

cmv

courrier
du médecin
vaudois

REVUE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE
NOVEMBRE 2018

#7

Le CMV fête ses 30 ans

Nos cinq dossiers majeurs

Les Drs Randin et Rosselet,
membres historiques
du comité de rédaction,
se confient



N°1 DU
TÉLÉSECRETARIAT
MÉDICAL DE
SUISSE ROMANDE

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



SECRETARIAT TÉLÉPHONIQUE

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

NOUVEAU !!!

- > COMPATIBLE AVEC VOTRE AGENDA,
PRISE DE RENDEZ-VOUS PAR INTERNET.
- > FRAPPE DE RAPPORTS MÉDICAUX



« 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 | > PRISE DE RENDEZ-VOUS
PAR INTERNET |
| > GESTION DE VOTRE AGENDA
EN TEMPS RÉEL | > RAPPEL DES
RENDEZ-VOUS PAR SMS |
| > FACILITÉ D'UTILISATION | > TRANSFERT D'APPEL URGENT |
| > RETRANSMISSION
DES MESSAGES | > COMPATIBILITÉ AVEC
VOTRE PROPRE
LOGICIEL D'AGENDA |

m é d i



L'art d'organiser votre cabinet médical

BB-Soft

Informatique

FICHER DES PATIENTS

Que vous soyez médecin généraliste ou médecin spécialisé, ce programme de gestion moderne et performant répond à tous vos besoins.

SAISIE DES ACTES

ASSURANCES

Depuis 25 ans déjà, l'organisation de votre cabinet devient un jeu d'enfants grâce à MédiACT.

TRÉSORERIE

STATISTIQUES

Les courriers, formulaires, échanges de données avec les laboratoires, la facturation, l'encaissement, l'archivage ... n'ont plus de secrets pour vous.

AGENDAS

ET PLUS ENCORE ...

Sur Macintosh ou sur PC, tout a été pensé pour vous simplifier la vie, avec l'assurance d'un support téléphonique compétent.

Pavement 9
1018 Lausanne
mediact@bbsoft.ch
Tél 021 312 29 49
Fax 021 312 45 54

sommaire

6 DOSSIER SPÉCIAL 30 ANS

- 6 Interview des Drs Randin et Rosselet
- 8 De la pléthore à la pénurie médicale
- 10 Féminisation de la médecine
- 13 Hôpitaux régionaux
- 16 Modèles de soins alternatifs
- 18 Organisation de la garde médicale
- 21 Regard d'un médecin trentenaire
- 23 Ce qu'en pense le Dr Patrick Amey
- 24 Les meilleurs dessins d'Yves Giroud

27 INFO SVM

- Journée de la SVM
- Le Groupement des médecins hospitaliers / Résolution
- Conférence des présidents

30 RENDEZ-VOUS

- Jeudi de la Vaudoise

33 HOMMAGE

- Noël Genton

34 REPÉRAGES

- Lu pour vous

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
Aurélië Moeri Michielin, ftc communication
Assistant: Fabien Wildi, ftc communication

Collaboratrice externe
Adeline Vanoverbeke

Comité de rédaction du CMV
Dr Louis-Alphonse Crespo
Dr Philippe Eggimann
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
Regis Colombo - www.diapo.ch, Roberto Ackermann,
Fotolia, DR

30 ans de propositions constructives et innovantes

Trente ans, c'est à peu de chose près la durée de vie active d'un membre de la SVM, même si nous sommes de plus en plus nombreux à envisager qu'elle se prolonge au-delà. Notre espérance de vie à 65 ans a en effet augmenté durant cette période de 15,1 à 20 ans (+ 32,4%) pour les hommes et de 19,3 à 22,9 ans pour les femmes (+ 18,7%). Avec une excellente qualité de vie pour le plus grand nombre, grâce en partie à un système de santé auquel la population reste attachée, particulièrement concernant le libre choix des prestataires et du modèle d'assurance, malgré son coût élevé.

