

cmv

REVUE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE
MAI 2017

courrier
du médecin
vaudois

#3

INFO SVM

Conférence
des présidents
et Assemblée
des délégués

JOURNÉE SVM

Rendez-vous
le 31 août 2017

Détour hors-frontières

America first contre Obamacare



Prêt pour la plus belle escapade à ciel ouvert de l'année?

SLC 180 dès CHF 39'900.- ou CHF 287.30/mois
4^e année de garantie offerte*

* MERCEDES-SWISS-INTEGRAL : 10 ans de services gratuits, 4 ans de garantie complète (tous deux jusqu'à 120'000 km, selon le premier seuil atteint).

Mercedes-Benz SLC 180, prix de vente au comptant : CHF 39'900.- (valeur du véhicule de CHF 53'668.- moins avantage prix de CHF 13'768.-). 5,6 l / 100 km, 127 g CO₂ / km (moyenne de toutes les voitures neuves vendues : 134 g CO₂ / km), catégorie de rendement énergétique : E.

Exemple de leasing :

Durée : 48 mois, kilométrage : 10'000 km/an, taux annuel effectif : 2,9 %, 1^{er} versement plus élevé : CHF 10'000.-, versement mensuel à partir du 2^e mois : CHF 287.30. Hors assurance des mensualités PPI. Une offre de Mercedes-Benz Financial Services Schweiz AG. Assurance casco complète obligatoire. L'octroi d'un crédit est interdit s'il est susceptible d'entraîner le surendettement du preneur de leasing. Offre valable jusqu'au 31.05.2017. Immatriculation jusqu'au 31.08.2017. Recommandation de prix sans engagement. Sous réserve de modifications. Véhicule disponible de suite.

Mercedes-Benz

The best or nothing.



INTER-AUTO SA
AIGLE - 024 468 04 54

GARAGE DE LA RIVIERA SA
LA TOUR-DE-PEILZ - 021 977 05 05

GARAGE DE L'ÉTOILE SA
RENENS - 021 633 02 02

MON REPOS AUTOMOBILE SA
LAUSANNE - 021 310 03 93

AUTO-RIVES SA
MORGES - 021 804 53 00

GARAGE DE LA PLAINE
YVERDON-LES-BAINS - 024 423 04 64

ÉTOILE AUTOMOBILE SA
CORTAILLOD - 032 729 02 90

L'ÉTOILE JURASSIENNE SA
DELÉMONT - 032 423 06 70

WWW.GROUPE-LEUBA.CH
facebook.com/groupe-leuba

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

sommaire

4 DOSSIER

- 4 Répercussions de l'Obamacare aux États-Unis
- 8 Un système gouvernemental d'assurance
- 10 Mayo Clinic, un modèle?
- 13 Interaction public-privé
- 14 Témoignage
- 17 Ce qu'en pense Catherine Labouchère

18 INFO SVM

- 18 Compte-rendu de la Conférence des présidents
Liste des nouveaux membres
- 19 Reflets de l'AD
Communication de la CD

20 ACTU

23 CICÉRON ET HIPPOCRATE

- 23 Prise en charge à l'étranger

20 PORTRAIT

Bijan Ghavami, chirurgien à Lausanne, spécialiste de la laparoscopie, parle avec passion de sa spécialité, qui continue de lui apporter le même bonheur, jour après jour.

26 RENDEZ-VOUS

- 26 17^e Journée de la SVM

impresum

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

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

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

Collaboratrice externe
Adeline Vanoverbeke

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

Conception et mise en page
Inédit Publications SA

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

Photographies
Vanina Moreillon, Fotolia, DR

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

Le comité de la SVM rappelle que la présence d'un encart publicitaire dans le CMV n'engage pas la SVM.

Regard hors-frontières

Soins de qualité... ou Obamacare: le choix américain

La médecine américaine constitue une référence incontournable en matière d'innovation et de qualité. Le tissu philanthropique au cœur du progrès médical américain a permis pendant plus d'un siècle aux structures de formation, de recherche et de soins d'éclorre avec un minimum d'interférence étatique et d'offrir un niveau médical exemplaire. Des icônes emblématiques telles que la Mayo Clinic ou l'Hôpital John Hopkins sont nées de la générosité de philanthropes. En 2013, la philanthropie représentait 10% de l'économie américaine* et les États-Unis comptent aujourd'hui plus de 650 000 associations caritatives.

Les deux grandes victoires guerrières face aux héritiers de Bismarck n'ont pas empêché l'interventionnisme social bismarckien d'infiltrer le camp des vainqueurs et de prendre le pas sur la philanthropie en matière de santé.

Après le New Deal de Roosevelt et les Medicare et Medicaid de Johnson, Obama a porté plus loin l'intervention étatique: son modèle d'assurance maladie obligatoire (Obamacare) a mis sous tutelle une partie du système de santé américain, tout en créant une dynamique d'augmentation des coûts, de contraintes administratives et de rationnement masqué, bien connue en Suisse depuis la LAMal.

La France n'a pas le monopole des promesses électorales suivies de non-lieu. Le coup de tonnerre Trump annonçant l'abrogation immédiate de l'Obamacare a rapidement été neutralisé par une coalition démagogique peu disposée à lâcher l'emprise de l'Etat sur la santé. Dans un pays protégé par la statue de la Liberté, un arc-en-ciel se dessine néanmoins après la pluie. Sous l'impulsion de l'Association of American Physicians and Surgeons (AAPS), un nombre croissant de médecins tournent formellement le dos à l'Obamacare en rétablissant explicitement le contrat exclusif avec le patient: ce dernier retrouve ainsi sa place au centre d'une mission médicale affranchie de contraintes extérieures qui brident trop souvent les soins de qualité. ■



Dr ALPHONSE CRESPO
MEMBRE DU COMITÉ
DE RÉDACTION DU CMV

« Obama a porté
plus loin l'intervention
étatique. »



Retrouvez le **CMV**
sur votre iPad

* Guy Sorman, *Le Cœur américain. Eloge du don*, Paris, Fayard, 2013 - ISBN / 9782213670805



“ Ces régimes complets de prestations ont fortement fait augmenter les primes. ”

Les répercussions de l'Obamacare aux Etats-Unis

Une solution liberticide qui n'a rien solutionné

Comme l'a souligné le nouveau président des Etats-Unis, Donald Trump, la loi sur les soins abordables (Affordable Care Act), aussi appelée Obamacare, s'est révélée totalement désastreuse. Cette réforme a considérablement restreint le choix, réduit la concurrence, découragé l'innovation médicale et provoqué une hausse spectaculaire des coûts.

Dès le début, l'Obamacare était vouée à s'effondrer sous son propre poids. Voyant leur réforme aller droit à l'échec, les socialistes étaient prêts à proposer une médecine totalement étatisée pour permettre à la population de sortir du chaos qu'ils avaient eux-mêmes provoqué.

DES PROMESSES NON TENUES

Le président sortant, Barack Obama, avait promis que, grâce à sa réforme, les gens pourraient conserver le régime d'assurance maladie et les médecins qui leur convenaient, mais ces promesses ont vite été oubliées. Les organismes de prise en charge des soins (Accountable Care Organizations, ACOs) créés dans le cadre de l'Obamacare ont rapidement abouti à des réseaux de soins très restreints, excluant des médecins qui avaient suivi de nombreux patients pendant des années. Quant aux médecins enregistrés auprès des ACOs, ils se sont retrouvés à devoir principalement rendre des comptes à ces organismes, avec pour objectif de limiter les soins afin de réduire les coûts, au lieu de se préoccuper de ce qui était le mieux pour leurs patients.

De même, la promesse de l'ancien président Barack Obama selon laquelle sa nouvelle loi ferait considérablement baisser les primes d'assurance et les rendrait plus accessibles à chacun n'a pas non plus été honorée. L'Obamacare a plutôt eu l'effet inverse, en faisant fortement aug-

menter les primes d'assurance maladie, les franchises et les quotes-parts. Les franchises avaient été fixées à un montant si élevé que plus de 90% des assurés n'atteignaient jamais la leur durant l'année et se sont retrouvés à cotiser à un programme de redistribution de la richesse en faveur des patients malades.

DES CITOYENS CONTRAINTS DE SOUSCRIRE UNE ASSURANCE DONT ILS N'AVAIENT NI ENVIE NI BESOIN

L'Obamacare a principalement été financée par l'obligation individuelle de s'assurer et par celle des entreprises d'assurer leurs employés, sous peine d'amende. Les caisses maladie étaient uniquement autorisées à vendre des polices d'assurance approuvées par le gouvernement et bon nombre d'entre elles comprenaient des prestations très étendues, dont les jeunes en bonne santé n'avaient ni besoin ni envie. Ces régimes complets de prestations ont fortement fait augmenter les primes. Certaines personnes ont même été contraintes de souscrire une assurance comprenant des prestations allant à l'encontre de leurs croyances religieuses. Entre choisir de contracter des polices d'assurance bien trop chères ou se voir infliger une amende, de nombreux jeunes en bonne santé ont opté pour l'amende, qui était bien meilleur marché. Comme ces derniers ne souscrivaient pas d'assurance maladie, ce sont principalement des personnes malades nécessitant des

soins coûteux qui adhéraient aux régimes, ce qui a continué à faire flamber les primes. Cela a entraîné une spirale infernale où les compagnies d'assurance ont perdu des millions de dollars. Des assureurs ont été contraints de quitter le marché de l'Obamacare, limitant encore le choix des plans d'assurance. Même si l'Obamacare a subventionné le coût des primes pour les plus défavorisés, la classe moyenne s'est retrouvée à devoir financer les soins des autres, alors que ce n'était souvent pas dans ses moyens. L'Obamacare a représenté un vaste programme de redistribution de la richesse et la plus importante hausse fiscale dans l'histoire des Etats-Unis.

Pour les entreprises, engager davantage d'employés ou étendre leurs activités était devenu financièrement inintéressant. Elles étaient au contraire contraintes de réduire leurs effectifs tant les coûts de l'assurance maladie qu'elles devaient fournir à leurs employés pour se conformer à la loi étaient prohibitifs.

