticiper à la lecture de cette rapide esquisse, des menaces planent sur la poursuite d'un «métier» basé et guidé par les valeurs fondamentales de l'exercice médical. Seule l'indépendance du médecin, intégrée dans le cadre d'une relation partenariale avec la direction, permettra de préserver la liberté de pratique, de protéger la confidentialité et l'intérêt du patient de toute influence extérieure.

Face à un tel défi, dans la situation actuelle, il appartient à ceux qui sont appelés à construire le futur de la collectivité médicale de reprendre à leur compte les valeurs fondamentales du passé pour se projeter dans un avenir au service de la santé de la population, plutôt que de risquer de l'inscrire dans le cadre et les règles d'un grand marché. Nous pourrions envisager un futur médical répondant aux valeurs fondamentales de l'exercice de la médecine et à la singularité de la relation interhumaine qui nous lie à ceux que nous accompagnons dans une période parfois cruciale de leur vie. ■



**Dr PHILIPPE
SAEGESSER**
MÉDECIN
ANESTHÉSISTE,
ANCIEN PRÉSIDENT
DU GROUPEMENT
DES MÉDECINS
HOSPITALIERS
VAUDOIS

Hôpitaux périphériques

Le rôle essentiel des médecins agréés

Dans les hôpitaux universitaires et cantonaux, où toutes les spécialités sont représentées, la prise en charge des patients est notamment assurée par des médecins-chefs, chefs de clinique et assistants de la spécialité, internes à l'établissement et rémunérés par celui-ci. La situation est différente dans les hôpitaux périphériques affiliés à la FHV (Fédération des hôpitaux vaudois).

Ces établissements réunissent des services de spécialités majeures comme la radiologie, l'anesthésiologie, la médecine interne, la chirurgie générale, l'orthopédie, la pédiatrie et la gynécologie. Mais il n'y a pas de service attiré pour les autres spécialités que l'on pourrait nommer secondaires telles que l'ORL, l'ophtalmologie, l'urologie, la néphrologie ou encore la chirurgie plastique. Des lits sont mis à disposition, ainsi que l'infrastructure, pour la prise en charge des patients relevant de ces spécialités.

Par opposition au médecin-chef, qui est responsable d'un service constitué dans l'hôpital, le médecin agréé est responsable de l'organisation de la prise en charge des pathologies relevant de sa spécialité médicale au sein de l'institution.

UN RÔLE HYBRIDE

Les cas à traiter ne sont pas assez nombreux pour justifier la création de services dédiés. Néanmoins, les médecins agréés sont considérés comme des médecins cadres agissant sous leur propre responsabilité.



La nécessité de prise en charge spécialisée de ces patients impose de faire appel à des médecins agréés qui occupent un rôle hybride, conjuguant une activité indépendante extrahospitalière en cabinet et une activité hospitalière. C'est l'exemple même d'un partenariat entre médecine privée dite «libérale» et médecine hospitalière d'intérêt public. L'activité hospitalière représente en moyenne 20% de l'activité globale du médecin agréé.

Chaque agréé est responsable intégralement, avec toute la liberté thérapeutique nécessaire, de ses patients et de ceux des autres services, en tant que consultant spécialisé. L'agréé intervient aussi bien dans l'activité hospitalière ambulatoire que stationnaire. Il assure la garde spécialisée en collaboration avec ses confrères de la même spécialité, conformément à

la convention DSAS-SVM et en coordination avec le service des urgences de l'hôpital et des autres services constitués.

UNE COLLABORATION NÉCESSAIRE ENTRE SPÉCIALISTES ET HÔPITAUX PÉRIPHÉRIQUES

Le rôle du médecin agréé est ainsi primordial. Son activité est indispensable aux hôpitaux périphériques. Il apporte des compétences nécessaires à la prise en charge spécialisée et globale des patients issus de ces zones. L'absence de médecin agréé dans l'hôpital entraînerait de facto un surcoût lié aux transferts dans les centres de référence. Il s'agit d'un partenariat entre des spécialistes indépendants, le plus souvent exerçant en libre pratique privée, et les institutions sanitaires régionales leur permettant de répondre à leur devoir de service public.

Le médecin agréé ayant une activité indépendante, il est rémunéré à l'acte lorsqu'il intervient à l'hôpital. Les règles de rémunération, qu'elles soient ambulatoires ou stationnaires, n'ont guère évolué durant la dernière décennie, alors que la base de calcul (TARMED) a subi deux révisions ayant pour conséquence une baisse importante de revenu lié à cette activité, la rendant moins attractive.

L'activité du médecin agréé est une activité de symbiose où tous les acteurs y retrouvent des intérêts: patients, médecins et établissement hospitalier. Néanmoins, même si cette activité est financièrement moins attrayante, le médecin agréé continue d'assumer son devoir, «œuvrant pour la santé de la population». Cette collaboration médecin agréé-hôpital permet ainsi de répondre tant aux besoins de la population qu'à la mission publique de l'hôpital et aux exigences sanitaires de l'Etat. ■



Drs ARIDO AGRIFOGLIO ET KARIM KELLOU
MEMBRES
DU BUREAU
DU GROUPEMENT
DES MÉDECINS
HOSPITALIERS
(GMH) DE LA SVM

Médecins hospitaliers et conventions collectives de travail

Le médecin-chef, indépendant ou fonctionnaire?

La convention collective de travail (CCT) précise le cadre dans lequel les médecins hospitaliers exercent leur profession en accord avec les exigences légales. Trois CCT sont en vigueur (ou presque) dans le canton de Vaud, appliquées à l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC), à l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) et aux autres hôpitaux de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV).



Jetons un coup d'œil à quelques points essentiels (voir *tableau comparatif ci-contre*) en gardant comme fil conducteur les notions primordiales de travail et de collectivité qui doivent nous inciter à réfléchir sur la représentation que nous nous faisons de l'activité médicale en hôpital.

QUELLE POSITION HIÉRARCHIQUE AU SEIN DE L'HÔPITAL?

Que signifie, de nos jours, le travail du médecin exerçant en

milieu hospitalier? Historiquement, la pratique médicale se veut sans doute profondément libérale, terme pris essentiellement dans le sens de la liberté d'exercer et de traiter (liberté thérapeutique), mais peut-être aussi en attachant une importance à la liberté individuelle entrepreneuriale.

Du cabinet au centre universitaire, en passant par les hôpitaux régionaux, le travail du médecin se doit d'être uniforme et simple: soigner les patients en toute liberté. Bien évidemment, les tâches d'enseignement, d'administration, de

gestion, de direction, de représentation et de recherche font partie intégrante de notre fonction, élargissant significativement notre champ d'action.

A ce sujet, la CCT FHV-SVM attribue au médecin-chef «une fonction dirigeante élevée au sein de l'hôpital, au sens de l'art. 3 lit. d de la loi sur le travail». Ce qualificatif fait débat sur son sens et son applicabilité, tant pratique que juridique, et focalise à lui seul l'essence propre attribuée au rôle du médecin-chef d'un hôpital. Les CCT HRC et HIB n'ont pas repris cette notion, ce qui incite notamment à soulever la question du positionnement hiérarchique du médecin au sein de l'institution. Fait-il partie intégrante de la direction de l'hôpital? La réponse est probablement non, quelle que soit d'ailleurs la CCT en vigueur, en soulignant que les médecins ont d'eux-mêmes progressivement laissé de côté leur fonction dirigeante en la confiant à des administrateurs professionnels.

MODÈLES DE RÉMUNÉRATION DIFFÉRENTS?

Passons à la notion de collectivité, définie dans le Robert comme un ensemble d'individus groupés naturellement ou pour atteindre un but commun. Les médecins hospitaliers du canton de Vaud sont-ils *naturellement* groupés et/ou ont-ils un but commun à atteindre? Il faut l'admettre, des disparités existent, que ce soit entre institutions ou au sein de

chaque hôpital et entre collègues de différentes spécialités. Les CCT HRC et HIB détaillent des fonctions différentes organisées dans un système hiérarchique pyramidal (voir tableau comparatif ci-dessous), ce qui n'est pas le cas dans la CCT FHV.

Quel serait en outre le but commun à atteindre? Sans doute aspirons-nous tous à des soins de qualité au service de la population, prodigués dans un environnement professionnel stimulant et agréable, et rémunérés à leur juste valeur. Nous y voilà: la question de la rémunération est bien évidemment centrale, suscite énormément de débats, mais est surtout intimement liée à la nature même

de la fonction discutée ci-dessus. Les aspects déterminants sont, d'une part, une volonté d'équité entre spécialités et régions et, d'autre part, une attractivité préservée, notamment en comparaison d'une activité privée totalement indépendante.

D'avantage que le montant du salaire, le modèle de rémunération déterminant le revenu est d'une importance fondamentale, car il en découle, encore une fois, ce que je nomme l'essence propre du médecin-chef exerçant en hôpital. La CCT FHV dicte un modèle incitatif proposant un salaire de base faible et une importante part variable, tout en permettant de conserver une activité indépen-

dante en cabinet. Les CCT HRC et HIB définissent un salaire de base relativement élevé et une part variable moins importante, en abandonnant la possibilité d'une activité indépendante. En caricaturant à l'extrême, il y a, d'un côté, une vision du médecin-chef indépendant et entrepreneurial et, de l'autre, un principe hiérarchique de fonctions (fonctionnaires?) dans un cadre défini.