Que de changements! Aussi bien dans notre vie quotidienne (555 458 Vaudois en 1988 contre 794 384 aujourd'hui, soit +43%) que dans le domaine médical (doublement du nombre de médecins en trente ans et triplement du nombre de femmes) ou plus largement de santé publique (premier CMS à Avenches).

La création du CMV, qui fête ses 30 ans, a été l'occasion d'alimenter les débats en lien avec la santé en y présentant le point de vue de la profession médicale, mais surtout de publier les nombreuses idées originales et parfois visionnaires du corps médical vaudois. Saviez-vous que la SVM est à l'origine du programme de dépistage des cancers du sein et du côlon dans le canton, bien avant leur généralisation à d'autres régions?

Trente ans plus tard, la SVM tient toujours à faire entendre sa voix et à formuler des propositions constructives susceptibles de faire évoluer favorablement les conditions d'exercice de la profession au bénéfice de la population. Ainsi, l'introduction du TarMed, qui avait été bien préparée par la SVM, nous a permis de maintenir une valeur du point raisonnable au vu de la modération des cabinets indépendants concernant les pratiques de facturation. L'expertise accumulée dans le domaine nous permet de conclure des accords tarifaires incluant des mécanismes exploratoires de détermination de la valeur du point, qui vont au-delà des exigences légales actuelles.

La SVM et ses groupements sont ainsi devenus des partenaires incontournables, ouverts aux progrès et aux évolutions sociétales. Que ce soit dans le domaine hospitalier, où une résolution du groupement des médecins hospitaliers permet de relancer le débat sur une convention-cadre hospitalière au niveau cantonal; dans le domaine institutionnel, où le GMEMS a proposé des évolutions originales de la reconnaissance du rôle du médecin en EMS; ou encore dans le domaine de la garde ambulatoire obligatoire, avec des projets pilotes innovants.

Je remercie du fond du cœur toutes celles et ceux qui ont fait et font le CMV! Puissent les 30 prochaines années – qui verront la SVM fêter ses 200 ans d'existence – être aussi riches que celles qui viennent de s'écouler, et que votre CMV en soit toujours le plein reflet. ■



Dr PHILIPPE EGGIMANN
PRÉSIDENT DE LA SVM

 **take
care**

24^h
24

7^J
7

Spécialistes du
recrutement médical

Free Call
0800 711 611

Joyeux anniversaire!

Trente ans, c'est 240 numéros et autant de dossiers mais aussi d'anecdotes. Parfois provocateurs, les rédacteurs et les auteurs témoignent de l'envie de susciter le débat sur des sujets de fond ou d'actualité, parfois récurrents comme le montre ce numéro qui présente cinq dossiers majeurs du *Courrier du médecin vaudois* et leur évolution au cours des trente dernières années. Et souvent sous un angle qui n'a pas d'équivalent dans notre canton.

Compte tenu des rythmes et des nombreux fronts actuels, un tel bail pour un journal associatif est un exploit à saluer. Il faut se demander ce qui l'a rendu possible pour que l'aventure puisse se poursuivre à l'avenir. Lorsque j'ai été amené à en reprendre la rédaction responsable en amateur, plusieurs initiateurs du CMV, qui avaient déjà beaucoup contribué au cours des dix premières années, souhaitaient se retirer. Vingt ans plus tard, les Drs Jean-Pierre Randin et Patrick-Olivier Rosselet sont toujours aussi engagés dans leur mission. Il faut voir les idées fuser pendant les séances de rédaction! Sans pouvoir toutes les nommer, il convient aussi de saluer tout particulièrement l'engagement des personnes qui se sont investies au sein du comité ou de l'équipe de rédaction au cours des années. Citons également notre fidèle dessinateur de presse, Yves Giroud, actif depuis 1994.