L'OBAMACARE A PÉNALISÉ LES PATIENTS

En dépit de subventions gouvernementales généreuses, les assureurs perdaient de l'argent à cause de patients ayant des besoins médicaux importants. Leur réaction a été soit de fournir une couverture de moindre qualité, soit de sortir tout simplement du marché. Des groupes de «prestataires» restreints ont été créés,

qui excluait souvent les meilleurs soins spécialisés. L'accès aux traitements coûteux est devenu limité. Des soins de moindre qualité, à moindre coût et rationnés sont devenus le modèle utilisé par les assureurs qui étaient restés sur le marché de la santé. Ceux qui cherchaient à fournir une couverture de meilleure qualité risquaient la faillite. L'Obamacare a de toute évidence causé du tort aux patients malades.

L'EXPANSION DE MEDICAID, LE PIÈGE DE LA DÉPENDANCE VIS-À-VIS DU GOUVERNEMENT

L'Obamacare a considérablement étendu Medicaid, le programme de soins subventionné par le gouvernement en faveur des plus démunis. Même si davantage de personnes avaient droit à Medicaid avec l'Obamacare, beaucoup d'entre elles étaient déjà éligibles avant la réforme, mais ne s'y étaient simplement pas inscrites. L'Obamacare a appâté les Etats pour qu'ils participent à l'expansion de Medicaid en promettant d'augmenter le financement fédéral à ceux qui s'y montreraient favorables.

Il était prévisible qu'avec davantage de bénéficiaires de Medicaid, il y aurait plus de personnes dépendantes de ce programme étatique d'aide sociale qui seraient incitées à préserver leurs prestations généreuses en votant en faveur de ceux qui rendaient tout cela possible, les socialistes démocrates. L'intégration de ce programme a maintenu les gens dans la pauvreté et toute tentative de retirer la large gamme de prestations «gratuites» a soulevé de vives protestations et s'est heurtée à des menaces de votes contre ceux qui proposaient de supprimer ces avantages. Mais rien n'est gratuit et le programme Medicaid s'est révélé totalement inefficace et terriblement coûteux. Certains Etats et régions risquent la faillite à cause de lui. Dans les comtés de l'Etat de New York, par exemple, le coût de Medicaid absorbe la majorité des taxes foncières.

Les politiciens socialistes, qui essaient de préserver l'Obamacare, ont décrié la «perte de la couverture santé» de mil-

lions d'Américains si l'Obamacare venait à être démantelée. Toutefois, ils ont omis de dire que, parmi les millions qui perdraient leur couverture, se trouvent de nombreux jeunes en bonne santé qui n'en avaient jamais voulu et qui avaient été obligés de souscrire des polices d'assurance dont ils n'avaient ni envie ni besoin. Parmi les millions qui perdraient prétendument toute possibilité d'avoir une couverture si l'Obamacare était abrogée, des millions ont demandé et obtenu une exemption à l'obligation individuelle d'affiliation et des millions ont payé l'amende, qui leur coûtait bien moins cher que de contracter une assurance hors de prix.

PROTÉGER LA RELATION SACRÉE ENTRE MÉDECIN ET PATIENT

Peu après la promulgation de l'Obamacare en 2010, l'Association des médecins et chirurgiens américains (AAPS) est intervenue pour protéger des patients et leurs médecins en engageant une action en justice contre l'Obamacare. L'AAPS est le porte-parole des médecins privés depuis 1943 et sa mission principale consiste à protéger la relation sacrée entre le médecin et ses patients. Elle a été la seule association médicale au niveau national à s'investir et se battre en faveur de la liberté en médecine et contre la tyrannie de l'Obamacare. Même si le procès n'a pas mis fin à cette réforme, il a permis d'établir clairement l'objectif de la liberté en médecine.

L'ASSURANCE CONSTITUE LE PROBLÈME ET NON LA SOLUTION

Il faudrait pouvoir distinguer couverture d'assurance et accès à des soins médicaux lorsque cela s'avère nécessaire. Malheureusement, de nombreuses personnes ont du mal à se défaire de l'idée erronée que, sans assurance, elles ne pourraient pas se faire soigner. Cependant, l'assurance qui sert à payer des petites dépenses médicales courantes n'a pas beaucoup de valeur. Les patients qui y recourent pour couvrir des frais de consultation médicale, de radiographies ou de tests en laboratoire finissent par

payer beaucoup plus cher ces prestations en insistant pour qu'elles soient prises en charge par l'assurance.

Les assurances n'ont pas été conçues pour couvrir chaque petite dépense en médecine. Le vrai but d'une assurance est d'éviter que des patients ne se retrouvent ruinés suite à des problèmes de santé imprévisibles et très graves. Si les jeunes en bonne santé pouvaient uniquement contracter une assurance maladie destinée à les protéger de problèmes de santé très sérieux, le prix de cette assurance serait bien plus abordable et toute cette catégorie de personnes opterait pour cette solution.

Que l'Etat fédéral oblige la population à souscrire une assurance maladie approuvée par le gouvernement n'est ni efficace ni rentable. Cette obligation n'est pas nécessaire. Le système du tiers payant (assurance privée et régimes gouvernementaux d'assurance maladie) est la raison pour laquelle le coût actuel des soins médicaux est si élevé. Une intervention plus accrue de l'Etat fédéral visant à renforcer ce système ne ferait qu'aggraver la situation.

LE PROJET DE REMPLACEMENT DE L'OBAMACARE

Même si, pendant le mandat du président Barack Obama, les législateurs républicains ont essayé d'abroger l'Obamacare une soixantaine de fois sans proposer d'alternative, bon nombre d'entre eux, alors qu'ils sont maintenant majoritaires au Congrès et ont un président républicain, ont perdu courage et cherché à remplacer l'épouvantable régime Obamacare par un plan qui a été qualifié d'«Obamacare Lite», soit une version allégée de l'Obamacare.

Le président Donald Trump a été élu avec le mandat de supprimer l'Obamacare. Malheureusement, au lieu d'abroger simplement la loi, il fallait «trouver une alternative» qui conservait justement certains défauts de l'Obamacare. Les subventions aux assureurs prévues par l'Obamacare pour les personnes les plus démunies auraient été remplacées par des crédits d'impôt, ce qui aurait représenté une sub-

“ Après l'échec du projet de loi qui devait l'abroger et la remplacer, l'Obamacare reste malheureusement en vigueur pour le moment. ”



vention gouvernementale, peu importe le nom qui lui aurait été donné. Cela aurait généré le même type d'aide sponsorisée par le gouvernement que celles créées par l'Obamacare. Une couverture d'assurance pour des conditions médicales préexistantes aurait été maintenue dans le projet de loi censé remplacer l'Obamacare, ce qui aurait permis aux personnes d'attendre de tomber malades avant de souscrire une assurance maladie.

Le 24 mars dernier, le projet d'abrogation et de remplacement de l'Obamacare a été enterré discrètement. Faute d'avoir obtenu l'appui nécessaire de l'aile conservatrice du Parti républicain, qui a refusé de soutenir les défauts socialistes du projet de loi, ce dernier a été retiré à la dernière minute, avant qu'un vote puisse avoir lieu à la Chambre des représentants.

SOCIALISME ET MÉDECINE LIBÉRALE

La question du socialisme par rapport aux marchés libres se trouve au cœur du débat sur l'Obamacare. Les socialistes qui soutiennent cette loi sont résolument convaincus qu'un Etat fédéral encore plus interventionniste constitue la meilleure solution pour offrir des soins médicaux à tous. Ils acceptent qu'il fasse de la microgestion en matière de soins, qu'il les rationne, afin de maîtriser les coûts. Ils ne sont aucunement dissuadés par le fait qu'historiquement, socialisme, économies planifiées et soins médicaux n'ont jamais fonctionné nulle part. Le socialisme donne inévitablement lieu à des pénuries, des rationnements et de la mauvaise qualité.

Un marché libre florissant en médecine permettrait de fournir des soins de meilleure qualité, des traitements plus innovants et de réduire les coûts pour tous. Avec les marchés libres, le choix est plus large. Les assureurs se livreraient concurrence et auraient par conséquent la liberté d'innover et de proposer des régimes répondant aux demandes de leurs clients à un prix abordable; il faudrait en outre que cette concurrence s'étende au-delà des frontières des Etats. Supprimer le système du tiers payant à partir du premier dollar versé pour des soins médicaux permettrait de réduire considérablement les coûts et les primes d'assurance maladie. Etendre les comptes épargne santé exonérés d'impôts garantirait la liberté de choix des patients et les inciterait à vouloir obtenir la meilleure qualité et le prix le plus compétitif.

Permettre aux personnes dépendantes de Medicaid d'échapper aux effets dégradants et démoralisants de la pauvreté permanente et de la dépendance au gouvernement leur redonnerait l'espoir et le courage d'améliorer leur vie et celle de leur famille. Exiger que tous les bénéficiaires valides de Medicaid travaillent permettrait de bâtir un avenir bien plus prometteur et prospère.

L'expansion d'une médecine libérale permettrait aux médecins de fournir plus aisément des soins médicaux gratuitement ou à moindre coût (*charity care*) aux personnes les plus démunies, ce qui est devenu financièrement difficile à cause du système actuel du tiers payant. Il est même arrivé que l'Etat fédéral menace de poursuivre certains médecins pour fraude s'ils supprimait régulièrement les quotes-parts et les franchises pour des patients inscrits à des programmes gouvernementaux de soins de santé.