Une CCT peut être considérée comme un simple texte fixant des règles. Dans notre cas, la CCT définit en profondeur le médecin exerçant en hôpital. A chacun de réfléchir à sa vision de la fonction, de se déterminer et de se positionner. Un défi. ■



Dr DAVID PETERMANN
PRÉSIDENT
DU GROUPEMENT
DES MÉDECINS
HOSPITALIERS
DE LA SVM

COMPARATIF DE QUELQUES ASPECTS DES CCT

	CCT FHV-SVM	CCT HRC	CCT HIB
Liberté thérapeutique garantie	Dans le respect des normes de la profession et des principes d'efficacité et d'économicité	Dans le cadre des règles de fonctionnement adoptées au sein de chaque service et validées par le Comité médical	Notamment en accord avec les directives de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), du code déontologique de la FMH, ainsi que des directives et recommandations des sociétés médicales
Fonction dirigeante élevée	Oui	Non	Non
Fonctions	Médecin-chef uniquement	Médecin chef de service Médecin chef d'unité Médecin-chef Médecin adjoint	Médecin chef de service Médecin-chef Médecin adjoint
Statut d'indépendant	Possible	Non	Non
Organisation des services	Chairman Gouvernance de type collégial	Chef de service Hiérarchie pyramidale	Chef de service Hiérarchie pyramidale
Modèle de rémunération	Faible rémunération de la fonction Importante part du revenu dépendant de l'activité	Salaire de base fixe Complément de revenu provenant d'un fonds des honoraires du service	Rémunération cible déterminée par le salaire de base (part fixe et variable) et les rémunérations additionnelles
Indemnité de garde	200 francs	500 francs	400 francs

Check-up humour



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

Rédacteur en chef
Pierre-André Repond,
secrétaire général de la SVM

Secrétariat de rédaction
Aurélie Moeri Michielin, ftc communication
Fabien Wildi, ftc communication

Collaboratrices externes
Adeline Vanoverbeke, Elodie Maître-Arnaud

Comité de rédaction du CMV
Dre Sophie Barcelo, Prof. Jacques Besson,
Dr Philippe Eggimann, Dr Henri-Kim de Heller,
Dr Jean-Pierre Randin, Dr Patrick-Olivier Rosselet,
Dr Patrick Ruchat, Dr François Saucy,
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

Illustrations
Laurent Kaczor (couverture, pp. 5, 9, 10, 18, 20, 25),
Yves Giroud (p. 12), EHC (p. 14), Alex Joicey (p. 15),
Département de la santé et de l'action sociale - DSAS
(p. 17), SAM-CHUV (portrait p. 18), Thierry Zufferey
(p. 22), Ergopix (p. 26), Philippe Pache (portraits p. 26),
Jean-Baptiste Léveillé (p. 29), Getty Images (p. 30),
Dre Edith Roset-Bahmanyar (pp. 34-35)

Témoignage d'un médecin agréé

Vers davantage de collaboration entre les secteurs public et privé?

De nos jours, le futur professionnel d'un jeune chirurgien à la sortie d'un clinicat universitaire d'orthopédie et traumatologie en Suisse romande semble être de moins en moins bien tracé, comparé à ce qu'il pouvait être à l'époque.

Faut-il diriger sa pratique dans le public ou dans le privé? Cette question qui revient souvent ne dépend généralement pas seulement d'un choix personnel du spécialiste, mais des opportunités qu'il a eues et des rencontres qu'il a faites durant sa formation chirurgicale.

QUELS CRITÈRES DE CHOIX POUR LA GÉNÉRATION ACTUELLE?

L'objectif principal de l'actuelle génération de chirurgiens est, me semble-t-il, de trouver l'option permettant d'ouvrir des perspectives d'innovation et de service dans le domaine chirurgical de prédilection, avec un minimum de pression financière et d'interrogations éthiques. Une option qui puisse aussi privilégier l'épanouissement professionnel en l'accordant avec la vie privée. De ce fait, l'appartenance à telle ou telle structure médicale peut paraître secondaire.

En cette période de pandémie, on peut s'interroger sur la cohabitation entre les secteurs privé et public dans un futur proche. Pour ma part, je m'obstine à penser qu'elle passera par plus de collaboration, stimulant ainsi de part et d'autre le développement de différentes spécificités et pôles d'excellence du système de santé.

MÉDECIN AGRÉÉ: ENTRE TRAVAIL D'ÉQUIPE ET INDÉPENDANCE

L'avenir comme médecin cadre dans un hôpital régional a toujours été mon premier choix. Cette voie qui nécessite un investissement non négligeable dans l'institution et dans la formation semble bien me convenir. Le passage à un poste à responsabilité s'est d'ailleurs fait tout naturellement

pour moi, entre autres grâce à un système de «chefferie» non pas pyramidal, mais transversal et participatif.

C'est donc avec une marge de liberté et une grande envie de bien faire que j'ai pu m'affirmer comme acteur utile en chirurgie prothétique dans la région, tout en assurant la prise en charge des urgences traumatologiques. L'opportu-

unité de m'installer comme médecin agréé à l'hôpital s'est avérée idéale, me permettant de bénéficier à la fois du travail d'équipe et d'une part essentielle d'indépendance.

Si l'admiration pour mes aînés dans leur pratique hospitalière m'a poussé à viser l'excellence et à suivre un chemin correspondant à mes valeurs, je n'oublie pas que la chirurgie bien faite requiert une touche de passion, sans quoi elle risque bien d'user trop vite son auteur. Et cette passion ne survit que dans un environnement personnel, professionnel et matériel favorable. Sans cela, il est vain d'espérer que le chirurgien puisse atteindre le sommet de son art. ■



Dr PIETRO POGLIA
MÉDECIN AGRÉÉ EN CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE,
INSTALLÉ DEPUIS 2017 À L'HÔPITAL DE NYON, GHOL

Témoignage d'un médecin-chef

Enjeux du présent et **défis pour le futur**

La médecine interne hospitalière joue un rôle central pour les soins aigus aux patients d'une région et pour la formation médicale, ainsi que dans l'organisation, la gestion et le développement des prestations de l'hôpital. Les interactions de proximité dans un environnement à taille humaine facilitent le développement du réseau intra et extrahospitalier.

Une application pondérée des évidences scientifiques, avec l'aide des spécialistes et des pharmaciens, guide l'interniste dans le choix des investigations et traitements. Tout projet thérapeutique dans la continuité inclut le médecin traitant, qui connaît le patient et ses besoins.

La collaboration médico-soignante est la base de toute décision thérapeutique éclairée et du choix de l'orientation la plus adaptée au patient. L'intégration de la gériatrie au quotidien aide à répondre au vieillissement de la population avec une prise en soins transdisciplinaire.

A l'EHC, plus de 40 spécialistes couvrant un éventail complet de disciplines médicales et chirurgicales mettent leurs compétences au service des patients. Cette large offre en prestations permet de décharger l'hôpital universitaire, dédié aux patients nécessitant un plateau multidisciplinaire de pointe.

Les patients d'autres services de l'hôpital, avec diverses comorbidités, bénéficient des compétences polyvalentes de l'interniste. La garde médicale hospitalière assure jour et nuit toutes les urgences graves de la région. L'avenir se tourne également vers des filières dédiées aux patients avec des maladies chroniques, visant à réduire les hospitalisations.

TROIS PILIERS POUR BÂTIR LA MÉDECINE DU FUTUR

Les étudiants en médecine entrent à l'hôpital dès la 3^e année pour une immersion clinique progressive qui les prépare à leur assistantat. La réforme des études de médecine selon PROFILES (<http://profilesmed.ch>) rendra l'enseignement clinique plus performant et exigeant.

La formation postgraduée des médecins assistants et chefs de clinique selon les exigences de l'ISFM/FMH est une mission centrale en médecine hospitalière. L'encadrement par des superviseurs expérimentés et une formation attractive sont les conditions de la progression vers l'autonomie. Les filières régionales de formation en médecine ambulatoire rapprochent l'hôpital des médecins installés. L'évolution de la vision de la société et de la profession entre les différentes générations de médecins représente un défi supplé-

mentaire, qui mérite d'être adressé avec finesse et respect. La collaboration entre hôpitaux régionaux et universitaires donne aux jeunes médecins l'opportunité de parfaire leur formation, peut-être en vue d'un retour à l'hôpital régional.

La formation continue des médecins cadres est le troisième pilier. Elle est essentielle pour approfondir leurs connaissances au service des pratiques cliniques et de la formation.



GESTION HOSPITALIÈRE: UN ENSEMBLE COMPLEXE DE MISSIONS

Une organisation efficiente et un emploi attentif des ressources sont des éléments clés. Les «guidelines» internes orientent vers des examens et thérapies avec le meilleur rapport coût-efficacité. Un système de qualité et de sécurité des soins améliore les pratiques cliniques. Le suivi d'indicateurs d'activité, de qualité, de satisfaction et financiers est désormais généralisé. Les médecins cadres sont sous la pression croissante de cette complexité, certes source de satisfaction, mais aussi d'une certaine incompréhension et parfois de découragement.

La gestion de la crise sanitaire dans le cadre de la pandémie de Covid-19 a montré combien une confrontation constructive sur différentes visions, l'adaptabilité, le respect d'intérêts médico-économiques divergents et une communication transparente sont incontournables pour un «management» réussi.

C'est finalement une gestion éclairée et un climat de confiance entre les corps médical, soignant et administratif qui permettront de mener à bien les missions stratégiques de l'hôpital dans toute leur complexité. ■

Prof. OSCAR MARCHETTI
SPÉCIALISTE FMH EN MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE/INFECTIOLOGIE,
MÉDECIN-CHEF AU DÉPARTEMENT DE MÉDECINE
DE L'ENSEMBLE HOSPITALIER DE LA CÔTE

Remerciements

Je tiens à remercier la Dre Nicole Doser, la Dre Aline Sedda et le Dr Luis Urbano, médecins-chefs au Département de médecine, le PD Dr François Saucy, médecin-chef en chirurgie vasculaire, ainsi que Mme Florence Renggli, cheffe de la communication, et le Dr Mikael de Rham, directeur général de l'EHC, pour leur relecture critique et leurs commentaires avisés.

Témoignage d'un médecin de ville avec filière multiple

Des terres helléniques au pays combier, le parcours insolite d'un généraliste hospitalier

Voici comment la médecine générale parahospitalière en terres vaudoises est perçue par un Grec parachuté de son plein gré à la vallée de Joux en 2015.

Après un exercice de médecine de premier recours en milieu insulaire, j'ai rejoint le pays combier. Plus tard, j'ai appris que cette vallée avait été décrite comme une «île à l'envers»¹: faible, le dépaysement! Ma première constatation? Le manque de succès rencontré par la médecine de périphérie en Suisse, au point qu'une importation médicale soit quasiment indispensable.

Ma fonction est aujourd'hui hétéroclite: un cabinet indépendant intégré au sein de l'hôpital, dans une symbiose rare qui rend même les locaux perplexes, avec, en prime, un poste de médecin-chef et médecin REMU (renfort médicalisé d'urgence) à temps partiel. Ce n'est pourtant pas une exception; mes collègues suivent également leurs patients tout au long de leur parcours de soins locaux. Heureusement, un chirurgien et des collègues à vocation plus interniste nous permettent d'augmenter notre champ d'action pour «combler les brèches».

Ce concubinage semble proposer un des meilleurs rendements médicaux pour des lieux dits isolés. L'offre est avantageuse pour la population, qui a accès au médecin de proximité, au spécialiste, aux urgences 24h/24 et aux soins hospitaliers, le tout sous le même toit.

UNE RELATION PRIVILÉGIÉE AVEC CHAQUE PATIENT

Le Pôle Santé Vallée de Joux (PSVJ), dans lequel je suis actif, se trouve au cœur même de la population. Le généraliste apporte toutes les subtilités du dossier médical à l'hôpital, en présentant l'environnement socio-sanitaire et professionnel du patient.

Bien entendu, ces précieux éléments contextuels n'améliorent pas pour autant les connaissances scientifiques.