Pour arriver à ce résultat, la SVM leur a fourni le support logistique et le réseau professionnel dont elles avaient besoin pour pouvoir se concentrer sur le débat d'idées. Le CMV serait en effet difficilement réalisable sans ses partenaires de la première heure, particulièrement Inédit Publications SA, mais aussi, sur un autre plan et comme tout organe de presse, ses annonceurs.

Au fil du temps, le CMV a beaucoup changé, et c'est en se renouvelant qu'il est resté lui-même: un journal principalement écrit par des médecins. Mais plus seulement pour des médecins car, sans être une publication scientifique, il alimente le débat sur la politique de la santé et de la maladie. Il contribue ainsi à concrétiser l'un des buts statutaires de la Société Vaudoise de Médecine: «informer le public et les médias sur les sujets de santé et de politique sanitaire, en exprimant le point de vue de la profession médicale» (art.3 ch.5). Il continuera d'évoluer, car la réflexion est permanente à l'heure de la numérisation et des réseaux sociaux. Nous conseillons d'ailleurs à nos nouveaux adhérents qui souhaitent s'investir dans la politique professionnelle d'intégrer le comité de rédaction. Et l'appel aux rédacteurs et rédactrices est toujours d'actualité, car ici aussi le besoin de relève se fait sentir.

Le CMV représente un indispensable espace de liberté d'expression, qui exclut toute-fois les attaques personnelles. Il est devenu un organe majeur, au sens adulte du terme, de la communication de la profession. Sa survie est indissolublement liée à la vie corporative et aux relations de la profession avec la cité. En ce sens, son avenir est une question existentielle. ■



PIERRE-ANDRÉ REPOND
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
DE LA SVM

Le Comité de rédaction précise que, sous réserve des articles signés par des responsables attirés 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.



Interview

Le but du **CMV**: défendre et valoriser notre profession

En 1988, le *Courier du médecin vaudois* était lancé à l'initiative du Dr Jean-Pierre Randin, qui souhaitait donner l'occasion aux membres de la SVM de s'exprimer. Peu de temps après, le Dr Patrick-Olivier Rosselet rejoignait le comité de rédaction. Trente ans plus tard, le *CMV* demeure le seul magazine d'association médicale de cette envergure en Suisse. Rencontre avec ceux qui ont contribué à cette longévité.

Dans quel contexte et dans quel but est née l'idée d'un *CMV*?

Dr Randin: Il existait à l'époque un feuillet distribué à tous les membres de la SVM qui recensait les dates importantes, le *Calendrier médical*. Quand je me suis installé en 1988, je me suis demandé quelle contribution je pouvais apporter à la Société Vaudoise de Médecine. Est alors née l'idée d'un journal donnant une tribune aux membres de la SVM.

Quand avez-vous rejoint le comité de rédaction et pourquoi?

Dr Randin: Dès le début.

Dr Rosselet: Deux ans après sa création, me semble-t-il. Ce média m'a paru fort utile pour défendre et soutenir notre profession et le corps médical, ce qui s'est révélé tout à fait exact au fil des ans.

Comment fonctionnait le CMV à ses débuts et comment expliquer sa pérennité?

Dr Randin: Nous avons lancé un appel aux contributeurs parmi les membres de la SVM, mais il faut avouer que ce fut un échec. D'où l'idée de réaliser à chaque numéro un dossier dédié à un thème. Et de désigner un responsable par dossier. Au début, tout était réalisé à l'interne: la coordination, la réécriture, le suivi de production. C'était beaucoup trop lourd à gérer et on doit la survie du CMV au fait que nous avons externalisé le secrétariat de rédaction à des professionnels de la communication.

Dr Rosselet: Nous avons traversé des moments de doute, où nous n'étions plus que les deux. Ce qui a aussi sauvé le CMV, c'est l'autofinancement et le fait de pouvoir compter sur des médecins qui s'engagent à écrire sans être rémunérés. Enfin, M. Repond, secrétaire général de la SVM depuis 1998, s'est toujours battu pour faire perdurer ce magazine.