CONCLUSION

Les pays les plus prospères sont ceux où règne le plus la liberté; il en va de même dans le monde de la médecine: la qualité et le libre choix des soins ainsi que l'innovation médicale sont plus élevés dans un environnement qui encourage la liberté. L'Obamacare a été liberticide en médecine. Après l'échec du projet de loi qui devait l'abroger et la remplacer, l'Obamacare reste malheureusement en vigueur pour le moment. L'establishment républicain, qui transige trop souvent avec les socialistes par opportunisme politique, doit entendre raison et comprendre qu'il est nécessaire de désengager l'Etat fédéral et adopter les principes de la liberté et de la responsabilité personnelle, sans quoi il n'y aura aucun espoir de parer aux effets dévastateurs de l'Obamacare. Indépendamment des mesures supplémentaires prises ou non par les républicains, cette loi imploiera d'elle-même au cours de ces prochaines années, laissant dans son sillage davantage de souffrance humaine et une grande dévastation financière. ■

Traduit de l'anglais, version originale sur www.svmed.ch/?p=13911

Dr LAWRENCE R. HUNTOON
M.D., PH.D., F.A.A.N.
RÉDACTEUR EN CHEF
DU JOURNAL DES MÉDECINS
ET CHIRURGIENS AMÉRICAINS
(Journal of American Physicians and Surgeons)



Un système gouvernemental d'assurance

La santé aux Etats-Unis

Les nouvelles sont bonnes, contre toute attente



A première vue, les nouvelles provenant des Etats-Unis concernant la santé renvoient une image plutôt sombre: des coûts et une insatisfaction qui ne font qu'augmenter, des réformes qui stagnent et, selon certains, une espérance de vie qui diminuerait même. Comme si tout cela ne suffisait pas, le président Donald Trump a publié un tweet, le 25 mars dernier, prédisant l'explosion imminente de l'Obamacare.

Malgré un état des lieux plutôt sombre, pour quelques médecins et patients, dont le nombre continue de croître, l'avenir paraît étonnamment prometteur. Un tout nouveau mouvement a en effet, fait son apparition, celui des «soins directs», constitué de médecins qui ont décidé de s'écarter du système gouvernemental d'assurance et d'offrir leurs services directement à leurs patients contre de simples honoraires transparents et abordables.

SOINS AMBULATOIRES À PRIX ACCESSIBLES

Pour le moment, ce mouvement se limite aux soins ambulatoires. Il est essentiellement composé de médecins de famille qui fournissent leurs services contre une cotisation mensuelle modeste, qui se

situe généralement entre 50 et 100 dollars. En échange, les patients bénéficient d'une relation personnelle avec un médecin qu'ils peuvent contacter directement (même la nuit et les week-ends) et avec lequel ils peuvent communiquer librement en utilisant toutes les formes modernes de télécommunication.

La plupart de ces médecins s'efforcent également de fournir à leurs patients des médicaments et des tests en laboratoire à un prix de gros. Les économies réalisées par les patients peuvent alors être importantes, atteignant parfois 90% de réduction par rapport au prix de détail.

CHIRURGIE EXTRA-HOSPITALIÈRE, UNE ALTERNATIVE VIABLE

La chirurgie ambulatoire représente un autre secteur croissant de ce marché: des chirurgiens et des anesthésistes proposent de réaliser toutes sortes d'opérations (allant de la simple amygdalectomie aux arthroplasties totales du genou) en échange d'une rémunération en espèces transparente et nettement inférieure à celle exigée par les hôpitaux traditionnels, représentant parfois un quart, voire un tiers du prix généralement demandé par les hôpitaux.

Ce nouveau mouvement permet à de nombreux patients de bénéficier de soins médicaux qu'ils ne pourraient autrement pas s'offrir ou auxquels ils ne pourraient même pas avoir accès. Il arrive par exemple que certains patients à faibles revenus bénéficiant d'une assurance subventionnée par le gouvernement ne parviennent pas à trouver un médecin affilié à cette assurance ou qu'ils doivent attendre des semaines avant d'obtenir un rendez-vous.

Quant aux médecins qui travaillent au sein du système gouvernemental d'assurance, la charge administrative et réglementaire est devenue si lourde au cours de ces dernières décennies qu'ils parviennent à peine à donner à leurs patients l'attention dont ils ont besoin.

CONTRÔLE DES COÛTS

Récemment, cette charge s'est encore alourdie avec l'obligation d'informatiser les dossiers médicaux par le biais de systèmes complexes à utiliser et de respecter des «mesures de qualité» potentiellement pénalisantes. Dans bien des cas, ces mesures de qualité sont des tentatives administratives à peine déguisées visant à contrôler les coûts, alors que des études récentes ont démontré leur inefficacité à améliorer la qualité ou les résultats. Ces contraintes viennent s'ajouter aux mesures de contrôle des prix, qui ont progressivement réduit les paiements versés aux médecins depuis le début des années 1990.

CONCLUSION

Pour faire face à ces contraintes, les médecins qui sont restés dans le système gouvernemental d'assurance ont dû fusionner leur cabinet avec des grands cabinets de groupe, voire vendre leur cabinet pour devenir employés de grandes organisations. Ces structures peuvent plus facilement se conformer à la réglementation, mais au prix de soins de santé de plus en plus impersonnels et fragmentés. Au sein du mouvement des soins directs, les intérêts des médecins sont alignés sur ceux de leurs patients. L'autonomie professionnelle et les revenus de ces médecins «entrepreneurs» qui décident de traiter directement leurs patients ne sont plus soumis aux caprices des bureaucrates et des administrateurs, mais sont entre les mains des patients qu'ils sont censés aider. Cela ne peut que promouvoir des soins médicaux avec une bonne gestion des coûts, dont l'objectif principal reste néanmoins d'offrir le meilleur service et une qualité optimale. Même si ce mouvement est encore minuscule par rapport au système traditionnel, sa croissance au cours des der-

nières années a été remarquable. En 2005, un sondage avait observé que seulement 143 médecins avaient rejoint le mouvement des soins directs. En 2014, ce nombre était déjà passé à 4400. Il reste encore à voir à quelle vitesse ce mouvement va croître et quand il attirera aussi des spécialistes et des hôpitaux. Pour le moment toutefois, le changement le plus prometteur qui se profile à l'horizon vient des patients et des médecins qui ont refusé de se soumettre au système gouvernemental d'assurance. ■

Références: www.johnlocke.org/research/direct-primary-care et <http://time.com/4649914/why-the-doctor-takes-only-cash>

Traduit de l'anglais, version originale sur www.svmed.ch/?p=13910

Dr MICHEL ACCAD MD
MÉDECINE INTERNE
ET CARDIOLOGIE

Auteur de *Moving Mountains. A Socratic Challenge to the Theory and Practice of Population Medicine*, Green Publishing House.



Check-up humour



Le modèle d'entreprise de la Mayo Clinic

Comment allier qualité des soins aux patients, durabilité entrepreneuriale et viabilité financière ?

Lorsqu'ils ouvrent leur consultation il y a plus de cent quarante ans à Rochester (Minnesota), le docteur William Mayo et ses deux fils médecins William et Charles donnent naissance au premier cabinet de groupe intégré à but non lucratif au monde.



Au cours des années, le cabinet de groupe ainsi créé se développe avec succès pour devenir la Mayo Clinic, un système de santé privé à but non lucratif, financièrement équilibré, leader mondial dans le domaine des soins, de la recherche et de la formation médicale.¹

LA RECETTE DU SUCCÈS

Le plat à l'origine du succès de la Mayo Clinic à travers les siècles est composé des cinq éléments suivants.

La priorité au patient

L'ingrédient principal du succès durable de la Mayo Clinic est une simple valeur fondamentale: la priorité au patient. Toute l'organisation, de la planification stratégique aux tactiques opérationnelles, est alignée sur ce cap.

Le partenariat et la coopération

En résonance avec la priorité au patient, «la médecine se doit d'être pratiquée comme une science coopérative» est la seconde valeur fondamentale de la Mayo Clinic. La première valeur définit le «quoi» et la deuxième le «comment».

La Mayo Clinic est une organisation dirigée par des médecins qui repose sur une très forte culture de consensus, se traduisant par l'existence de plus de 80 comités. En pratique, il existe un comité permettant d'obtenir un consensus pour chaque question managériale importante avant qu'une décision ne soit prise.

La recherche de la performance et de l'excellence

La Mayo Clinic offre au patient un service de soins intégrés, coordonnés et soutenus par une technologie performante permettant de prendre en charge ses problèmes de santé de manière efficiente et condensée dans le temps. Le fait que la Mayo Clinic ait été pionnière dans la transposition d'approches de type «Lean» (diminution du gaspillage) et «Six Sigma» (diminution de la variabilité) de l'industrie au domaine de la santé en est une bonne illustration.

Par ailleurs, la Mayo Clinic considère que posséder des compétences techniques irréprochables n'est pas suffisant pour établir une réputation d'excellence. La Mayo Clinic juge que tout ce qu'un patient peut voir, sentir, goûter ou même entendre peut constituer un indice de qualité et que si chaque expérience génère des sensations et des sentiments, cela ne veut pas dire que l'expérience sera bonne. En conséquence, la Mayo Clinic cherche

constamment à «orchestrer» les indices de qualité et les aspects humains d'une prise en charge, afin que cette dernière soit perçue de manière aussi positive que possible.

Le recrutement de talents pour le présent et le futur

Pour aboutir à un modèle de soins parfaitement aligné et intégré, la Mayo Clinic identifie de manière soigneuse les valeurs humaines de ses futurs employés, afin que celles-ci soient en phase avec celles de l'organisation.

La promotion et la protection de la marque

Enfin, la Mayo Clinic est bien consciente que c'est parce qu'ils reçoivent des soins dont ils parlent spontanément de manière positive que les patients et leurs proches deviennent les meilleurs défenseurs et promoteurs de la Mayo Clinic. C'est, à ses yeux, ce qui constitue la vraie valeur de l'organisation.

L'ÉVIDENCE DU MODÈLE

De multiples composantes du modèle Mayo Clinic ont été validées scientifiquement. Saviez-vous, par exemple, que plusieurs travaux ont démontré qu'il existe une forte corrélation entre le niveau de qualité, la sécurité des patients, la diminution des coûts ainsi que de la productivité d'un hôpital et la présence d'un directeur général médecin à sa tête? Ou que l'application de concepts éprouvés dans l'industrie tels que le «Lean» et «Six Sigma» au domaine de la santé diminue la mortalité, le taux de réadmissions hospitalières, le nombre d'erreurs médicales et d'infections nosocomiales, tout en permettant l'octroi de soins plus rapides et d'importantes économies? Ou encore qu'une politique entrepreneuriale alignant véritablement les valeurs d'une organisation avec celles de son personnel génère des avantages en termes de performance, de motivation et de satisfaction des employés?