Connaître ses limites, anticiper, prendre en compte les facteurs secondaires et disposer d'un réseau de spécialistes compréhensifs (que je remercie) permet de poursuivre efficacement ce mode d'exercice marginal. Le généraliste est comme un libraire conseillant le lecteur. Loger dans l'hôpital le fait bénéficier de plus vastes rayons, mais grignote également son temps et multiplie les problèmes et imprévus.

Cœuvrer dans une si petite équipe oblige à une bonne entente. Dialoguer, patienter et mettre son narcissisme médical de côté sont des prérequis pour inciter l'ensemble des collaborateurs à donner le meilleur d'eux-mêmes. L'objectif primordial étant toujours le bénéfice du patient.

Il est saugrenu pour un généraliste hospitalier de proposer des soins d'avant-garde. Il peut néanmoins offrir des soins approuvés avec une relation personnalisée, en maintenant le patient dans son milieu sécuritaire. Malheureusement non quantifiable, cet atout reste toujours inconsidéré, hors des indicateurs décisionnels.

Comme dirait un sage des Grisons, «sur mes routes, je ne changerais pour rien au monde ma petite Panda». ■



Dr KONSTANTINOS SAPOUNAKIS
MÉDECIN PRATICIEN ET MÉDECIN-CHEF
À L'HÔPITAL DE LA VALLÉE DE JOUX

¹ Guignard, Roger & Vullioud, Anne-Lise, *Vallée de Joux – Une île à l'envers*, Editions Presses du Belvédère, 2010.

Interview

«Mieux répondre aux attentes de la population en matière de santé»

Un avenant à la Convention-cadre de partenariat public-privé entre le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (DSAS) et la Société Vaudoise de Médecine (SVM) a été signé par les deux parties en mars 2020. Ce dernier a pour but d'étendre les domaines de partenariat mentionnés à l'article 2 de ladite convention, en particulier à la médecine hospitalière. Point de situation une année plus tard avec la conseillère d'Etat Rebecca Ruiz, cheffe du DSAS.

Quels sont pour vous les principaux enjeux actuels de la médecine hospitalière vaudoise?

A court terme, la priorité absolue est la sortie de la crise sanitaire. Comme les autres acteurs, le système hospitalier vaudois a fait front et a pu accueillir toutes celles et tous ceux qui en avaient besoin. Cela aurait été impossible sans l'implication du personnel et des médecins, au sein des hôpitaux ou ailleurs. Aujourd'hui, nous commençons à voir le bout du tunnel grâce à la vaccination. Avec les doses que nous devrions recevoir, la campagne pourra s'accélérer prochainement. Enfin, au-delà de la crise, l'Hôpital Riviera-Chablais doit pouvoir voguer rapidement sur des eaux plus calmes.

Par la suite, je souhaite que le système de santé vaudois soit en capacité d'avancer sur d'autres dossiers importants. Ils sont nombreux, mais j'en identifie quatre principaux. Se posera de façon aiguë l'enjeu de la santé psychique de la population, d'autant plus dans les suites de la pandémie. Deuxièmement, le dossier électro-

nique du patient se concrétisera et sa mise en place devra être accompagnée et encouragée. Troisièmement, je souhaite développer une politique de la vieillesse qui nous permette de tester des expériences pour renforcer la prise en charge communautaire. Il s'agit aussi de

“ Nous ne pouvons pas mettre de côté les besoins des régions excentrées. ”

prévenir le déclin fonctionnel des personnes âgées engendré par des hospitalisations qui pourraient être évitées. Cette politique ne peut se construire qu'avec les organismes œuvrant dans ce domaine et en y associant étroitement les

personnes âgées elles-mêmes. Enfin, le canton de Vaud est en train de revoir sa planification hospitalière.

Comment envisagez-vous la complémentarité des établissements hospitaliers publics et privés?

Avant de se concentrer sur le rôle des différents acteurs, la première question qui se pose est: comment répondre aux besoins de santé des habitants du canton? Cela ne concerne bien sûr pas que les établissements hospitaliers. L'Etat intervient en fonction de la latitude que lui donnent les textes légaux comme la LAMal. A ce titre, le Conseil d'Etat décide de la planification hospitalière cantonale, par exemple.

De manière générale, le système de santé comprend de nombreux acteurs, ce qui multiplie les défis pour l'Etat, qui collabore avec tous et s'appuie sur leur complémentarité pour maintenir un système performant. Il s'agit aussi d'assurer une prise en charge de qualité. Enfin, pour le Conseil d'Etat, il est clair que le système doit être per-

formant dans tout le canton: nous ne pouvons pas mettre de côté les besoins des régions excentrées. Les défis ne manquent donc pas, et ils ne pourront être relevés que si les différents acteurs regardent dans la même direction.

Quelles mesures prévoyez-vous pour maintenir l'attractivité de nos hôpitaux publics et garantir la relève?

Dans d'autres pays que le nôtre, on observe une réelle hémorragie de l'hôpital public, avec une fuite importante du personnel, et donc des compétences. Il est pourtant capital de conserver des hôpitaux publics forts, car certains traitements ne peuvent se faire que dans ce cadre, et parce qu'ils répondent à une attente de la population. Nous avons pu le vérifier pendant la crise Covid.

L'Etat soutient donc activement la formation, non seulement des médecins, mais également d'autres corps professionnels. A titre d'exemples, on relèvera le financement de la formation postgraduée des médecins dans les hôpitaux, le soutien à des programmes de formation au cabinet médical tels que celui en place dans le Nord vaudois (ForOm NV) ou le projet Mocca (Modèle de coordination dans les cabinets) mené par Unisanté, la création de la formation Bachelor HES-SO en soins infirmiers en



cours d'emploi, les dispositifs visant à augmenter le nombre de places d'apprentissage et de stage dans les institutions, ou encore le projet REFORMER, qui vise à améliorer la qualité de la formation des médecins et à les orienter dans les disciplines en fonction des besoins du terrain.

Dans ce cadre, qu'attendez-vous du partenariat DSAS-SVM?

J'ai tout à fait conscience du rôle crucial que jouent et que vont continuer à jouer les médecins dans le système de santé, que ce soit

dans les hôpitaux ou de manière générale. Le partenariat avec la SVM permet d'aborder les questions qui ne manquent pas de se poser dans un esprit constructif et collégial. J'appelle de mes vœux la poursuite de ce dialogue ces prochaines années. Je suis convaincue que, par la discussion et la mise en œuvre d'actions communes, nous pourrions mieux répondre aux attentes de la population en matière de santé. ■

PROPOS RECUEILLIS
PAR AURÉLIE MOERI MICHIELIN,
FTC COMMUNICATION

Relations CHUV-FHV

Une collaboration basée sur la confiance et la complémentarité

Les progrès médico-chirurgicaux ont conduit à un partenariat entre les établissements de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) et le CHUV, avec des missions complémentaires facilitées par les moyens de communication modernes qui ont fluidifié les échanges d'informations. Cette nouvelle manière de collaborer est formalisée par des conventions de collaboration signées entre les divers services spécialisés du CHUV et la plupart des hôpitaux de la FHV, même si cela fonctionne aussi parfois sans conventions formelles.



Prof. NICOLAS DEMARTINES
CHEF DU SERVICE DE CHIRURGIE VISCÉRALE ET CHEF DU DÉPARTEMENT DE CHIRURGIE DU CHUV

Des pathologies qui ne pouvaient pas être traitées jusqu'à récemment peuvent aujourd'hui l'être, avec une bonne qualité de vie et de survie. Pour cela, la collaboration entre les médecins de la FHV et ceux du CHUV est devenue indispensable. Les hôpitaux de la FHV fournissent de nombreuses prestations de qualité, mais doivent pouvoir aussi utiliser les plateaux techniques du CHUV. De plus, l'échange de patients doit fonctionner dans les deux sens.

La prise en charge de pathologies complexes se fait par l'ensemble des médecins, selon les spécialisations et la technologie disponible. Un cancer métastatique peut être traité par l'oncologie médicale, la radiologie interventionnelle et la chirurgie, là où se trouvent les spécialistes. Les patients complexes peuvent donc être traités alternativement au CHUV et à la FHV.

La complexité de la médecine nécessite souvent une année ou deux de formation dans des hôpitaux de la FHV avant un poste au CHUV. Les patients du CHUV sont parfois très lourds pour les jeunes médecins et leur prise en soins requiert une formation allant au-delà de celle dispensée dans leur cursus. Le partenariat avec les hôpitaux de la FHV est donc capital pour que nos jeunes collègues réalisent leurs premières rotations. L'expérience acquise auprès des médecins des hôpitaux de la FHV leur est bénéfique pour la suite de leur progression académique et professionnelle. Pour la formation continue des médecins, l'excellent partenariat entre le CHUV et la FHV permet des échanges fructueux, ainsi que le développement et le déploiement de nouvelles techniques de pointe.

FRONT COMMUN FACE À LA PANDÉMIE

La pandémie de Covid-19 a mis à mal le système de santé au niveau mondial et n'a pas épargné le canton de Vaud. En phase initiale et face aux images des hôpitaux du nord de l'Italie puis du Tessin, le CHUV et les hôpitaux de la FHV se sont mobilisés en interrompant une grande partie de leurs activités électives et de consultations non urgentes pour se préparer à un afflux massif de patients. Ces précautions ont été utiles, même si l'afflux a été moins dramatique que prévu, ce dont on ne peut que se réjouir.

En résumé, le réseau vaudois d'hôpitaux s'est bien développé avec, de manière générale, une remarquable collaboration et de bons échanges d'informations entre les médecins, au bénéfice des patients. Cette relation est formalisée par de nombreuses conventions, tant au niveau clinique que de la formation, avec des échanges de médecins assistants. La collaboration entre les médecins des hôpitaux de la FHV et ceux du CHUV est basée sur la confiance et la complémentarité. ■

DOUZE ACTEURS ESSENTIELS DU PAYSAGE SANITAIRE VAUDOIS

La Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) représente les intérêts de 12 hôpitaux qui emploient plus de 8000 collaborateurs (6827 EPT) et totalisent chaque année plus de 400 000 journées d'hospitalisation (soins aigus et réadaptation). Solidement ancrés au cœur des régions, les hôpitaux membres de la FHV¹ sont des acteurs clés dans l'organisation sanitaire vaudoise. Leur mission est de garantir un accès aux soins sûr et de qualité à la population, sur l'ensemble du territoire vaudois.