Dr Randin: A présent, il est important que les jeunes médecins prennent la relève.

Comment décririez-vous l'évolution du CMV jusqu'à aujourd'hui?

Dr Randin: Alors que les sujets étaient difficiles à trouver au départ, le fait que la profession connaît à mes yeux des crises importantes a permis de trouver pour chaque numéro des sujets percutants. Ceux-ci sont ensuite lus, voire relayés, par les médias et les politiciens régionaux, qui peuvent ainsi prendre rapidement la température du corps médical vaudois. Par exemple, des sujets comme le burn out des médecins ou la non-reconnaissance des doubles spécialités ont été repris dans des émissions de

la RTS. Encore récemment l'émission radio *Forum* a repris notre thématique sur les médecins-conseils.

Dr Rosselet: N'oublions pas qu'il n'y a pas que des médecins qui écrivent. Il y a aussi des juristes, des philosophes, des sociologues qui enrichissent le débat. Bref, le CMV a vraiment gagné en qualité et en notoriété en trente ans.

Dr Randin: J'ajoute que les membres du comité viennent d'horizons variés et ont des sensibilités politiques différentes. De fait, le CMV n'est pas un journal partisan.

Dr Rosselet: Tous gardent néanmoins un but commun: défendre et valoriser notre profession.

Quelles sont ses forces et ses faiblesses?

Dr Randin: Sa grande force est d'être un magazine écrit par les praticiens et donc ancré dans la réalité tumultueuse du corps médical, avec une totale liberté d'expression. Son manque de réactivité par rapport à certains thèmes d'actualité représente sa plus grande faiblesse.

Dr Rosselet: Sa première qualité est d'être lu et d'exercer une certaine influence. A mon avis, il faudrait que le comité de la SVM s'implique plus dans la rédaction pour exprimer sa voix.

Comment voyez-vous le CMV dans trente ans? Y a-t-il des adaptations nécessaires pour continuer à exister?

Dr Randin: A mon avis, il va falloir, à relativement court terme, penser à une version numérique pour des raisons de réactivité justement et de coûts.

Dr Rosselet: Eh bien je pense que je ne le lirai plus...! On est tellement envahis par les supports informatiques! Et comment sera réalisée la couverture des 60 ans du CMV si on ne peut plus lancer les magazines en l'air? (*Rires.*)

Votre meilleur souvenir comme membre du comité de rédaction?

Dr Rosselet: Les soirées autour d'un repas après la séance annuelle de rédaction.

Dr Randin: Notamment avec le psychiatre Jacques Besson, chef de service au CHUV. Je riais tellement que j'en avais des crampes abdominales.

Dr Rosselet: Ce sont des souvenirs fantastiques et aussi une occasion unique d'échanger avec des confrères d'autres spécialités.

Dr Randin: C'est la récompense du CMV: des moments de rire, de partage et de stimulation intellectuelle. ■





De la pléthore à la pénurie médicale

Retour sur une dérive entre **deux extrêmes**

Le serpent de mer de la pléthore nous poursuit depuis des décennies. Déjà du temps de mes études, au début des années 1970, le Pr Delachaux et d'autres nous prédisaient une pléthore médicale très problématique, alors que les assemblées de l'Association des étudiants en médecine de Lausanne bruisaient de débats sur la nécessité d'un numerus clausus.

Les politiques étaient imprégnés des publications du Pr Gianfranco Domenighetti qui liait étroitement densité médicale et coûts de la santé. Mme Ruth Dreifuss ne voulait plus rembourser les prestations des médecins de plus de 65 ans et plaidait pour un numerus clausus. Elle a d'ailleurs été en grande partie exaucée, puisque nos facultés connaissent aujourd'hui un numerus clausus de droit pour certaines et des examens propédeutiques coupe-rets pour d'autres. Par conséquent, la Suisse ne forme actuellement que les deux tiers des futurs médecins dont elle a besoin.