LA MAYO CLINIC, UN MODÈLE APPLICABLE AILLEURS?

La Mayo Clinic n'est pas seulement l'un des meilleurs systèmes hospitaliers américains, c'est aussi une organisation qui commence à inspirer beaucoup de prestataires de soins et de systèmes de santé à travers le monde.

Une telle approche serait-elle possible en Suisse? L'auteur du présent article a fait partie d'un groupe d'étudiants de l'Executive MBA de la Faculté des HEC de l'UNIL qui s'est intéressé de près à cette question. Outre l'analyse du modèle, les auteurs ont étudié le fait de savoir, par le biais d'un sondage et de plusieurs entretiens directs, si le modèle Mayo était susceptible de répondre à un besoin en Suisse. Le résultat de leur analyse démontre que les facteurs clés du succès de la Mayo Clinic répondraient à 80-90% des attentes des patients et des soignants, alors qu'actuellement, au sein d'un échantillon représentatif d'hôpitaux suisses, ces facteurs sont présents à hauteur de 50-60%.

Les médecins helvétiques interrogés ayant travaillé à la Mayo Clinic étaient unanimes quant à la valeur de ce modèle dans la vie réelle. Lors de leurs discussions avec les dirigeants hospitaliers et membres de conseils d'administration d'institutions



Les statues William et Charles Mayo, devant le Gonda Building, un des établissements du groupe Mayo Clinic, à Rochester, dans le Minnesota.

suisses, les étudiants ont cependant constaté qu'il existait de nombreux conflits d'intérêts rendant actuellement l'implantation du modèle Mayo Clinic en Suisse pour le moins difficile..

CONCLUSIONS

L'étude du modèle Mayo Clinic ne démontre pas seulement qu'il est possible de résoudre brillamment la problématique complexe visant à obtenir des soins de qualité à la satisfaction des patients et des soignants de manière économiquement viable et durable. Il illustre à quel point l'alignement de toute organisation est crucial si elle désire atteindre ses objectifs. Il décrit à quel point la cohérence entre les valeurs fondamentales de toute organisation et celles de ceux qui la composent permet de dépasser les attentes. Et il rappelle aussi que les contraintes étatiques ou politiques et les conflits d'intérêts des différents acteurs qui en résultent peuvent empêcher la mise en œuvre de solutions pérennes dans le domaine de la santé. ■

Références à disposition chez l'auteur.

Dr LAURENT SERAVALLI MBA
SPÉCIALISTE EN MÉDECINE INTERNE
ET MÉDECINE INTENSIVE





Radiologie interventionnelle : une alternative à la chirurgie

Le Dr Pierre Bize est un spécialiste reconnu en radiologie interventionnelle oncologique à la Clinique de Genolier, une discipline fascinante qui touche en particulier l'oncologie, la chirurgie et l'urologie. Interview.

Comment s'est faite la reconnaissance de la radiologie interventionnelle (RI) auprès du monde médical ?

Cette discipline comporte l'avantage de réaliser des interventions minimalement invasives, guidées par l'imagerie. Depuis 10-15 ans, elle a prouvé qu'elle représentait une alternative valable – mais non systématique – aux techniques chirurgicales. Je la valorise auprès des chirurgiens, oncologues, orthopédistes, etc., des spécialistes qui ont grand besoin de nos solutions. La plupart l'ignorent encore, car nous ne sommes pas assez nombreux. Heureusement, nous nous faisons connaître par l'efficacité de nos traitements et par notre complémentarité.

Votre parcours ?

J'ai pratiqué la chirurgie pendant huit ans avant de me tourner vers la radiologie interventionnelle. Désireux de réaliser une chirurgie mini-invasive, je me suis intéressé à l'activité des radiologues et entrepris une formation de radiologie afin de proposer des interventions impossibles à pratiquer en tant que chirurgien.

Les limites de la RI ?

Elles sont liées à la technologie qui nous permet d'être très performants sur des tumeurs de 3 cm. Entre 3 et 5 cm, nous sommes assez bons, et au-delà de 5 cm, sauf exception, nous n'intervenons pas pour l'instant, sauf à but palliatif.

Les travaux qui vous ont rendu le plus visible ?

Nombre d'articles scientifiques ont démontré l'efficacité de nos interventions, en particulier dans le domaine de la traumatologie. Quelques exemples : la RI permet d'arrêter les saignements des blessés en colmatant les vaisseaux de l'intérieur et avec moins de complications.

Elle traite les hémorragies, un élément précieux en chirurgie postopératoire. Nul besoin d'opérer à nouveau le patient pour stopper le saignement. La RI s'utilise en outre dans les pathologies biliaires, les calculs ou les obstructions des voies biliaires, dans lesquelles on s'immisce pour les désobstruer. On peut ainsi casser les calculs et les éjecter sans opération. Il convient aussi d'évoquer les pathologies ostéoarticulaires, les tumeurs osseuses, ou en cas de tumeurs du bassin difficiles à traiter par les chirurgiens.

Votre domaine de prédilection ?

Les ablations tumorales. Nous employons des techniques percutanées qui les atteignent avec des sondes – scanners, IRM, ultrasons – pour les détruire. D'autres sondes congèlent les tissus à -80 °, avec une efficacité, dans les cas bien choisis, équivalente à la chirurgie. Autre technique très prometteuse : injecter dans les tumeurs des virus modifiés qui vont s'attaquer exclusivement aux cellules tumorales. La RI offre aussi parfois des guérisons complètes pour des tumeurs jugées jusqu'ici incurables grâce à la radio-embolisation. Celle-ci détruit la tumeur et se trouve très bien tolérée par le patient. A souligner que l'intervention demande la participation d'un radiologue interventionnel, un médecin nucléaire et des physiciens nucléaires. Je suis très heureux de pouvoir offrir ce traitement au sein du groupe Swiss Medical Network, car il fonctionne très bien pour des malades qui n'ont plus aucune alternative.

PD Dr Pierre Bize
FMH Radiologie, European Board of Interventional Radiology EBIR,
Ancien médecin adjoint CHUV

Clinique de Genolier
Institut d'imagerie médicale
Route du Muids 3 - Case Postale 100
CH-1272 Genolier
Tél. : +41 22 366 92 51 - Fax : +41 22 366 94 82
pbize@genolier.net - www.genolier.net

Interaction Privé-Public

Synergie, complémentarité et antagonisme des services de santé publics et privés

Le paysage de la santé vaudois est occupé par les hôpitaux publics, les hôpitaux privés d'intérêt public et les cliniques privées, dont certaines ont un mandat partiel de l'Etat.

Association vaudoise des cliniques privées regroupe sept cliniques médico-chirurgicales, trois cliniques médicales et/ou de réadaptation et une clinique psychiatrique. Cela représente un potentiel de 804 lits, dont 530 hors réadaptation. En termes d'activité, selon la statistique du Département des finances et des relations extérieures, il y a eu en 2015, tous établissements médicaux confondus, 1 176 251 journées d'hospitalisation. Les cliniques ont comptabilisé 48 257 journées pour des patients avec assurance de base uniquement et 156 327 pour ceux bénéficiant d'une assurance complémentaire d'hospitalisation. Cela représente 17,4% de la prise en charge globale du canton. Les cliniques privées sont donc un acteur incontournable de la santé dans le canton de Vaud.

SITUATION ACTUELLE DES CLINIQUES

Depuis 2012, certaines cliniques vaudoises ont demandé (et reçu) un mandat partiel de l'Etat. Pour les patients inclus dans ce mandat, l'Etat paie sa part de 55% du DRG (comme dans les hôpitaux publics), les autres 45% étant assumés par l'assurance de base. Il a été convenu que, dans ce mandat de prestations, au moins 65% des patients ne devaient pas être au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation. Actuellement, dans le cadre du mandat de presta-

tions, nous avons environ 100% de patients avec assurance de base uniquement. L'Etat ne paie donc, en règle générale, sa part du DRG pour aucun patient hospitalisé en clinique au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation. Cet état de fait crée une distorsion de concurrence, puisque, lors de l'hospitalisation des mêmes patients en milieu public, l'Etat paie sa part du DRG et le montant à charge de l'assurance complémentaire d'hospitalisation est donc moindre. Ceci a débouché sur la création par les assureurs de nouveaux produits, moins chers, ne couvrant les hospitalisations en privé ou semi-privé que dans les hôpitaux publics!

LE RÔLE DE L'AMBULATOIRE HOSPITALIER

Pour l'ambulatoire hospitalier, les cliniques jouent également un grand rôle. Comme pour le secteur public, nous avons assisté à une nette augmentation du nombre de patients pris en charge de cette façon. En 2012, 27 162 patients avaient été pris en charge en ambulatoire et ce chiffre a augmenté à 31 203 en 2015. Tous les patients pris en charge de cette manière (tant dans les hôpitaux publics que dans les cliniques) contribuent à l'augmentation des coûts à charge de l'assurance de base. En effet, dans ce cadre, toute la charge du coût incombe à l'assurance de base, alors qu'en cas d'hospitalisation, 55% sont assumés par l'Etat. Pas étonnant donc que des listes contraignantes d'opérations à réaliser en ambulatoire uniquement soient établies par les cantons et l'OFSP. Ces mêmes acteurs réaliseront des économies, mais déploreront de manière paradoxale l'augmentation de la charge aux assurances de base l'année suivante!



“ L'idée d'une étatisation globale de la médecine conduirait à une catastrophe. ”

L'interaction privé-public est incontournable et l'existence de la médecine dans notre canton ne peut s'imaginer sans une médecine libérale dont les noyaux sont les médecins indépendants et les cliniques privées. L'idée d'une étatisation globale de la médecine conduirait à une catastrophe en termes de prise en charge des patients et en termes financiers. ■

Dr CHRISTIAN GYGI
PRÉSIDENT DU GROUPEMENT
DES MÉDECINS TRAVAILLANT
EN CLINIQUES PRIVÉES



Témoignage

Un Suisse chez l'Oncle Sam avant Obama

Ma première expérience avec les Etats-Unis s'est effectuée dans le cadre d'un programme d'échange comme gymnaste, où j'ai vécu dans une famille du Midwest américain, plus précisément en Iowa, de 1980 à 1981.