PATRICIA ALBISETTI,
SECRÉTAIRE GÉNÉRALE DE LA FHV

LA FHV EN QUELQUES CHIFFRES (2019)

FHV	SOINS AIGUS	RÉADAPTATION	TOTAL
Cas	54 506	5667	60 173
Case-mix ²	47 621		
Journées	296 309	120 277	416 586
Lits	1052	440	1492
Accouchements	5431		

EPT - ÉQUIVALENTS PLEIN TEMPS	FÉMININ	MASCULIN	TOTAL
Total	4907	1920	6827
Médecins	531	497	1028
Personnel soignant secteurs de soins	2461	464	2925
Personnel des autres disciplines médicales	698	252	950
Personnel administratif	672	213	885
Personnel économat, transports et service de maison	539	376	915
Personnel service technique	6	118	124

NOMBRE DE CAS COVID-19 TRAITÉS DANS LES HÔPITAUX DE LA FHV EN 2020 (SOINS AIGUS SOMATIQUES)

Première vague (du 15 mars au 15 mai 2020)	733 cas
Deuxième vague (du 1 ^{er} septembre au 30 décembre 2020)	1782 cas

¹ Réseau Santé Balcon du Jura, Ensemble Hospitalier de la Côte, Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois, Fondation de Nant, Fondation Rive-Neuve, Groupement Hospitalier de l'Ouest lémanique, Hôpital de Lavaux, Hôpital Riviera-Chablais Vaud-Valais, Pôle Santé du Pays-d'Enhaut, Hôpital intercantonal de la Broye, Institution de Lavigny, Pôle Santé Vallée de Joux.

² Le case-mix représente le degré de gravité des cas facturés par un hôpital. Il s'obtient par la somme des cost-weights (coûts moyens d'un traitement, indiquant l'investissement en soins d'un groupe spécifique de patients) des cas d'un hôpital.

Planification hospitalière vaudoise

Quel rôle pour les médecins cadres hospitaliers?

En 2019, 91 000 séjours d'hospitalisations somatiques aiguës ont été recensés dans le canton de Vaud¹, dont 40% pour les «besoins de santé de base». Ces derniers devraient représenter plus de 45 000 séjours en 2030².

Seulement une planification hospitalière appropriée, qui est une tâche des cantons³, permettra au système de faire face à ces séjours en augmentation. Quel que soit le modèle choisi, les médecins cadres hospitaliers devront être impliqués dans la mise en place de cette planification.

LES PRINCIPES ESSENTIELS

Le partenariat public-privé permet, dans une gestion commune, de bénéficier des avantages des deux systèmes, ce que le Covid-19 a pu démontrer. Ce partenariat permet également l'intégration des hôpitaux dans les réseaux de soins fondés sur une collaboration égalitaire entre les acteurs du service à la population. La proximité des soins est un déterminant de qualité, qui n'est pas seulement définie par le volume, une tendance simplificatrice du système GPPH (groupes de prestations pour la planification hospitalière). C'est pourquoi les acteurs locaux doivent bénéficier d'une autonomie organisationnelle et décisionnelle forte, en étant prêts à assumer la responsabilité qui l'accompagne. C'est le mélange subtil de ces composantes qui permettra de garder un système hospitalier cantonal efficient et intégré.

MÉDECIN CADRE HOSPITALIER: UNE RESSOURCE PRÉCIEUSE

Au sein de l'équipe interprofessionnelle, les médecins cadres des hôpitaux jouent un rôle important dans la prise en charge des malades. La qualité de la supervision clinique, qui demande un niveau de formation élevé, doit être valorisée, et la formation continue, bien souvent trop surveillée et limitée de nos jours, doit être encouragée. L'enseignement clinique pré- et postgrade, qui permet une formation appropriée de la relève, doit également être soutenu activement, y compris en péri-



phérie⁴; les directions hospitalières ne reconnaissent pas toujours l'importance de ce rôle. L'hôpital régional est également un lieu idéal pour la recherche clinique orientée vers les attentes des patients, au sein d'un réseau collaboratif incluant les centres universitaires; le soutien des directions, pas toujours convaincues de la plus-value de cette activité pour leur institution, doit être affirmé.

L'expérience des médecins cadres acquise durant leur pratique est une ressource précieuse qui ne doit pas être galvaudée. C'est pourquoi il est important que la position de ces médecins reste attractive, non seulement du point de vue financier, mais également du point de vue de la reconnaissance globale du rôle, en limitant la pénibilité en lien avec les horaires de travail, les astreintes et les gardes. Transparence, responsabilisation et collaboration deviennent des mots-clés pour assurer la longévité des médecins cadres dans leur fonction, et ne pas gaspiller cette ressource.



Prof. THIERRY FUMEAUX
SPÉCIALISTE
EN MÉDECINE
INTERNE
ET EN MÉDECINE
INTENSIVE

VERS UNE GOUVERNANCE PARTAGÉE

Du fait des contraintes économiques et budgétaires, nos voisins français ont connu une évolution vers une vision essentiellement managériale et pyramidale de l'hôpital⁵. Le souci de qualité des soins a cédé la place au suivi des marqueurs économiques, sans que la pertinence de cette approche pour les patients soit démontrée. Le risque existe également chez nous de voir des directions se comportant de plus en plus en « patrons » tout-puissants, gérant tous les aspects du fonctionnement de l'hôpital, y compris ceux du domaine purement clinique. Or, si les médecins ne sont pas des économistes, les directions s'éloignent progressivement des soignants et tendent à méconnaître leur réalité, comme l'ont révélé les tensions récentes entre directions et soignants dans divers hôpitaux de notre canton.

A mes yeux, cette « dérive administrative » ne pourra être stoppée qu'en confiant de manière égalitaire la gestion de l'hôpital à un binôme directeur administratif / directeur médical partageant les responsabilités. Le rôle et le profil du directeur médical doivent être clairement définis comme ceux d'un gestionnaire co-pilotant de manière efficace la structure, avec une connaissance précise de la réalité des soins et des équipes. Le rôle de directeur administratif peut également être assumé par un médecin adéquatement formé, un modèle à succès très répandu aux États-Unis, appliqué au CHUV. Il est clair que les médecins appelés à exercer ce type de fonction devront ajouter une formation économique et managériale solide à

leur bagage de formation, afin de faire face aux défis de cette fonction. Nul doute que des médecins expérimentés ayant consacré une partie de leur vie professionnelle à une institution seront prêts à cette reconversion, dans le but de contribuer à son développement dans une autre position, une tendance qui doit être encouragée!

L'hôpital est un lieu d'interactions humaines complexes, entre des patients et leurs proches et des équipes de professionnels formés et compétentes, collaborant de manière interprofessionnelle. Les médecins cadres hospitaliers doivent pouvoir jouer un rôle actif au sein de cette structure, non seulement pour la supervision clinique, la formation, la relève ou la recherche clinique, mais également dans la gouvernance, en collaboration étroite, transparente et constructive avec les autorités administratives et réglementaires. ■

Références

- ¹ <https://www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/taux-dhospitalisation-dans-les-hopitaux-de-soins-aigus>
- ² https://www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/DGS/Projets_et_actu%C3%A9s/Rapport_eval_V7.pdf
- ³ Art. 39, LAMal, RS 832.10.
- ⁴ Fumeaux T., Moret Bochatay M., Schwab M. & Christin L., « La formation est-elle encore une tâche prioritaire des services hospitaliers périphériques? OUI, évidemment! », *Revue Médicale Suisse*, 9 septembre 2020; 16(705):1595-1596. PMID: 32914589.
- ⁵ Michot F., Launois B., Bertrand D., Bringer J., Degos L., Olie J.-P. & Thuillez C., Rapport 19-02. L'hôpital public en crise: origines et propositions, *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, Volume 203, Issues 3-4, 2019, Pages 109-121, ISSN 0001-4079, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0001407919300767?via%3Dihub>

LE MODÈLE ZURICHOIS DE PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

Dans le cadre de la planification hospitalière de 2012 et avec le concours de plus d'une centaine d'experts, la Direction de la santé du canton de Zurich (GD ZH) a développé un concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) permettant de catégoriser les soins aigus somatiques selon des logiques médicale et d'organisation hospitalière.

La définition des quelque 130 groupes de prestations se base sur les codes des diagnostics CIM (classification internationale des maladies), des traitements CHOP (classification suisse des interventions chirurgicales) et, dans une moindre mesure, des DRG (groupe de cas). La GD ZH a en outre émis pour chaque GPPH des exigences qualité qui sont déterminantes pour l'attribution des mandats de prestations et qui ont trait aux éléments suivants: titres de spécialistes exigés, disponibilité attendue, type de service d'urgences et de soins intensifs, disponibilité des laboratoires, équipements de radiologie, nombre minimum de cas, lien avec d'autres

disciplines médicales, autres exigences (formation, certifications, tumorboard, etc.).

Ce modèle a ensuite été adopté progressivement par les cantons, bien que la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) précise qu'il est possible de s'en écarter. Des informations sur le modèle GPPH sont aussi accessibles sur le site internet de la CDS (<https://www.gdk-cds.ch/fr>), mis à jour annuellement en concertation avec les cantons. Un concept unique reconnu permet aussi de favoriser une coordination intercantonale en matière de planification hospitalière, raison pour laquelle il est prévu que le canton de Vaud l'adopte dans la planification hospitalière en cours d'élaboration. ■



Dre MARJORIE AUDARD, MD, MPH,
RESPONSABLE CENTRE QUALITÉ ET SYSTÈMES,
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ

Planification hospitalière vaudoise

Bientôt la fin des quotas?

La planification hospitalière a pour but de couvrir les besoins en soins hospitaliers de la population. Les principes régissant son élaboration ressortissent au droit fédéral (art. 39 LAMal et 58a ss OAMal), mais sa mise en œuvre est de la compétence des cantons.

La planification hospitalière vaudoise remonte au 1^{er} janvier 2012. Elle est matérialisée par l'Arrêté édictant la liste vaudoise des établissements hospitaliers admis à pratiquer à la charge de l'assurance obligatoire des soins. Les établissements figurant sur la liste sont au bénéfice de mandats de prestations de l'Etat qui fixent le cadre de leurs missions, complétés annuellement par des contrats de prestations qui en définissent les détails.

CONTINGENTS DE PATIENTS POUR LES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS

Une singularité de la planification vaudoise mérite d'être soulignée: la fixation de quotas de patients pour les seuls établissements privés listés. Il s'agit d'un nombre de cas d'hospitalisation que le canton définit annuellement et pour lequel il accepte de payer sa part de 55% dans le cadre du financement dual fixe. Une fois le quota atteint, c'est-à-dire une fois que le nombre de cas fixé par l'Autorité a été réalisé, l'assurance privée ou le patient lui-même doit prendre à sa charge l'équivalent de cette participation.

Le canton de Genève connaissait une pratique similaire. Il a toutefois dû revoir sa manière de faire consécutivement à une décision du Tribunal administratif fédéral (TAF) rendue dans un arrêt du 16 janvier 2019. Le jugement du TAF a ainsi littéralement soufflé la planification hospitalière genevoise. Celle-ci consacrait un protectionnisme étatique qui présentait alors de nombreuses similitudes avec la planification vaudoise, notamment en ce qui concerne les quotas de patients. Ces derniers ont été jugés illégaux, car ils ne s'appliquaient qu'aux établissements privés listés, à l'exclusion des HUG. Le canton de Genève en a profité depuis lors pour élaborer une nouvelle planification, exempte de quotas.