Il n'est dès lors pas étonnant que les premiers articles du CMV sur ce sujet ne parlent que de la pléthore et de ses dangers et pas du tout de pénurie, même si quelques voix, comme celle d'Etienne Fréchetin, mettent déjà en doute cette «pensée unique» de l'époque.

“ Dès 2005, la SVM fait de la relève médicale l'un de ses thèmes de réflexion prioritaires. ”

TOURNANT AU DÉBUT DU SIÈCLE

Un changement de ton clair survient au tournant du siècle. La réduction du temps de travail hebdomadaire des médecins assistants à 55 heures a créé une situation nouvelle: les hôpitaux ont besoin de main-d'œuvre médicale. On décide donc de fermer le robinet, non plus à l'entrée aux études, mais à la sortie de l'hôpital. C'est la «clause du besoin», sans cesse renouvelée, dont on ne mesure pas encore l'impact psychologique sur les médecins en formation: l'installation en cabinet n'est plus et ne sera plus l'aboutissement naturel d'une formation médicale. On réalise également que la génération des baby-boomers, qui a fourni une très forte cohorte de médecins de premier recours, prendra sa retraite entre 2010 et 2020. Les études de l'Observatoire suisse de la santé montrent une pénurie sévère de médecins de premier recours à l'horizon 2020, avec des dizaines de milliers de besoins de consultation non satisfaits. Cette fois, c'est à une pénurie qu'on devra faire face.

SOLUTIONS DANS TOUS LES SENS

Dès 2005, la SVM fait de la relève médicale l'un de ses thèmes de réflexion prioritaires. Cela se reflète dans la façon de traiter le problème dans les articles du CMV. On constate la transition de la pléthore à la pénurie, sur un ton très désabusé chez le Dr Randin et anxieux chez les étudiants. On accuse avec véhémence la clause du besoin. Mais plus personne ne met en doute la future pénurie. Elle dépasse d'ailleurs la médecine générale pour toucher plusieurs spécialités comme la rhumatologie, la neurologie, la gastro-entérologie et bien d'autres. Même le Pr Domenighetti revient en arrière sur son équation «densité = coûts», du moins pour les médecins de premiers recours. Les «solutions» partent dans toutes les directions, bonnes et moins bonnes.

Dans le CMV d'avril 2013, au milieu de nombreuses considérations pessimistes, Pierre-Yves Maillard annonce deux mesures fondamentales: l'augmentation des places en études cliniques et la création de nouveaux postes d'assistants en cabinet. Leur effet prendra toutefois cinq à dix ans pour se manifester. En 2016, d'autres idées sont plus contestées, comme celle de confier des tâches médicales à d'autres professions (pharmacien(ne)s, infirmier(e)s). L'afflux de médecins étrangers, qui a masqué et compensé la pénurie de médecins suisses



pendant des années, devient soudain un problème, d'autant que pendant la brève absence de clause du besoin, il a concerné autant des spécialités pléthoriques que pénuriques.

CLAUSE DU BESOIN MALGRÉ LA PÉNURIE

Où en est-on en 2018? En plein paradoxe. La pénurie n'est plus annoncée, elle est effective. De nombreux collègues ont dû prendre leur retraite sans pouvoir remettre leur cabinet, ou alors ils l'ont remis à des médecins étrangers, le plus souvent français. Pourtant, la clause du besoin est toujours en vigueur. Le Canton de Vaud en a récemment durci les conditions, avec des arguments fleurant bon les concepts du siècle dernier. Sur-tout, le Service de la santé publique ne veut plus intégrer les médecins dans le processus de décision, alors qu'il devrait davantage se préoccuper de leur avis pour gérer cette situation critique.