J'ai suivi les cours de dernière année de l'école obligatoire et obtenu mon certificat de fin d'études à la Cascade High School. J'ai eu la chance de bénéficier par la suite d'une bourse de perfectionnement et y suis retourné de juillet 1996 à juin 1997 pour suivre les cours de l'école de santé publique de Harvard, à Boston, sur la côte Est, et obtenir un master en santé publique.

Traditionnellement, le système de santé américain est considéré comme à la pointe au niveau technologique, mais inéquitable et très coûteux.

SYSTÈME DE SANTÉ AVANT L'OBAMACARE

Les personnes sans revenus, avec des revenus minimes ou âgés de plus de 65 ans bénéficiaient d'un accès au système de santé. Les employés étaient également assurés pour les problèmes de santé et d'accident via leur employeur. Par contre, les indépendants et les personnes sans emploi n'étaient pas obligées de s'assurer, ce qui laissait une frange importante de la population sans couverture d'assurance à un moment ou à un autre de leur vie. Les anciens combattants bénéficiaient également d'un accès aux

soins, au travers du système des «veterans affairs hospitals». En cas d'urgence vitale, les soins étaient assurés par les hôpitaux publics, assurance ou pas. En revanche, le dépistage et le suivi des maladies chroniques et les interventions chirurgicales électives n'étaient possibles que si les patients sans assurance pouvaient payer eux-mêmes ces services. Ce système mettait en situation de précarité médicale des millions de citoyens américains.

UN SYSTÈME RESPONSABILISANT CHACUN

Le plus frappant pour moi a été que ce système «inéquitable» était finalement assez bien accepté par les citoyens américains, en particulier par la classe moyenne. L'argument étant que la santé est une responsabilité individuelle dont l'Etat n'a pas à se mêler. Cela s'inscrit probablement dans la vision du rêve américain: l'Etat met en place un cadre qui permet à chacun de réaliser son rêve, mais ne garantit en aucun cas la réussite de celui-ci... Liberté d'expression ou liberté du port d'arme en sont des exemples, avec les limites que l'on connaît.

Cette vision est totalement opposée à notre vision européenne «sociale» de la



“ Libre donc à chacun
d'assumer ses choix
et d'en subir
les conséquences... ”

santé, où l'on considère que l'Etat doit se porter garant de la santé de ses citoyens, en leur assurant un accès équitable aux soins de base.

Concernant les assurances, le marché n'est pas aussi régulé que notre LAMal et les couvertures proposées peuvent être soit très généreuses (prise en charge des anciens militaires, plan de santé de certaines entreprises), soit très restrictives (par exemple, budget maximum lors d'une hospitalisation, limitation des interventions remboursées, etc.). Mon impression était un peu celle d'une «jungle» où l'assuré peine à s'y retrouver, en tout cas pour un Européen habitué à un système de santé «équitable et accessible pour tous», garanti par l'Etat.

LES LIMITES DE LA RESPONSABILITÉ DE L'ÉTAT

Le rêve américain semble être à ce prix, en plaçant les libertés individuelles bien au-dessus des responsabilités communautaires que la société peut avoir vis-à-vis de ses citoyens. L'Etat ne peut garantir le maintien de l'état de santé de ses citoyens; c'est une responsabilité individuelle. Libre donc à chacun d'assumer ses choix et d'en subir les conséquences.

L'OBJECTIF DE L'OBAMACARE

L'Obamacare est une réforme qui vise à combler ce manque de couverture d'assu-

rance pour la frange de la population n'est pas assez pauvre pour bénéficier de l'aide sociale, mais pas assez fortunée pour bénéficier d'une assurance santé, en garantissant un accès universel aux soins.

Face à ce que je considérais comme une véritable révolution, il était choquant pour moi d'entendre les détracteurs de ce projet traiter ses initiateurs de «communistes», en raison de l'interventionnisme de l'Etat dans cette réforme. Mais cela fait partie de l'ADN américain: «laisser faire le marché». La société américaine repose sur le libéralisme et l'économie de marché fondée sur l'offre et la demande. C'est une façon très efficace de distribuer des biens de consommation et l'application de ce principe à la santé est prônée par certains économistes, qui reconnaissent que ce système génère des inégalités.

UN AVENIR PLUS SOCIAL?

Il semblerait que de nombreux détracteurs se soient finalement assouplis au contact de l'Obamacare, ayant finalement perçu les bénéfices de cette assurance «pour tous», sans pour autant tomber dans les travers d'un système «communiste». L'idéal du cowboy solitaire dégainant plus vite que son ombre et capable de prendre soin de lui-même quoi qu'il arrive semble évoluer vers une vision plus sociale et communautaire de la santé. Cette évolution me ravit, car notre vision de ce pays ne doit pas se limiter à quelques images caricaturales que l'on peut avoir en suivant la vie politique américaine, car les Etats-Unis comptent de nombreux citoyens humanistes et concernés par le bien-être de leur prochain. ■



Dr PATRICK BOVIER
MEMBRE DU COMITÉ DE LA SVM



SECRÉTARIAT TÉLÉPHONIQUE

Vos correspondants ne font aucune différence nous répondons en votre nom ou votre raison sociale.



«VOUS DICTEZ... NOUS RÉDIGEONS»

Medes met à votre disposition des secrétaires médicales expérimentées pour transposer noir sur blanc vos rapports, protocoles opératoires, expertises, et autres...

NOS PRESTATIONS

- > SERVICE SUR DEMANDE : UN JOUR, UNE SEMAINE, UN MOIS
- > GESTION DE VOTRE AGENDA EN TEMPS RÉEL
- > FACILITÉ D'UTILISATION
- > RETRANSMISSION DES MESSAGES
- > PRISE DE RENDEZ-VOUS PAR INTERNET
- > RAPPEL DES RENDEZ-VOUS PAR SMS
- > TRANSFERT D'APPEL URGENT
- > COMPATIBILITÉ AVEC VOTRE PROPRE LOGICIEL D'AGENDA



MEDES SÀRL
Route de Jussy 29 > 1226 Thônex
T. 022 544 00 00 > F. 022 544 00 01
info@medes.ch

WWW.MEDES.CH

deco senso

*Un environnement harmonieux
rend l'attente agréable...*



DecoSenso aménage votre salle d'attente en offrant légèreté et détente des sens à vos patients

www.decosenso.ch



sen'su
AGORA INTÉGRATIVE

BIEN PLUS QU'UNE PHARMACIE

**VOTRE PARTENAIRE DANS
LE PROCESSUS DE GUÉRISON
OU DE PRÉVENTION DE
VOS PATIENTS.**

Pharmacie traditionnelle et spécialiste des médecines intégratives, Sen'Su offre également des prestations liées à la pharmacie clinique.

Des outils performants comme des tests relatifs à la nutriginomique, aux analyses biologiques, sont utilisés au quotidien en concertation avec le corps médical. Pour compléter notre offre de services, notre laboratoire SISLAB vous propose son expertise dans la fabrication de remèdes et élabore pour vous des préparations extemporanées sur mesure, en particulier dans le cadre de la phytothérapie médicale, la micronutrition, la pharmacopée chinoise, l'homéopathie et la gemmothérapie.

Sen'Su SA

Rue St-Pierre 4
CH-1003 Lausanne

T +41 21 331 29 00

F +41 21 331 29 01

info@sensu.ch

www.sensu.ch

Sen'Su Vôte

Ce qu'en pense...



CATHERINE LABOUCHÈRE
PRÉSIDENTE DE LA FHV

L'hôpital est-il un lieu de turbulences?

Le monde hospitalier peut-il être calme? La question se pose, à la lumière d'événements récents dans le canton. Equipements lourds, règlement des médecins-chefs, contrats de prestations, CCT des médecins assistants, négociations tarifaires, etc. suscitent bon nombre de discussions, quand ce ne sont pas des tensions.

LA RÉALITÉ DU TERRAIN

Regardons d'un peu plus près ce qui se passe sur le terrain. Pour la population au bénéfice de l'assurance de base, outre un hôpital public, le CHUV, le canton compte, sous l'égide de la FHV, deux hôpitaux autonomes de droit public (l'Hôpital Riviera-Chablais et l'Hôpital intercantonal de la Broye) et dix hôpitaux privés d'intérêt public avec, chacun, des missions spécifiques. Il faut y ajouter les cliniques privées avec des lits listés LAMal. Toutes ces entités contribuent à offrir des soins de qualité et accessibles à tous. Pour l'hôpital public-CHUV, l'Etat finance et organise tous les aspects de la vie hospitalière. Pour les autres, il subventionne des prestations de santé dans le cadre des missions qui leur sont dévolues. Cette cohabitation implique des règles qui sont contrôlées par l'Etat subventionneur. Ce n'est pas le principe qui fait réagir, mais la nature et l'étendue du contrôle subséquent.

OÙ SE SITUENT LES LIMITES?

Le corps médical est, par essence, indépendant. Il voit les contraintes comme de la défiance, alors que l'Etat juge que les éléments de contrôle sont indispensables et légitimes pour la bonne marche de l'institution. Dans les faits, c'est la question des limites qui crée le trouble. Comment se sortir de cette

impasse? Les médecins-chefs ont choisi la voie judiciaire; elle est en cours. Au-delà des résultats qui déboucheront de cette démarche, l'important est de dépasser les clivages et de voir ce que des statuts différents peuvent s'apporter mutuellement comme valeur ajoutée.