NOUVELLE PLANIFICATION DÈS 2022

Ce jugement n'a toutefois pas de conséquence directe sur la liste LAMal vaudoise. En effet, les établissements vaudois n'ayant pas formé de recours en temps utile contre cette dernière, elle demeure applicable malgré sa légalité douteuse. La décision de notre haute cour n'est en effet applicable qu'à l'établissement genevois qui a contesté la planification de son canton.

Dans le canton de Vaud, une nouvelle planification est en préparation. Selon la cheffe du DSAS, elle devrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2022. L'analyse des besoins, première étape de la nouvelle planification hospitalière, a été réalisée par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) et le canton à la fin de l'année 2019. Elle figure dans un document public accessible sur le site de l'Etat. En revanche, les établissements sanitaires n'ont, à ce jour, aucune nouvelle concernant la suite de la procédure.

Il ne fait toutefois aucun doute que la nouvelle planification devra respecter les principes dégagés par la jurisprudence du TAF, en particulier s'agissant des quotas, et – comme le prescrit l'art. 39 al. 1 let. d LAMal – les organismes privés devront cette fois être pris en considération de manière adéquate dans la couverture des besoins en soins hospitaliers. ■



JÉRÔME SIMON-VERMOT
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL DE VAUD CLINIQUES



Ce qu'en pense...

FLORENCE BETTSCHART-NARBEL
DÉPUTÉE PLR, LAUSANNE

Gouvernance des hôpitaux: existe-t-il un bon modèle?

Ces dernières années, de nombreux débats politiques ont eu lieu au sujet de la gouvernance des hôpitaux, notamment parce que le PLR a déposé en 2018 une initiative parlementaire demandant la transformation du CHUV en un établissement autonome de droit public.

Le CHUV aurait alors eu un conseil non politisé, composé de personnes ayant des compétences dans les domaines de la santé, de la gestion, des ressources humaines, des finances et du transfert technologique. Le Conseil d'Etat a proposé un contre-projet à cette initiative: le CHUV disposerait désormais d'un conseil stratégique, mais resterait dans le giron de l'Etat. Le PLR a d'ores et déjà donné son accord de principe à ce contre-projet, qui doit encore passer devant le Grand Conseil. S'agissant de l'Hôpital Riviera-Chablais (HRC) ainsi que de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB), outre des difficultés financières, des audits ont conclu à des problèmes de gouvernance, conduisant ainsi à une réorganisation de leurs organes.

DES FORMES JURIDIQUES INFLUANT SUR LA FORME DE GOUVERNANCE

Qu'ils soient publics ou privés, les hôpitaux sont organisés sous différentes formes juridiques: établissement autonome de droit public (HRC, HIB, Hôpitaux

universitaires de Genève (HUG), par exemple), société anonyme (Inselspital à Berne ou différentes cliniques telles que Cecil, Genolier ou Montchoisi dans la région lémanique), fondation de droit privé à but non lucratif (Clinique de La Source) ou encore service de l'Etat, comme le CHUV. De cette organisation juridique découle la forme de gouvernance des hôpitaux: conseil d'établissement, d'administration ou de fondation, politisé ou non selon les cantons. Ces conseils sont censés définir la vision stratégique, tandis que la direction doit avoir la main sur la gestion opérationnelle.

Certains principes devraient guider la gouvernance des hôpitaux: celle-ci doit tout d'abord avoir à cœur de défendre les intérêts des patients et du personnel hospitalier. Ainsi, il faut garantir l'indépendance de sa gouvernance, en particulier de son conseil, en évitant sa politisation. Sans indépendance, on se retrouve alors dans des situations où certains membres de ces conseils ont plusieurs casquettes, en particulier lorsqu'ils représentent l'Etat. Ils sont ainsi planificateurs, financeurs, propriétaires

et législateurs: il en découle des conflits d'intérêts, ce qui n'est jamais bon pour une bonne gouvernance. En outre, il faut éviter des conseils pléthoriques voulant assurer une représentativité «géopolitique».

UN MANAGEMENT COMPÉTENT ET UN CORPS MÉDICAL INTÉGRÉ

Que ce soit dans les conseils ou dans la direction opérationnelle, il faut plutôt privilégier des compétences en management des institutions de santé, en ressources humaines ou encore en matière financière. Nommés récemment, les nouveaux directeurs du CHUV ou du HIB ont ainsi, par exemple, des profils de ce type. Les corps médical et soignant doivent, quant à eux, être bien représentés et intégrés dans la direction opérationnelle, afin d'être des parties prenantes de la gestion hospitalière. En conclusion, vu la complexification du système de santé, ce sont surtout des compétences qui doivent être recherchées. La qualité des soins dans nos hôpitaux, déjà excellente, ressortira renforcée de cette professionnalisation de la gouvernance. ■

Clause du besoin

Plus que deux mois pour s'installer?

Après une vingtaine d'années de discussions et de gestion transitoire des admissions de médecins dans le secteur ambulatoire, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie a été modifiée et des ordonnances fédérales d'application de la clause du besoin ont été établies par le Conseil fédéral. Les Cantons pourront désormais réguler unilatéralement l'offre de médecins sur leur territoire. Dès cet été, tout projet de réinstallation ou d'installation de médecin hospitalier en terres vaudoises pourrait donc être grandement compromis.

A partir du 1^{er} juillet 2021, changement de paradigme: toute réinstallation d'un médecin dans un autre cabinet, d'une autre ville ou région que celle pour laquelle il dispose déjà d'un droit de pratique mais pas encore d'une autorisation de pratique à charge de l'assurance obligatoire des soins, de même que toute installation de médecin exerçant actuellement au sein d'un hôpital, pourrait devenir très difficile, voire impossible suivant la spécialisation et la région choisie.

Tel est, en substance, l'avertissement à retenir des nouvelles ordonnances fédérales relatives à la clause du besoin, précisant le champ d'application de la base légale adoptée par le parlement en 2020, avec l'aval de la FMH. Une base légale qui préfigurait déjà un durcissement des critères d'admission de médecins dans le secteur ambulatoire dès l'été prochain. Outre la fixation d'un nombre maximal de médecins autorisés à exercer en libre pratique dans certaines spécialités et régions, elle imposera d'avoir accompli au moins trois ans de formation dans un établissement suisse reconnu, au sein de la discipline pour laquelle l'autorisation d'exercer à charge de l'assurance-maladie a été demandée. Il faudra également démontrer ses compé-

tences dans la langue officielle du lieu d'installation, en se soumettant à un test linguistique si cette dernière ne figurait pas parmi les disciplines fondamentales de sa maturité gymnasiale.

LIMITATION DE L'OFFRE MÉDICALE

Ces dispositions auront des conséquences potentiellement importantes sur l'évolution du corps médical et des conditions d'exercice de la médecine. D'autant plus que la nouvelle ordonnance fédérale «relative à la fixation de nombres maximaux pour les médecins qui fournissent des prestations ambulatoires» franchit un pas supplémentaire. Elle prévoit notamment que le taux d'approvisionnement régional, soit le nombre de médecins autorisés à s'installer, correspondra au «rapport entre le volume de prestations observé, résultant de l'offre de médecins disponibles et des prestations fournies par ces derniers, et l'offre nécessaire pour un approvisionnement en soins répondant aux besoins et économique» (art. 1, al. 2, lit. a et b).

Concrètement, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) fixera des coefficients pour chaque domaine de spécialisation, que les Cantons appliqueront pour calculer

leurs propres besoins en prestations médicales. Les Cantons pourront ainsi déterminer le nombre de médecins autorisés à exercer en pratique individuelle pour chacune des spécialités médicales et chacune des régions qui les composent, en se référant à un volume global de facturation toléré.

SE RÉUNIR À LA TABLE DES NÉGOCIATIONS

Introduire de telles dispositions revient à instaurer le principe d'un budget global pourtant refusé par le parlement en 2020. Comme souligné cet hiver par la SVM durant la procédure de consultation¹, cette ordonnance outrepassa le cadre de la loi et l'esprit dans lequel le parlement l'a votée, en attribuant le plein pouvoir aux autorités cantonales sans qu'elles aient à consulter les associations professionnelles.

Une période transitoire de deux ans a été fixée aux Cantons pour se mettre en accord avec la législation fédérale. Cependant, la situation est pour le moins préoccupante, puisqu'à l'heure actuelle, aucune négociation n'a pu être obtenue avec l'Etat de Vaud pour convenir d'un mode de corégulation de cette clause du besoin. La SVM appelle donc à l'ouverture prochaine des discussions avec le Canton, s'agissant d'un thème majeur de la Convention-cadre du partenariat public-privé entre le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et notre association, afin que la population vaudoise puisse continuer à bénéficier d'une offre médicale de proximité, solide et équitable. ■

¹ Voir chapitre « V. Conclusions » de la prise de position de la SVM du 19 février 2021.

Covid-19

La campagne de vaccination a débuté dans les cabinets médicaux vaudois

La campagne de vaccination contre le Covid-19 a démarré le 10 mars 2021 dans les cabinets médicaux vaudois. Après une phase pilote menée avec succès, le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et la Société Vaudoise de Médecine (SVM) ont trouvé un accord début mars pour permettre la vaccination en cabinet.

A l'heure actuelle, pas moins de 250 médecins installés vaccinent leur patientèle vulnérable (groupe 1: 75 ans et plus, maladies chroniques). Répartis dans tout le canton, ces cabinets médicaux sont intégrés au dispositif cantonal et sont approvisionnés directement. Un total de 20 800 doses leur ont été allouées, permettant la vaccination de 10 400 personnes parmi leurs propres patients les plus à risques. Après cette phase préliminaire, alors qu'environ la moitié de la population se dit encore hésitante ou opposée à la vaccination, le dialogue est plus que jamais nécessaire pour rassurer les sceptiques. «Au moment où le Canton de Vaud vient

d'annoncer l'élargissement de la vaccination à toutes les personnes âgées de plus de 50 ans, les médecins traitants, en collaboration avec les pharmaciens avec lesquels nous disposons d'une convention sur la vaccination depuis plusieurs années, sont les mieux placés pour contribuer à convaincre leur patientèle», commente le Dr Philippe Eggimann, président de la SVM. Un sondage effectué auprès des cabinets concernés a ainsi révélé que plus des deux tiers des patients pourtant à risques ne seraient pas allés se faire vacciner dans un centre. La relation personnelle, durable et globale entre un patient et son médecin en est la raison principale.