Les problèmes complexes ont rarement des solutions simplistes et nécessitent donc, pour être résolus efficacement, une véritable concertation entre tous les acteurs concernés. Espérons que les divers protagonistes de ce dossier s'en souviennent et se réunissent à la même table pour définir les contours d'une stratégie viable sur le long terme. ■

Dr JEAN-PIERRE PAVILLON
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA SVM,
ANCIEN PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE LA GARDE



Féminisation de la médecine

Des changements notoires, mais encore insuffisants

Féminisation de la médecine, est-ce toujours un thème après trente ans? Eh bien oui, nous allons le voir.

Le *Courrier du médecin vaudois* a consacré un dossier spécial à ce thème en 1990 («Médecin au féminin»), en 1998 («Les femmes médecins ont la parole») et en 2007 («La femme est l'avenir du médecin»).

Qu'est-ce qui a changé depuis lors et quelle est la situation actuelle des femmes médecins? Etant médecin de premier recours à la retraite et ne gardant qu'une toute petite activité clinique, et pour brosser cet état des lieux au plus près de la réalité du moment, j'ai pris l'avis de femmes médecins de différentes générations qui ont bien voulu échanger avec moi sur cette question: une professeure de médecine de premier recours, une médecin de premier recours installée en pratique privée depuis plusieurs années, une médecin cadre du DMI au CHUV et deux cheffes de clinique aînées de médecine interne générale, toutes mères de famille. Les éclairages stimulants et enrichissants qu'elles ont apportés donnent la substance de cet article, et je les en remercie vivement.

PARCOURS IDÉAL, VRAIMENT?

Marie Heim-Vögtlin fut la première femme suisse à être admise en médecine, à Zurich en 1868, voilà 150 ans. Elle a fait un doctorat, s'est spécialisée en gynécologie, a ouvert son cabinet privé et a eu trois enfants, le premier à l'âge de 36 ans. En outre, elle s'est engagée pour la formation

“ Les modèles de femmes professeures et mères de famille sont rares. ”

et le droit de vote. Voilà exactement le parcours idéal d'une femme médecin de 2018! Où est le problème?