COMPLÉMENTARITÉ DES OFFRES PRIVÉE ET PUBLIQUE

Le service public hospitalier doit être fort, personne ne le nie. Les médecines hautement spécialisée et universitaire requièrent des investissements publics importants, ainsi qu'une prise en compte de leurs coûts de fonctionnement au moyen d'argent public. Mais le statut privé d'intérêt public des hôpitaux FHV permet aussi d'assurer des soins diversifiés pour tous dans le cadre des missions qui leur ont été confiées. Des dons et investissements privés leur donnent une certaine autonomie et une capacité d'innover. Cela signifie comme corollaire une part de liberté d'organisation. Les deux approches publique et privée sont complémentaires. Le point de frottement se situe dans la vision du degré d'intervention de l'Etat. Il n'est donc pas étonnant que tout cette machine complexe se grippe parfois. La question des coûts est évidemment centrale, car elle exacerbe les volontés de concurrence et de performance vs celles de régulation et de contrôle. La solution ne pourra venir que du dialogue et du partenariat subséquent. Sachant qu'à l'hôpital la gestion compte aussi un degré émotionnel, les soubresauts sont inévitables. Ce qui est plus que souhaitable, c'est qu'ils ne conduisent pas à un affrontement durable entre l'Etat et ses partenaires hospitaliers. C'est la tâche des responsables de s'y atteler quotidiennement. ■

Conférence des présidents

Deuxième séance de l'année, le 23 mars 2017

Le projet de régionalisation préoccupe l'ensemble de la profession et suscite de nombreux commentaires et questionnements.

Le président, Dr Eggimann, accueille les présidents de spécialités et de groupements régionaux et aborde d'emblée le sujet principal du jour. Le sondage effectué début mars résume clairement les inquiétudes des médecins face à ce projet. Si, dans l'ensemble, le projet en soi est louable, à savoir décharger les hôpitaux en créant des centres par région, la gouvernance induite par ce projet est clairement rejetée. Beaucoup

de questions se posent: le rôle du médecin dans cette organisation, à qui incombe la responsabilité, les coûts générés par tous les intervenants indispensables à la concrétisation du projet et la perte de liberté des patients.

REPLACEMENT AU CABINET

Le Dr de Vevey avait proposé de demander aux médecins fraîchement retraités de se tenir à disposition pour des remplacements de confrères. Si le projet séduit, il nécessite néanmoins la définition d'un modèle. Le concept est intéressant pour autant que le médecin retraité se maintienne «à la page», tant au niveau de la formation continue que de l'informatique ou de son droit de pratique. Et

pourquoi ne pas proposer de jeunes médecins qui ne sont pas encore installés ou n'ont pas encore de contrat? Plusieurs spécialités manifestent leur intérêt.

INITIATIVE POGGIA-MAILLARD

La SVM prévoit de consulter ses membres sur ce projet, une fois les textes définitifs connus.

MARS

La SVM confirme qu'il n'y aura pas de sanction pour les données 2015 demandées par l'Office fédéral de la statistique et que celles transmises par les médecins participant ne seront en aucun cas transmises à l'OFSP. ■

MCA

Législature 2017

Liste des nouveaux membres

AAZAM-ZANGANEH

Farhad Stéphane
ophtalmologie

AELLEN Steve

chirurgie

ANVARI TEHRANI MASOERO Ariane

médecin praticien

ATTOU Abdelaziz

psychiatrie et psychothérapie

BERNEY Sylvie

psychiatrie et psychothérapie

BLANQUET Sophie

psychiatrie et psychothérapie

BONJOUR-THEURILLAT Floriane

médecin praticien

BRODARD Jeremy

neurochirurgie

BUCHEGGER Thomas

chirurgie orthopédique

et traumatologie de l'appareil

locomoteur

CASTILLO CRUZ Veronica

médecin praticien

CELHAIGUIBEL Matthieu

médecin praticien

CHEVAUX Fabienne

médecine interne générale

CHOUDJA OUABO Eric

chirurgie orthopédique

et traumatologie de l'appareil

locomoteur

CORDEY Nathalie

psychiatrie et psychothérapie
d'enfants et d'adolescents

DE CUPIS Sarah

anesthésiologie, médecine intensive

DERIAZ Nicolas

médecin praticien

DUROVRAJ Jean-Daniel

anesthésiologie, médecine intensive

ESSELEM ASSOUA Bertrand

chirurgie plastique, reconstructive

et esthétique

FAVARO Alexandra

pédiatrie

FOURNIER Pierre

chirurgie

GAGNEPAIN Carole

médecin praticien

GIANINAZZI Francesco

médecine interne générale

GIVRY André

médecin praticien

GONZALEZ MEDEROS Eduardo

psychiatrie et psychothérapie

GRAFTIEAUX Maximilien

médecin praticien

GUERID Samia

chirurgie plastique, reconstructive

et esthétique

HESSLER Roxane

gastroentérologie, médecine

interne générale

HIRSCH Jasmin

radiologie

JOFRESA Angel

médecin praticien

KELLER Roane

médecine interne générale

KELLER Damien

pneumologie, médecine interne

générale

KLEIBER Rachel

anesthésiologie

LEDNEVA FERNANDES Elena

gynécologie et obstétrique

LORRANG Alexandra

médecin praticien

MENÉTREY André

neurologie

NEGULESCU Raluca Anca

gynécologie et obstétrique

NEWZELLA Peter

dermatologie et vénéréologie,

médecine interne générale

OULION-BONNET Elodie

médecin praticien

PALIARD Bruno

médecin praticien

PAPANASTASIOU Eirini

dermatologie et vénéréologie,

médecine interne générale

PASCHE Séphora

médecine interne générale

REICHENBACH Steven

psychiatrie et psychothérapie

RENELLA Raffaele

pédiatrie

ROJAS URREGO Luis Alejandro

psychiatrie et psychothérapie

d'enfants et d'adolescents

ROULEAU Caroline

pathologie

SAILLEN Elodie

médecine interne générale

SARTORETTI Pascal

pathologie, psychiatrie

et psychothérapie

SCHMIDLIN Martina

médecine interne générale

SCHWARTZ Matthias

médecine interne générale

SEEMATTER Gérald

anesthésiologie, médecine intensive

SPINETTI Giuseppe

psychiatrie et psychothérapie

SUGASI Sita

chirurgie

UWIMANA Christine

psychiatrie et psychothérapie

WAVRE Anne

pédiatrie

Enjeux pour la SVM

Reflets de l'Assemblée des délégués du 24 mars 2017

Première assemblée de l'année, une forte présence de délégués et des dossiers importants à traiter.

A l'exception d'un dossier de candidature, tous les nouveaux membres ont été acceptés et la bienvenue leur a été souhaitée.

Le président de la SVM évoque les dernières attaques contre la médecine. En outre, beaucoup de dossiers impliquent l'activité des médecins et représentent une surcharge administrative, voire des craintes non négligeables.

Le projet MARS revient régulièrement à l'ordre du jour. Sur ce point, le Dr Eggmann a rappelé qu'au vu des réactions de la SVM et d'autres milieux médicaux, aucune sanction ne serait retenue contre les médecins ne remplissant pas les données 2015 et qu'en aucun cas l'OFSP n'aurait accès à ces informations tant que la situation juridique ne serait pas clarifiée.

Le règlement du Conseil d'Etat sur l'organisation médicale des hôpitaux reconnus d'intérêt public et sur la rémunération de leurs médecins cadres est en attente d'une décision de la Cour constitutionnelle.

Des discussions ont lieu avec le SAN en vue de mettre en œuvre les nouvelles ordonnances fédérales dans le respect du secret et de la déontologie médicale.

La question de l'application de l'ODim (ordonnance sur les dispositifs médicaux) et des normes architecturales pour les cabinets médicaux doit être reprise avec les services concernés.

Sur le plan fédéral, le conseiller fédéral M. Alain Berset entend tailler dans la structure tarifaire Tarmed pour économiser 700 millions de francs. La SVM proposera une procédure de consultation auprès des différents groupements.

MENACES DIVERSES

Outre les révisions de la structure tarifaire et les menaces sur la valeur du point, d'autres menaces visent la pratique médicale en privé.

INITIATIVE PERMETTANT AUX CANTONS DE FIXER ET ENCAISSER LES PRIMES

La SVM propose d'attendre les textes définitifs avant de les mettre en consultation.

ÉLECTIONS STATUTAIRES

Comité de la SVM: élection d'un remplaçant au Prof. Jacques Cornuz, démissionnaire. Le Prof. Olivier Lamy est très largement élu.

Comité de la SVM: élection d'un membre supplémentaire. La Dre Séverine Oppliger-Pasquali est très largement élue.

Commission de déontologie de la FMH: élection d'un remplaçant au Dr Pierre-Yves Chamot. Le poste reste à pourvoir pour l'instant.

Vérificateurs des comptes: remplacement du Dr Jean-Philippe Grob. Le Dr Vuillemin est très largement élu.

VALEUR DU POINT TARMED

M. Pierre-André Repond explique la situation et fait un bref historique du point Tarmed. Après discussion avec l'ensemble des délégués, une votation a lieu. Les deux offres de TarifSuisse et HSK étant refusées, le tarif-cadre est maintenu. Bien qu'il soit prévu une fourchette de 95-97 ct., l'AD préconise le maintien du statu quo à CHF 0,96. Les négociations doivent être reprises pour parvenir à un accord pour le 1^{er} janvier 2018.

RÈGLEMENT DE LA CD-SVM

Le président de la Commission de déontologie, Dr Pierre Kohler, propose de

faire parvenir l'actuel règlement CD-SVM ainsi que le nouveau règlement aux délégués avec les documents habituels, afin que ces derniers puissent les consulter et voter en toute connaissance la proposition de la CD lors de la prochaine assemblée de juin 2017.

La prochaine Assemblée des délégués se tiendra le 22 juin. ■

MCA



Exclusions

Communication de la CD

La Commission de déontologie porte à la connaissance des membres de la SVM qu'elle a procédé, en date du 7 mars 2017, à l'exclusion de la Société Vaudoise de Médecine des Drs Jean-Philippe GUINARD, pour actes contraires à la déontologie, et Jean-Balthazar LUNGUNA, pour non-paiement de ses cotisations, et ce, malgré tous les rappels d'usage. ■



Politique sanitaire cantonale

Vaud Cliniques communique

Alors que les Vaudois sont appelés à renouveler leurs autorités, Pierre-Frédéric Guex, président de Vaud Cliniques, dénonce une législature écoulée qui contient les germes d'une détérioration de la qualité de notre système de santé – pourtant reconnu comme l'un des meilleurs au monde – et exprime les attentes de son association pour inverser la tendance d'ici à 2022.