Les comités de la SVM et de Médecins de famille Vaud (MFV) recommandent aussi à tous leurs membres d'encourager leurs patients à risques et désormais tous les autres à se faire vacciner. C'est dans cette perspective qu'ils ont demandé aux autorités de pérenniser la vaccination par les cabinets médicaux. Pour le moment, les personnes éligibles ne doivent pas contacter directement leur médecin pour prendre rendez-vous afin de se faire vacciner. Elles peuvent, via le site [coronavax.ch](https://www.coronavax.ch), se renseigner sur les médecins traitants qui vaccinent et sur le moyen de les contacter. ■



LU SUR
LE BLOG

Les médecins cadres du CHUV aussi au contact des malades Covid!

A juste titre, l'Association des médecins cadres du CHUV (AMC) a peu goûté un communiqué de l'Etat de Vaud du 19 février, qui laissait maladroitement entendre que les médecins cadres ne recevraient pas la fameuse prime Covid accordée au personnel de santé, car ils n'étaient pas «directement au contact des malades et exposés au virus»... Son président, le Dr Patric Hagmann, a donc pris la plume pour, certes, saluer la prime octroyée, mais déplorer avec vigueur qu'on laisse croire que les médecins cadres étaient restés cloîtrés dans leur bureau pendant la crise, exemples à l'appui. ■

Ndlr: la SVM rappelle par ailleurs que le personnel des cabinets médicaux, sous-équipé et donc très exposé lors de la première vague, n'a pas non plus eu droit à la moindre récompense étatique... Cette prise de position de l'AMC est à retrouver dans son intégralité sur www.svmed.ch/blog

Rapport d'activités 2020

Retour sur une année hors du commun

La Société Vaudoise de Médecine (SVM) a le plaisir de vous informer que son rapport d'activités 2020 est désormais en ligne. Publié exclusivement sous forme digitale depuis l'édition 2018, il peut être consulté sur www.svmed.ch/rapport-2020.

Outre la liste complète des nouveaux membres admis à la SVM en 2020, vous y découvrirez notamment une synthèse des activités de plusieurs groupements et commissions thématiques, ainsi qu'un résumé des nombreux faits marquants pour notre association lors de l'année sous revue. Et quelle année! La pandémie de Covid-19 a en effet fortement impacté le quotidien de la SVM, que ce soit en termes d'organisation,

de communication interne et externe, de défense des membres ou encore de relations avec nos partenaires. Une rétrospective thématique a ainsi été réalisée pour synthétiser les principaux points de l'action de la SVM en réponse à cette crise historique.

Richement illustré, ce rapport d'activités a pour vocation de présenter l'intensité de l'engagement de notre association professionnelle et de l'environnement complexe dans lequel nous évoluons. Bonne lecture! ■



Assemblée des délégués

Réélections du Prof. Lamy et de la Dre Oppliger au comité de la SVM

La 70^e édition de l'Assemblée des délégués (AD) de la SVM s'est tenue, Covid-19 oblige, en visioconférence le jeudi 25 mars 2021. Une cinquantaine de délégués sur les 62 que compte le parlement des médecins vaudois ont répondu présent à cette occasion.



Candidat à sa réélection, le Prof. Olivier Lamy a été reconduit à une très large majorité dans ses fonctions au comité de la SVM. Egalement candidate à sa propre succession au sein du comité, la Dre Séverine Oppliger a elle aussi été réélue, à la quasi-unanimité. Le mandat de la Dre Françoise Menu, membre de la Commission de déontologie (CD) de la SVM, a enfin été renouvelé. La SVM tient à les féliciter et à les remercier vivement de leur engagement! Par ailleurs, 82 nouveaux membres ont été admis au sein de notre association. La SVM

leur souhaite la bienvenue et se réjouit de voir sa collectivité des membres s'enrichir ainsi de nouveaux représentants du corps médical vaudois.

En accord avec l'article 27 de l'Ordonnance 3 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus et suite à l'adaptation du règlement de l'AD en juin 2020, cet organe peut depuis lors se réunir virtuellement sur un mode décisionnel. ■

Un compte-rendu détaillé de cette AD est disponible sur www.svmed.ch/ad-mars-2021

Assemblée générale 2021

Le GMH s'ouvre aux médecins adjoints et change de président

Le 11 mars 2021, l'Assemblée générale du Groupement des médecins hospitaliers (GMH) de la Société Vaudoise de Médecine (SVM) a décidé de modifier ses statuts pour s'ouvrir dorénavant aux médecins adjoints, en plus des médecins-chefs et médecins agréés. Le Dr David Petermann (EHC) succède au Dr Philippe Saegesser (HRC) à la présidence du groupement.

Réunis en Assemblée générale virtuelle le 11 mars 2021, les membres du GMH ont approuvé une proposition de modification des statuts visant principalement à intégrer les médecins adjoints au sein du groupement. Par ailleurs, le Bureau du GMH désignera dorénavant un de ses membres pour représenter le GMH à l'Assemblée des délégués de la SVM. Les membres du Bureau seront quant à eux nommés par l'Assemblée des doyens du GMH. Cette assemblée fut également l'occasion d'échanger autour du futur de la médecine hospitalière en terres vaudoises, une thématique qui fait justement l'objet du dossier de ce numéro du CMV (voir pp. 4-23).

Dr DAVID PETERMANN, NOUVEAU PRÉSIDENT DU GMH
Elu à la présidence du GMH lors de la dernière Assemblée des doyens, le Dr David Petermann est officiellement entré en fonction lors de cette assemblée générale. Titulaire d'un double FMH en chirurgie et en chirurgie viscérale, il est actuellement médecin-chef au Service de chirurgie de l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC). La SVM lui souhaite d'ores et déjà plein succès dans l'exercice de ses nouvelles fonctions! Le Dr David Petermann prend ainsi la succession du Dr Philippe Saegesser, que la SVM tient à remercier vivement pour son engagement durant ses six années de présidence du GMH.

NOUVEAU SITE WEB

Enfin, le GMH dispose désormais d'un nouveau site internet (www.svmed.ch/gmh). Remis au goût du jour et intégré à l'interface du site de la SVM, ce site permet notamment de regrouper et de mettre à disposition des membres du GMH tous les documents et informations utiles pouvant les concerner. ■

Pour en savoir plus sur l'actualité récente du GMH, nous vous invitons à consulter le bilan du Dr Philippe Saegesser fraîchement publié dans le rapport d'activités en ligne de la SVM (voir p. 26).

SMSR - VEDAG - OMCT

Les faîtières (ré-)unissent leurs forces

Les organisations faîtières des sociétés cantonales de médecine du pays, à savoir la Société médicale de la Suisse romande (SMSR), dont fait partie la SVM, Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften (VEDAG) et Ordine dei medici del Cantone Ticino (OMCT), ont choisi de se réunir à nouveau sur une base plus régulière, compte tenu d'enjeux communs importants au niveau cantonal. Une première séance s'est ainsi déjà déroulée le mardi 16 mars 2021 en visioconférence. Deux points en particulier

étaient à l'ordre du jour: les futures applications et interprétations cantonales de la nouvelle clause du besoin fédérale qui entrera en vigueur au 1^{er} juillet 2021 (voir également notre article à ce sujet en p. 24), ainsi que la coordination des démarches visant à obtenir dans chaque canton un juste financement complémentaire pour la vaccination Covid-19, compte tenu du forfait nettement insuffisant imposé, à l'heure d'écrire ces lignes, par la Confédération et les assureurs. ■

Tarif-cadre

C'est oui pour le Tribunal administratif fédéral

Dans un arrêt définitif rendu le 11 mars 2021, à la suite d'un recours de la SVM déposé en 2019, le Tribunal administratif fédéral a donné raison à la SVM et confirmé que lorsqu'un canton approuve une convention tarifaire entre un assureur maladie LAMal et une association de médecins, il doit aussi simultanément édicter un tarif-cadre¹ pour cette convention spécifique. Ainsi, en cas d'absence de nouvelle convention entre les mêmes partenaires tarifaires à l'expiration de la convention précédente, c'est le tarif-cadre fondé sur

la convention précédente qui s'applique et non un tarif fixé par le canton. Avec ce verdict, les conditions sont réunies pour permettre au Conseil d'Etat de rendre rapidement des décisions conformes au droit, dans l'intérêt de tous. ■

De l'art. 48 LAMal «Conventions tarifaires avec les associations de médecins». Lors de l'évaluation d'une convention tarifaire avec une ou plusieurs associations de médecins, l'autorité d'approbation (art. 46, al. 4) fixe, après avoir visité les parties à la convention, un tarif-cadre dont les taxes minimales sont inférieures et les taxes maximales supérieures à celles du tarif conventionnel approuvé.



SOCIÉTÉ
VAUDOISE DE
MÉDECINE

GROUPEMENT
DES MÉDECINS
TRAVAILLANT EN EMS

Formations GMEMS 2021

Sous réserve
de modifications -
svmed.ch

Je participe (merci de cocher)

VISIO-
CONFÉRENCE

27 mai à 17h - formation: Dre Estelle Gillès de Pélichy – spécialiste en psychiatrie de psychothérapie de l'âge avancé, responsable de l'unité de psychiatrie de l'âge avancé

- «Prise en charge médicamenteuse des personnes à l'âge avancé avec troubles cognitifs et attitude oppositionnelle»**

VISIO-
CONFÉRENCE

Judi 30 septembre à 17h - formation: Dr Tony Tai – médecin interne généraliste FMH avec une formation approfondie en médecine palliative ISFM, accompagné de Mme Gaëlle Krummenacher, infirmière spécialisée

- «Soins palliatifs en EMS: entre souhait et réalité»**

Judi 11 novembre à 16h30 - Assemblée générale suivie d'une formation (Fondation La Rozavère): Mme Nadja Eggert, maître d'enseignement et de recherche au Centre interdisciplinaire de recherche en éthique, et Me Micaela Vaerini, avocate spécialiste FSA droit de la famille

«La maltraitance et les mesures de contentation»

- 16h30-17h30, Assemblée générale du GMEMS**
 17h30, formation, Mme Nadja Eggert et Me Micaela Vaerini
 Cocktail

INSCRIPTION GMEMS

En ligne : www.svmed.ch/formation-pratique/formation-continue-svm
 ou à faxer au **021 651 05 00**
 EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE

Prénom

Nom

Rue

NPA

Localité

Tél.

E-mail

Date

Signature

Cachet du cabinet

Une approche humaniste de l'amputation au début du XIX^e siècle

Tout au long des guerres des XVIII^e et XIX^e siècles, des médecins et chirurgiens vaudois sont, en Suisse et en Europe, les témoins de la dureté des batailles. François Pictet est l'un d'eux qui, lors de la campagne de Flandre (1746-1747), tient un journal quotidien.