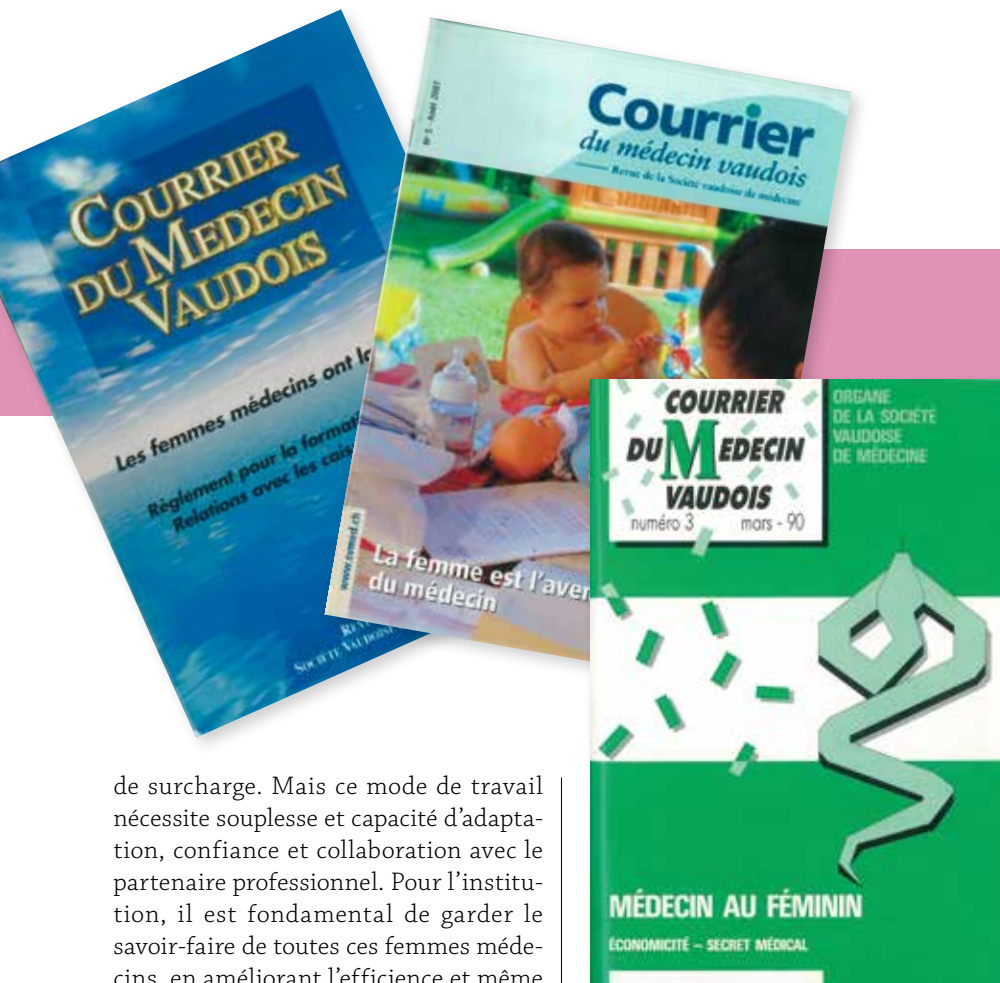
En Suisse, depuis plus de dix ans, les femmes représentent la majorité des diplômés en médecine: les médecins assistantes 58,7% et les cheffes de clinique 47,1%, mais les médecins adjointes 24,1% et les médecins-cheffes 12% (statistiques de la FMH 2017). Au CHUV, les médecins assistantes représentent une part de 62% et les cheffes de clinique 55% en 2017, essentiellement en médecine interne générale hospitalière et ambulatoire, pédiatrie, gynécologie et psychiatrie. Beaucoup de femmes qui doivent concilier projets personnels, professionnels et familiaux.

FORMATION POSTGRADUÉE: LES DIFFICULTÉS COMMENCENT

Si l'on se plonge dans le parcours de notre «Marie» d'aujourd'hui, on constate qu'elle ne rencontre aucun problème majeur durant sa formation prégraduée. Les difficultés commencent lors de la formation postgraduée. Depuis 1990, la moitié de la formation peut être accomplie à temps partiel (50% au moins), avec des arrangements divers: partage de poste (job sharing) ou 50% en clinique, complété ou non par une autre activité (enseignement, recherche par exemple). Au CHUV, on note que les premières années de formation se font majoritairement à 100%, le travail à temps partiel étant plus facile après quelques années de formation et en médecine ambulatoire (45% de cheffes de clinique à temps partiel), mais en proportion nettement moindre dans les disciplines chirurgicales, ce qui influence peut-être le choix de la spécialisation des femmes médecins. Par contre, il faut aussi mentionner que 10 à 20% des hommes travaillent à temps partiel, leur autre emploi du temps ne nous étant pas connu! L'expérience du temps partiel semble être plutôt de type gagnant-gagnant, au DMI en tout cas.

CONCILIER VIE PROFESSIONNELLE ET VIE PRIVÉE

Pour les médecins en formation, cela permet en particulier de concilier vie professionnelle et vie privée ou activités cliniques et non cliniques, en améliorant la qualité de vie et en diminuant le risque



de surcharge. Mais ce mode de travail nécessite souplesse et capacité d'adaptation, confiance et collaboration avec le partenaire professionnel. Pour l'institution, il est fondamental de garder le savoir-faire de toutes ces femmes médecins, en améliorant l'efficacité et même la prise en charge des patients par un double regard, et en diminuant l'absentéisme. Ceci a un prix: une bonne organisation du travail pour assurer le fonctionnement du service, un risque de conflits et un temps de transmission à prévoir.