Les cliniques privées sont des prestataires essentiels de notre paysage sanitaire. Le législateur a inscrit dans la LAMal en 2012 le principe fondamental du libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier au profit du patient. Nous défendons ce principe libéral, car nous sommes convaincus qu'il participe d'une saine concurrence entre les établissements hospitaliers et que, bien appliqué, il peut avoir un impact positif sur les coûts de la santé aussi bien que sur la qualité des soins. Les onze cliniques membres de notre association comptent plus de 2700 collaborateurs, 1000 médecins agréés et ont traité en 2015 plus de 280 000 cas stationnaires et ambulatoires. Elles constituent par conséquent une offre complémentaire indispensable et incontournable au dispositif public, en particulier dans le domaine ambulatoire financé par la seule assurance de base. Cette offre est d'ailleurs inscrite dans la planification sanitaire cantonale.

ÉTATISATION DANGEREUSE DE LA SANTÉ

Quels enseignements tirer de la législature écoulée pour la médecine libérale? Obnubilées par une vision étatiste de la

santé, nos autorités ont privilégié des voies qui conduisent à une limitation de cette pratique. En adoptant comme un seul homme le décret restreignant l'acquisition d'équipements médico-techniques lourds et de pointe, elles ne vont pas réduire – comme présupposé – l'augmentation des coûts de la santé, mais freiner l'innovation et gonfler les files d'attente de patients en attente d'un diagnostic ou de soins. Plus récemment, notre gouvernement a décidé de renforcer le contrôle sur les médecins hospitaliers en introduisant des rapports hiérarchiques dans les hôpitaux et cliniques qui n'ont pas lieu d'être entre des médecins cadres, des médecins indépendants et une direction. Nous condamnons cette décision intrusive, qui est une atteinte au statut et à l'indépendance de ces médecins.

UNE NOUVELLE LÉGISLATURE PLACÉE SOUS LA TRANSPARENCE ET LA LIBERTÉ ?

Nos attentes vis-à-vis des élus pour la législature à venir sont grandes. Nous déplorons la distorsion de la concurrence, comme l'a révélé en août 2016 le professeur Felder, de l'Université de Bâle, entre établissements privés et publics au profit de ces derniers, qui

bénéficient largement d'une manne publique – les prestations d'intérêt général (PIG) –, dont l'attribution est tout sauf transparente. En dépensant ainsi les deniers publics, nos autorités contribuent à l'augmentation des coûts de la santé: l'étude en question relève, rien que pour le canton de Vaud, un potentiel d'économies de 41 millions de francs! Dernier avatar d'une médecine centralisée placée sous la coupe de l'Etat, le projet des régions de santé, qui rencontre nombre de résistances, principalement dues à des problèmes de gouvernance et de financement. Nous espérons que les parlementaires et gouvernants qui prêteront bientôt serment sauront desserrer le corset qui tend à étouffer toute initiative privée dans le domaine de la santé dans notre canton. ■

PIERRE-FRÉDÉRIC GUEX
PRÉSIDENT DE VAUD CLINIQUES

Le Service de la santé publique informe

Renforcement des soins psychiatriques à la personne âgée dans les lieux de domicile

En appui des consultations ambulatoires, des équipes mobiles psychogériatriques ont été développées depuis une dizaine d'années. Elles interviennent sur le lieu de vie des personnes, dans le but de les engager activement dans les soins, durant des périodes critiques de leur existence. La mobilité des intervenants facilite l'intégration sociale des patient-e-s, optimise la coopération entre les soins de première ligne et les unités psychogériatriques hospitalo-ambulatoires et facilite l'accès aux soins spécialisés. Elles permettent d'être plus proactif dans le réseau, d'apporter des compétences auprès des proches du patient et de maintenir le patient dans un processus de soins.

DISPOSITIF PILOTE

Fin 2014, estimant que 28% des hospitalisations en psychiatrie de l'âge avancé de la région lausannoise provenaient des établissements médico-sociaux et réalisant que les équipes d'EMS n'avaient pas toujours les moyens (humains et financiers) d'accompagner les résidents en crise dans leur établissement, le Service de la santé publique a construit, avec l'ensemble des acteurs, un dispositif pilote renforcé de dispensation de soins aigus dans le lieu de vie de résidents en EMS souffrant de décompensation psychique*.

Ce dispositif fonctionne depuis mai 2016 sous cette nouvelle forme, sur le périmètre du Réseau Santé Région Lausanne (RSRL), et sa mise en place s'appuie sur trois axes.

- Un renforcement de l'EMPAA (équipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé), qui est passée d'un binôme à quatre binômes médecin-infirmière, en offrant à cette équipe, le cas échéant, la possibilité de prescrire et de suivre le patient comme tout médecin spécialiste qui se voit adresser un patient par un généraliste. Les activités de type consultatif et de liaison continueront à être assurées, voire seront renforcées. De même, le Centre ambulatoire de psychiatrie de l'âge avancé (CAPAA), englobant la Consultation générale et l'Hôpital de jour, continuent à fonctionner.
- La fermeture, sur dix-huit mois, de 19 lits à l'hôpital de psychiatrie de l'âge avancé et une réorganisation des unités hospitalières: fermeture d'une unité, réorganisation des unités restantes, transfert de personnel sur l'EMPAA afin d'assumer les nouvelles missions, mise en place d'un numéro unique de contact (porte unique) pour les demandes d'hospitalisation à l'Hôpital psychiatrique de l'âge avancé (HPAA), ainsi que pour les demandes d'intervention de l'EMPAA dans le milieu de vie du patient. Ceci est géré par un infirmier-orienteur, sous la supervision d'un médecin cadre.

- Une réflexion menée par les équipes d'EMS sur les mesures à prendre afin de détecter les signes de décompensation des résidents et d'anticiper les mesures thérapeutiques à mettre en place. En cas de prise en soins renforcée dans l'EMS (et donc de personnel supplémentaire), un financement complémentaire est mis à leur disposition par le service des assurances sociales et de l'hébergement (SASH).

Dès février 2017, le même dispositif, adapté aux spécificités du fonctionnement des CMS, a également été mis en place. Une information sur ce dispositif est disponible sur le site www.vd.ch. ■

PATRIZIA CLIVAZ LUCHEZ
CHEFFE DE PROJET,
SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

* www.vd.ch/themes/social/hebergement/professionnels/ems-supaa

Nouveauté

Une alternative au transport en ambulance

TransMed Assistance propose une alternative intéressante au transport en ambulance pour les patients pouvant voyager en position assise. L'équipe – composée de professionnels de la santé – prend en charge les patients jusqu'au lieu de destination, leur permettant de rester en position assise ou en chaise roulante. Une économie tout en assurant un transport adapté et sécurisé. ■

TransMed Assistance se trouve à Nyon. Plus d'infos sur www.transmedassistance.ch ou au 022 311 11 44 (24h/24, 7j/7)





AIDEZ-NOUS À AIDER

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

Faites un don sur www.roulemapoule.org

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

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

www.roulemapoule.org

E-mail: contact@roulemapoule.org

Voyager aux Etats-Unis

Prise en charge des soins médicaux à l'étranger

La loi sur l'assurance maladie (LAMal), qui est obligatoire pour toute personne domiciliée en Suisse, couvre un très grand nombre de prestations générales en cas de maladie, de soins en cas de maladie, de maternité et d'accident.

Ces prestations doivent être efficaces, appropriées et économiques, conformément à l'art. 32 LAMal: c'est la seule limite à leur prise en charge par l'assurance obligatoire des soins, du moins sur le sol suisse car, en vertu du principe de la territorialité, la LAMal ne trouve application qu'à l'intérieur des frontières nationales. Aucun traitement électif à l'étranger n'est par principe pris en charge par l'assurance obligatoire des soins (cf. art. 36 al. 1 OAMal). Seules les urgences, c'est à dire lorsque l'assuré qui séjourne à l'étranger a besoin d'un traitement médical et qu'un retour en Suisse n'est pas approprié, peuvent être prises en charge aux termes de l'art. 36 al. 2 OAMal. Il y a là une certaine logique du système, mais dans ce cas, il convient de savoir jusqu'à quel point la prise en charge s'effectuera.

Qu'en est-il alors quand, s'adonnant à la pêche au saumon en Alaska, un citoyen suisse est victime d'une rupture d'anévrisme et que sa prise en charge immédiate par les urgences locales et un transfert vers un centre de soins aigus lui sauvent la vie? La prise en charge des conséquences financières de cet accident cérébral va varier sensiblement en fonction des assurances dont ce citoyen dispose.

Comme on le sait, les coûts de la médecine sont extrêmement onéreux aux Etats-Unis et au Canada et ils sont facilement deux à quatre fois supérieurs à ceux de la Suisse. Si notre citoyen ne dispose que de l'assurance maladie de base, les frais de son traitement seront pris en charge à raison de deux fois le montant du même traitement effectué dans un

hôpital suisse. Cela signifie qu'au cours de son hospitalisation, il aura la désagréable surprise de devoir verser plusieurs dizaines de milliers de francs aux fins de garantir le traitement. Ce n'est qu'au retour dans son pays de domicile que ce citoyen pourra se faire rembourser par son assurance maladie.

Si notre brave pêcheur dispose d'une assurance complémentaire d'hospitalisation privée ou demi-privée, il aura l'agréable surprise que cette dernière prenne en charge la part non couverte par la LAMal à raison du même montant que celui facturé en Suisse. Ainsi cumulée avec la base, cette couverture complémentaire permet de prendre en charge jusqu'à trois fois le montant du même traitement en Suisse.

Ce n'est qu'en ayant contracté une assurance spéciale pour voyages à l'étranger que ce citoyen aurait pu compter sur ses seules assurances pour la prise en charge totale des coûts. Compte tenu de ces éléments, il est recommandé de conclure une telle assurance spéciale, après avoir lu les conditions générales d'assurances, avant de partir dans certains pays où les coûts de la médecine sont notoirement exorbitants. De telles assurances sont prévues pour des durées déterminées et les primes y relatives ne sont pas réductibles. ■



PIERRE LUYET

TITULAIRE DU BREVET D'AVOCAT, SVM

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

Docteur Bijan Ghavami

La chirurgie pour **hobby**

Chirurgien à Lausanne, Bijan Ghavami renouvelle chaque jour son engagement pour ses patients et pour sa discipline, avec un enthousiasme intact et toujours un projet en tête. Rencontre.