Il décrit les batailles, les blessures, les épidémies et les soins impossibles à donner. Le boulet rond en fonte surtout et la mitraille provoquent des blessures importantes, délabrantes des membres, les cuisses et jambes en particulier. Outre les fractures osseuses, fémur et tibia-péroné, les lésions artérielles compliquent le tableau. Les ligatures en urgence dans des conditions sanitaires très précaires augmentent, de concert avec l'infection et le risque de gangrène.

UNE AMPUTATION CODIFIÉE

Dominique-Jean Larrey et Pierre-François Percy, les chirurgiens de Napoléon, vont codifier les circonstances menant à l'amputation et préciser la technique: pour l'anesthésie, on utilise l'alcool et le laudanum; il s'agit d'aller vite, tout en interdisant l'hémorragie potentiellement létale des artères concernées.

L'amputation «large manu» est appliquée jusqu'à la guerre de 1914. L'utilisation de solution de Dakin fait face à l'infection et permet la réparation en deuxième intention, sauvant des milliers de blessés de l'amputation. Car l'impact psychologique est considérable sur les soldats, au point que certains, comme le maréchal Lannes, préféreront mourir plutôt que de se laisser amputer. Et pourtant, l'amputation sauvera bien des blessés.

PRISE EN CHARGE MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE NOVATRICE

Dans ce contexte, le chirurgien Germain Cany propose, en 1817, «*Quelques réflexions médico-philosophiques sur les secours moraux à donner aux militaires blessés, avant, pendant et après l'amputation des membres.*»

Avant, pendant et après sont pour l'auteur des moments différents, nécessitant une prise en charge psychologique adaptée.

Avant, il s'agit d'inspirer confiance au blessé: «Cette circonstance est si essentielle à remplir que c'est d'elle que dépend la tranquillité du blessé sans laquelle le praticien ne peut se promettre le succès de l'opération.»

Si le patient consent à l'amputation, il faut la faire sans retard, mais s'il s'y oppose, il faut recommencer le pro-

cessus de persuasion. Il faut le rassurer sur la douleur, et «sur l'attachement de celle qui devait s'unir à lui» malgré la perte de sa jambe, par exemple.

Il note que le soldat accepte mieux l'amputation que l'officier, qui vit cela comme une atteinte insupportable à son statut social.

Pendant, il faut sans relâche encourager le blessé, maîtriser la douleur par des narcotiques et renoncer à comprimer les nerfs par un garrot serré, car trop douloureux. Enfin, il faut utiliser des «couteaux à lames très évidées, d'un acier choisi et aussi tranchant qu'une lame de rasoir».

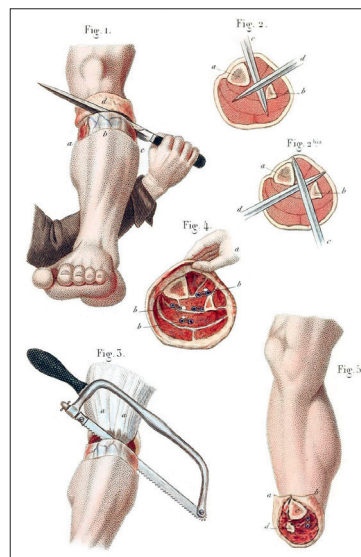
Après, il convient de ne pas mettre tous les amputés ensemble, de les visiter souvent, de s'enquérir de leur détresse et, chaque fois que faire se peut, de les faire soigner par des femmes, «qui paraissent mieux sentir le malade».

Il conclut: «Tout ce qui opère avec douceur sur l'âme est un baume salutaire pour un cœur triste.»

Le fracas de la bataille a probablement souvent eu raison de cette prise en charge psychologique et humaine, très en avance sur son temps. ■



Dr PHILIPPE VUILLEMIN
MÉDECIN
GÉNÉRALISTE



Amputation de la jambe. Jean-Baptiste Lèveillé, Précis iconographique de médecine opératoire, par Claude Bernard & Charles Huette, Paris, 1848.

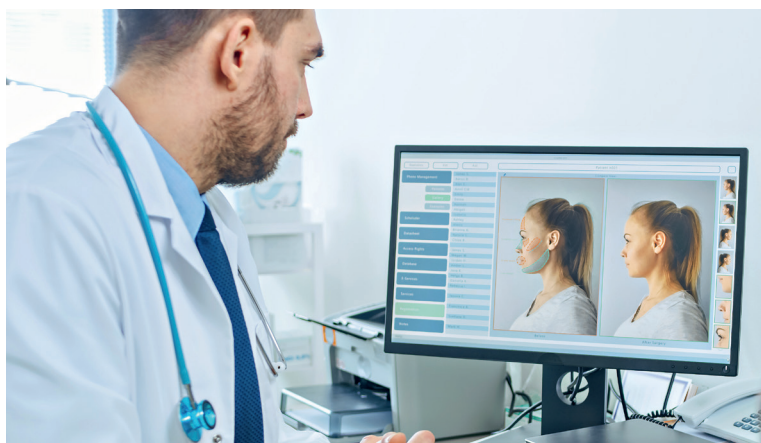
L'essor de la télédermatologie

La dermatologie est l'une des disciplines médicales visuelles par excellence. Il est ainsi facile de comprendre qu'elle offre un terrain d'expérimentation privilégié pour développer la médecine à distance, à l'heure où des dispositifs photographiques performants sont montés sur tous les téléphones mobiles et sont à la portée immédiate de chacun.

Dans notre spécialité, le délai pour obtenir un rendez-vous sans la recommandation de son médecin traitant peut être long et source d'inquiétude pour le patient. La consultation à distance lui permet de joindre le spécialiste et d'obtenir une orientation diagnostique rapide. Bon nombre de situations simples peuvent ainsi être résolues. Il apparaît toutefois fondamental que les praticiens qui traitent des cas par ce moyen aient pignon sur rue et proposent une suite de prise en charge concrète en cas de nécessité. Des algorithmes d'intelligence artificielle sont certes en cours de développement pour la reconnaissance de lésions cutanées, mais il reste de la responsabilité du médecin d'orienter correctement son patient et de s'assurer que les soins adéquats lui seront prodigués.

ASSURER LA SÉCURITÉ DES DONNÉES

A côté des demandes émanant de patients, le dermatologue reçoit chaque semaine des dizaines de sollicitations photographiques de la part de consœurs et de confrères, souvent par le biais d'e-mails ou d'une messagerie mobile, de manière parfois peu sécurisée. Ces échanges d'informations peuvent être problématiques non seulement sur le plan de la sécurité, mais également parce qu'ils engagent la responsabilité de celle ou celui qui pose



un diagnostic à distance. Car il ne faut pas oublier que la jurisprudence en matière de responsabilité professionnelle est exactement la même que pour la médecine de cabinet. La téléconsultation passant par une plateforme dédiée permet de donner un cadre formel à l'avis donné, qui est dûment archivé et à disposition du patient. Dès lors, le développement d'une plateforme de consultation en ligne ne doit pas ménager ses efforts pour assurer la confidentialité des données et la sécurité de leur transmission et de leur stockage. Il est donc important de s'appuyer sur des serveurs hautement sécurisés et locaux, en suivant la législation en vigueur pour ce qui concerne les données sensibles.

QUELLE TARIFICATION POUR LA TÉLÉMÉDECINE?

Le système de tarification ambulatoire TARMED ne comprend pas,

sous sa forme actuelle, de position dédiée à la télémédecine. On peut bien évidemment s'appuyer par analogie sur d'autres positions disponibles dans le catalogue (consultation téléphonique, consilium par le spécialiste, étude de dossier, etc.). Ces interprétations du TARMED nous ont fort heureusement permis de suivre des patients à distance durant le confinement dû à la pandémie de Covid-19. Au sens strict cependant, la télémédecine telle qu'elle peut être proposée sur une plateforme de consultation en ligne échappe à la tarification aujourd'hui officiellement remboursée par l'assurance obligatoire des soins. En résumé, les plateformes de consultation en ligne permettent de réaliser un tri rapide, de rassurer ou d'orienter les patients et de renseigner les collègues de manière formelle et sécurisée. Un raccourcissement des délais d'attente et des économies sur les coûts de la santé sont ainsi favorisés. ■



Drs PATRICK PERRIER, PHILIPP SPRING ET MAXIME VERNEZ
DERMATOLOGUES
DU CENTRE
DERMATOLOGIQUE
ET DERMATO-
CHIRURGICAL
DES CROISSETTES
(CEDDECC)
ET CO-FONDATEURS
DE DERMAPP
(WWW.DERMAPP.CH)

Témoignage rétrospectif

«Le CMV face aux défis d'une médecine en constante évolution»

Comme l'illustre son précédent dossier consacré aux synergies entre médecins et industrie, le *Courrier du Médecin Vaudois (CMV)* aborde les défis d'une médecine en constante évolution avec la force d'un journal ouvert au débat d'idées et à la liberté d'expression.

C'est avec nostalgie que je quitte le comité de rédaction du *CMV*. La richesse des échanges vécus au sein de l'équipe rédactionnelle et la sérénité de Pierre-André Repond, son rédacteur en chef, me manqueront. Après dix-sept ans d'immersion, il m'a cependant paru logique de laisser place à la relève. Ceci dit, je suis heureux de pouvoir boucler la boucle par quelques réflexions sur la mission d'une plateforme qui m'a permis d'explorer différentes facettes de la pratique médicale à la lumière de valeurs fondamentales de notre profession.

UN CMV À L'ÉCOUTE DU CHANGEMENT

Le stéthoscope figure encore parmi les images iconiques de la médecine. Symbole de l'écoute et du contact médecin-patient, cet instrument emblématique se voit progressivement mis à l'écart de la pratique courante par des techniques diagnostiques plus performantes (échographie, scanner, etc.). L'obsolescence programmée du stéthoscope et l'apparition de la télémédecine dans le cabinet médical ne doivent pas pour autant priver le patient de la présence physique du médecin. De même que l'intelligence artificielle ne doit pas se substituer systématiquement au bon sens, ni servir d'obituaire au secret médical. Le serment d'Hippocrate, en arrière-plan de dossiers que j'ai pu traiter dans le cadre du *CMV*, représente plus qu'une tradition. Il fait partie du patrimoine génétique de la vocation médicale et offre une ligne directrice essentielle à la relation médecin-patient.



Notre héritage hippocratique devra impérativement survivre aux mutations engendrées par la cybermédecine robotisée. Il doit également pouvoir s'affirmer malgré les contraintes bureaucratiques qui grèvent nos systèmes actuels de santé. Les enjeux éthiques sont nombreux et il appartient au *CMV* de poursuivre son écoute et son engagement dans ce sens.

PLACE À LA RELÈVE!