Un cabinet comme un salon. Des tapis aux teintes chaleureuses, un lustre à pampilles, des fauteuils accueillants, des bibliothèques de bois sombre bien fournies et des photos de ses quatre fils et de son épouse parmi les livres et autres gravures: le Dr Bijan Ghavami nous reçoit comme chez lui. C'est que la chirurgie fait partie de sa vie depuis qu'il est enfant.

UN RÊVE DE TOUJOURS

C'est dans le Téhéran du milieu des années 1950 que naît le rêve de devenir chirurgien. Bijan Ghavami a alors 7 ou 8 ans et cette envie s'impose à lui, pour

ne plus le quitter. Difficile de savoir ce qui a pu faire germer cette idée dans l'esprit du petit garçon d'alors... La peur des maladies? Un père qui aurait voulu embrasser cette carrière mais a dû se résigner à étudier le droit? «Je ne sais pas ce qui m'a influencé, mais ce projet a guidé toute ma scolarité, à l'école puis au Lycée français de Téhéran. Le bac en poche, je suis parti pour la France, le parcours classique... mais je me suis arrêté à Lausanne, où un de mes cousins, psychiatre, était installé.» Il est alors trop tard pour l'inscription à la Faculté de médecine. Qu'à cela ne tienne! Bijan Ghavami fait une année à l'EPUL, ancêtre de l'EPFL, pour étudier la physique, autre domaine qui l'intéresse, avant de pouvoir commencer les cours de médecine. «Je n'ai alors eu qu'un seul but: travailler, beaucoup. J'étais là pour apprendre.» Aux côtés des Pr Mosimann, Saegesser, Livio et Loup notamment, il découvre une discipline qu'il trouve immédiatement très attirante par sa diversité, et pour laquelle il va s'engager avec passion.

LA DEUXIÈME RÉVOLUTION FRANÇAISE

En 1989, alors que l'Hexagone célèbre le bicentenaire de la Révolution française, Bijan Ghavami participe à un congrès sur la laparoscopie. Une révélation. Cette deuxième révolution, comme la surnomme le monde médical, marque un nouveau tournant dans le parcours du chirurgien: «Un petit groupe s'est alors formé en Suisse, en France, en Belgique et en Italie, pour développer cette technique mini-invasive. C'était une aventure stimulante et extrêmement enrichissante. En 1991, avec quelques collègues, j'ai fondé l'Association suisse romande de chirurgie coelioscopique. Elle a joué un rôle important dans le progrès de cette technique, et aussi dans son

enseignement dans la région. Plus tard, en 2005, avec des chirurgiens des pays francophones, nous avons fondé la Fédération internationale francophone de chirurgie laparoscopique, pour favoriser la collaboration, le compagnonnage et la formation entre nous.»

Un engagement qui lui a valu la reconnaissance de l'Académie nationale de chirurgie, en France, qui l'a nommé membre à titre étranger, et de l'Association française de chirurgie (AFC), dont il est membre honoraire et pour laquelle il organise régulièrement des sessions.

UN BONHEUR RENOUVELÉ

Mais qu'est-ce qui lui donne toujours l'envie d'apprendre en chirurgie, après toutes ces années? «Le bonheur, c'est quand, en se réveillant, on se réjouit de la journée à venir. J'opère tous les matins – des interventions programmées auxquelles s'ajoutent les urgences – et cela me procure toujours une grande satisfaction. La chirurgie, et la laparoscopie en particulier, offre un résultat immédiat, ce qui est très stimulant. Et puis, depuis mon premier contact avec la chirurgie lors de mes études, j'aime l'ambiance unique de la salle d'opération: c'est un travail d'équipe incroyable, beaucoup de concentration et de stress, des échanges très enrichissants entre collaborateurs. Ce travail, c'est aussi l'apprentissage de la modestie: il y a toujours beaucoup à apprendre et le chirurgien n'est rien sans l'équipe autour de lui.» Et la retraite? «Je n'y pense pas. Tant que j'ai des projets – et j'en ai plein –, je n'ai pas l'intention d'arrêter. Après? J'aimerais continuer de participer à des congrès... et apprendre le piano aussi peut-être, parce que j'en ai toujours eu envie. Vous savez, mon hobby, c'est la chirurgie!» ■

ADELINE VANOVERBEKE

Clin d'œil



Bijan Ghavami conserve dans son cabinet les badges des colloques auxquels il participe, avec un plaisir et une soif d'apprendre sans cesse renouvelés.



31
AOÛT
2017



17^e JOURNÉE DE LA SVM

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



PLUS D'INFOS ET INSCRIPTIONS

www.svmed.ch/jsvm
www.medilabotech2017.ch

PROGRAMME

13h30 Accueil

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

Table ronde animée par le Dr Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de la *Revue Médicale Suisse*, avec:
M. Pierre-Yves Maillard, conseiller d'Etat et chef du Département de la santé et de l'action sociale,
M. Patrick Aebischer, président de l'EPFL jusqu'en 2016, directeur du Laboratoire d'étude sur la neurodégénérescence, Brain Mind Institute,
M. Marcel Salathé, directeur du Laboratoire d'épidémiologie digitale, EPFL,
Prof. Pierre-François Leyvraz, directeur général du CHUV,
M. Jean-François Steiert, conseiller d'Etat et conseiller national,
M. Frédéric Hadjadj, écrivain et philosophe, directeur de l'Institut d'études anthropologiques Philanthropos.

15h30 Pause-café

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

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

17h Prestation de serment des nouveaux membres

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

17h30 Cocktail de clôture

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

SPONSORS





Du rire et du rêve pour nos enfants hospitalisés

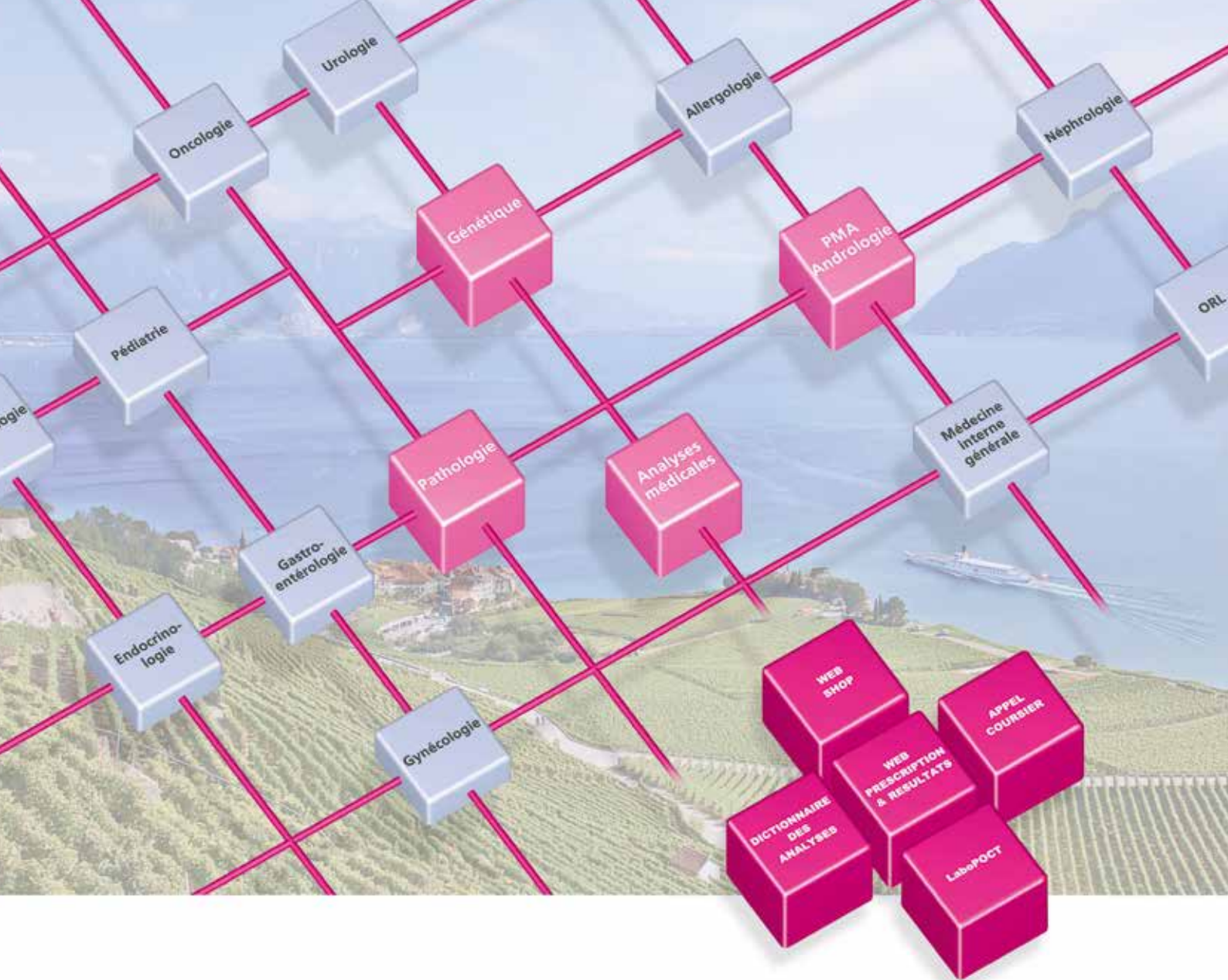
Grâce à vos dons, les enfants hospitalisés reçoivent chaque semaine la visite des docteurs Rêves.

Merci pour votre soutien.

CCP 10-61645-5

theodora.org

Fondation
THEODORA
Du rire et du rêve pour nos enfants hospitalisés



Connectons nos compétences

Quelles que soient vos attentes pour la gestion informatisée de vos analyses médicales, notre e-solution intégrée s'adapte à votre système informatique

Au coeur du Pays de Vaud, quels que soient vos besoins d'analyses médicales, Aurigen, Fertas, Polyanalytic et Proxilab vous accompagnent tout au long de vos diagnostics

Simplicité et gain de temps: connectons nos compétences



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