L'évolution des modèles d'études en faculté pose aussi de nouveaux défis. Les titres de bachelor ou de master en médecine humaine ne doivent pas faire oublier que leur octroi signe l'accès à une confrérie unie par un code éthique qui se transmet de génération à génération.

Notre journal doit contribuer à perpétuer ce message. L'altruisme et le courage qui ressortent du parcours professionnel de la Dre Sophie Barcelo, nouvelle venue au comité de rédaction, nous prouvent que la relève est bien armée pour permettre au *CMV* de s'investir durablement dans une telle mission.

Sur le plan purement journalistique, le *CMV* a heureusement su résister à la tentation du tout numérique. Le travail novateur des professionnels d'Inédit Publications nous a permis d'évoluer vers une mise en page à la fois esthétique et moderne. Reste à introduire une section ludique de mots fléchés destinée aux lecteurs retraités en quête de passe-temps dont je fais à présent partie! ■

LES JEUDIS DE LA VAUDOISE

Sous réserve de modifications – Programme et inscription en ligne sur svmed.ch

Fin de programme 2020-2021

Suivez
les formations
en
visioconférence

**INSCRIPTION
EN LIGNE SUR**

[www.svmed.ch/
formation-continue-svm](http://www.svmed.ch/formation-continue-svm)

6 mai 2021 Médecine légale et droit médical

20 mai 2021 Oncologie

10 juin 2021 Troubles fonctionnels

Horaires :

De 8h30 (accueil) à 12h15 à l'auditoire César-Roux, puis en salles de séminaire au CHUV à Lausanne. Cours en présentiel à l'auditoire César-Roux ou en visioconférence selon l'évolution de la crise sanitaire.

Tarifs :

Un jeudi par mois : membres SVM: CHF 65.-, non-membres SVM: CHF 75.-

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, Prof. O. Lamy, Drs A. Birchmeier, Ph. Staeger, J. Vaucher et J.-L. Vonnez.

Accréditation :

3 points par cours. Formation certifiée SSMIG.



TÉLÉCHARGEMENT DES CONFÉRENCES

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

LES JEUDIS DE LA VAUDOISE

Sous réserve de modifications – Programme et inscription en ligne sur svmed.ch

Programme 2021-2022

Suivez
les formations
en
visioconférence

**INSCRIPTION
EN LIGNE SUR**

[www.svmed.ch/
formation-continue-svm](http://www.svmed.ch/formation-continue-svm)

Abonnements :

- **membres SVM: CHF 345.-**
- **non-membres SVM: CHF 395.-**

- **16 septembre 2021 Néphrologie**
- **7 octobre 2021 Chirurgie viscérale / Proctologie**
- **11 novembre 2021 Dermatologie**
- **2 décembre 2021 Urgences et garde domiciliaire**
- **13 janvier 2022 L'avenir de la médecine interne générale au cabinet**
- **10 février 2022 Infectiologie**
- **10 mars 2022 Covid-19: quels enseignements pour la médecine interne générale après deux ans**
- **5 mai 2022 Nutrition: mythes et réalité**
- **16 juin 2022 Approches manuelles dans les douleurs musculo-squelettiques**

Horaires : De 8h30 (accueil) à 12h15 à l'auditoire César-Roux, puis en salles de séminaire au CHUV à Lausanne.

Cours en présentiel à l'auditoire César-Roux ou en visioconférence selon l'évolution de la crise sanitaire.

Tarifs :

Un jeudi par mois: membres SVM: CHF 65.-
non-membres SVM: CHF 75.-
Abonnement: 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, Prof. O. Lamy, Drs A. Birchmeier, Ph. Staeger, J. Vaucher et J.-L. Vonnez.

Accréditation: 3 points par cours. Formation certifiée SSMIG.



TÉLÉCHARGEMENT DES CONFÉRENCES

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

Docteure Edith Roset-Bahmanyar

«Il y a tant à faire dans le monde pour aider les femmes!»

La Dre Edith Roset-Bahmanyar a réalisé son rêve d'enfant: soigner les populations défavorisées autour du monde. Spécialiste en gynécologie et obstétrique, elle a avant tout aidé les femmes et leurs bébés à travers ses engagements humanitaires et ses recherches pharmaceutiques.

«**J**e suis restée très affectée par un souvenir d'enfance», raconte la Dre Edith Roset-Bahmanyar. «Lors d'un voyage au Maroc avec mes parents, j'ai croisé un garçon à peine plus jeune que moi; il portait des habits trop grands, sales et déchirés. J'ai réalisé que j'étais privilégiée.» Faut-il voir là l'origine de son engagement humanitaire? Une chose est sûre: elle a choisi la médecine afin de pouvoir travailler n'importe où dans le monde et offrir à des populations très défavorisées un minimum d'accès aux soins. En 1989, alors qu'elle est étudiante en quatrième année à la Faculté de médecine de l'Université de Genève, elle effectue un stage en pédiatrie dans un hôpital de Côte d'Ivoire. «C'était

le début de l'épidémie de sida en Afrique. J'ai énormément appris en étant confrontée à la réalité.» Deux ans plus tard, après avoir obtenu son diplôme de médecine, elle poursuit sa formation à Anvers, à l'Institut de médecine tropicale Prince-Léopold. De retour en Suisse, elle décide de se spécialiser en gynécologie et obstétrique: «Il y a tant à faire pour aider les femmes!» En 1995, elle s'envole avec Médecins du Monde pour l'Afghanistan, pour ce qui sera la mission la plus marquante de sa carrière.

UNE MATERNITÉ BOMBARDÉE SANS EAU COURANTE

Le pays est alors en pleine guerre civile. A l'extrême précarité de la

population s'ajoute le manque cruel de moyens pour les soins médicaux. L'hôpital d'Herat n'a pas l'eau courante et, lorsque la Dre Edith Roset-Bahmanyar arrive, le plafond et les vitres de l'une des deux salles d'accouchement viennent de céder lors d'un bombardement. Ils resteront en l'état. «Les femmes faisaient des jours de voyage pour venir accoucher. Certaines arrivaient dans un état de choc et beaucoup mourraient en chemin.» Pour les prendre en charge, l'hôpital ne dispose d'aucun matériel de soin. «Leurs maris devaient trouver de l'argent et courir au bazar avec une prescription pour acheter le nécessaire!» Pendant dix mois, elle opère avec les deux seules lames de bistouri disponibles et ne reçoit d'Europe que de vieux instruments inutilisables.

La plus grande satisfaction de la jeune médecin d'alors: avoir réussi à constituer une boîte d'urgence grâce à la petite somme d'argent dont disposait son ONG et grâce aux antennes locales de l'OMS et de l'Unicef. «J'y enfermais à clé le minimum nécessaire pour réanimer un choc, traiter par antibiotiques intraveineux, soigner un nouveau-né en difficulté, etc.» A la fin de sa mission, elle rentre à Genève, où elle

Clin d'œil

«J'ai peint cette scène d'après une photo. Elle me rappelle une jeune patiente afghane nomade. Après un accouchement par césarienne, un arrêt cardiaque, une grosse infection et une convalescence de trois semaines, elle est repartie heureuse avec son bébé en bonne santé. Ses quatre premiers enfants étaient tous morts à la naissance.»





achève sa formation de gynécologue-obstétricien en 2002, complétée par un master en santé publique.

PRÉVENIR LA TRANSMISSION MÈRE-ENFANT DU VIH

Deux enfants plus tard, la Dre Edith Roset-Bahmanyar part pour le Lesotho avec l'ONG suisse SolidarMed. Nous sommes en 2005. La problématique du VIH est omniprésente; une femme sur quatre est infectée dans la maternité où elle exerce. Malgré cela, aucun dépistage n'est pratiqué. «Les accouchements se passaient très bien, mais les bébés revenaient mourir du sida dans les trois mois.» En collaboration avec le Ministère de la santé, elle se bat afin de géné-

raliser les tests pendant la grossesse et l'accès aux traitements antiviraux. Première employée de l'antenne de la fondation américaine Elizabeth Glaser dans le pays, elle se rend dans chaque hôpital pour former les sages-femmes à la prévention de la transmission mère-enfant du VIH.

Après une dernière mission en Tanzanie, elle rentre en Europe en 2008, où elle fait depuis lors de la recherche pharmaceutique dans des domaines qui lui sont chers: la malaria, le sida et la gynécologie (en particulier le développement de médicaments pour les femmes enceintes). En mai 2020, elle ouvre en parallèle une consultation de gynécologie obstétrique dans l'Ouest lausannois. Si son expé-



rience humanitaire lui fait d'autant plus apprécier les moyens dont elle dispose pour prendre en charge ses patientes, elle est consciente d'en faire parfois sans doute «un peu trop». «Il faudrait ajuster le curseur: cela permettrait de réduire les coûts de la santé sans remettre en cause la qualité de nos soins.» ■

ÉLODIE MAÎTRE-ARNAUD



La Source

à domicile 

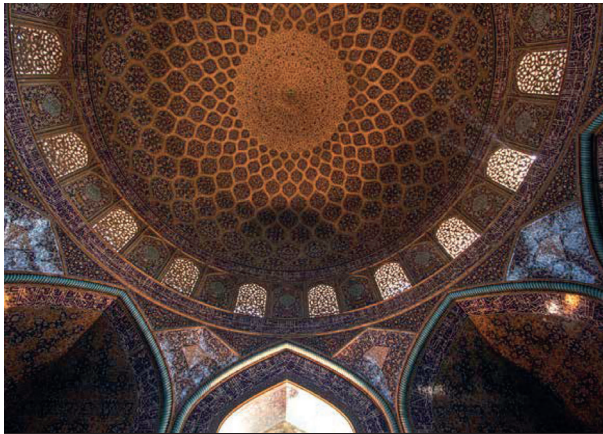
Nos soins. Pour vous, chez vous.

Prestations de soins à domicile disponibles sur prescription médicale dans tout le canton de Vaud 7/7 et 24/24 pour toute personne en perte d'autonomie, hospitalisée ou non à la Clinique de La Source, quel que soit son type d'assurance*.

*D'autres soins et prestations non remboursés par l'assurance de base sont disponibles sur demande.

Tél. 0800 033 033

soinsadomicile@lasource.ch - www.lasourceadomicile.ch



YAN GIROUD, photographie



YVES GIROUD, peinture et encre

Je vous invite à venir visiter l'exposition que mon fils et moi avons réalisée au retour d'un voyage en Iran.

Hommage à la beauté d'un pays et au courage de ses femmes.

du 25 mars au 21 mai 2021

Espace Equinoxe
Château de Prilly
route de Cossonay 40
1008 Prilly

Horaire: du lundi au vendredi
de 8h à 11h 15 et de 13h 30 à 16h
ou sur rendez-vous avec les artistes,
Yan Giroud: 079 641 50 20 ou
Yves Giroud: 076 403 80 04
Contact: y.giroud@sunrise.ch