UN PARCOURS DE COMBATTANTE

Pourquoi ces jeunes femmes se forment-elles à temps partiel, prolongeant ainsi leur durée de formation? Très souvent à cause de l'arrivée d'enfant(s) et de l'adaptation nécessaire de la vie familiale. C'est là que commence le «parcours de la combattante», qui n'a pas vraiment changé ces trente dernières années. Le premier obstacle peut être le choix du partenaire de vie, qui a ses propres modèles, ses objectifs professionnels, ses ambitions personnelles, entrant parfois en compétition avec ceux de sa compagne et avec les projets familiaux. Une fois qu'un ou plusieurs enfants sont là au quotidien, avec leurs joies et leurs peines d'enfant, avec leur énergie mais aussi leurs mala-

dies imprévues, les difficultés se précipitent. Le congé maternité est un indéniable progrès, mais n'excède pas quatre ou cinq mois, en ajoutant le congé d'allaitement et les vacances. La reprise à 100% avec un système de garde des enfants à mettre en place n'est pas sans risque d'épuisement rapide.

LES PROBLÈMES DE GARDE...

On se demande alors comment une société riche et évoluée comme la nôtre en Suisse peut changer aussi lentement, et on se prend à envier la vie dans un pays nordique! Il faut que quelqu'un s'occupe de ces enfants, et avec des horaires qui ne sont pas forcément ceux d'un bureau de 8h à 18h. Quelles solutions s'offrent à Marie et à son compagnon? Une nounou à domicile, pas forcément formée, avec ou sans permis et dont le salaire va absorber une bonne partie de celui de Marie; une maman de jour pas trop loin du domicile, il en manque; une

garderie publique où la place doit être réservée avant la conception de l'enfant, ou peut-être une crèche privée, qui absorbera à nouveau l'un des deux salaires, sans compter le stress des horaires.

...ET D'ÉCOLE

Le moment venu de la scolarisation ne facilite rien: les horaires ne sont pas plus réalistes et l'accueil parascolaire, en voie d'implémentation obligatoire dans toutes les communes, nécessite parfois un transport en véhicule individuel en plein milieu de la journée! Le couple parental, la mère le plus souvent, parfois seule, doit donc prévoir un plan B incluant voisins, amis et/ou grands-parents, pas toujours retraités et disponibles. Il semble difficile de demander à ces jeunes mères de famille, actives professionnellement, de s'engager en plus en politique pour contribuer à faire évoluer les choses, ce qui serait pourtant bien nécessaire.

ET LA CARRIÈRE ACADÉMIQUE?

Qu'en est-il finalement de l'accès de notre Marie à une carrière académique? Force est de constater qu'il n'y a pas eu de changement spectaculaire ces trente dernières années. De moins de 10% de femmes professeures à la Faculté de biologie et de médecine de l'UNIL, on est passé à 15% en 2012, 18% en 2017... La proportion de PD (22%) n'a pas bougé ces cinq dernières années, pas plus que celle des MER (25%). Les exigences académiques n'ont pas changé et le moment où se prépare la carrière académique (recherche, publications, soutiens de «patrons») coïncide avec la période où la famille se construit. Les modèles de femmes professeures et mères de famille sont rares, on l'a vu. Les femmes médecins, en particulier les cliniciennes, se satisfont peut-être aussi de mener à bien leur formation postgraduée tout en élevant leurs enfants, sans y ajouter des ambitions académiques. Toutefois, les choses bougent quand même; preuves en sont, dans notre Faculté, des leçons inaugurales de professeures offrant un modèle plus féminin, un récent colloque

de chirurgie où toutes les intervenantes étaient des femmes, le nouveau nom de l'Association des étudiantes en médecine de Lausanne (AEML), ouvrant la porte à d'autres changements.

QUELQUES CHANGEMENTS POSITIFS

Notre Marie pourrait observer, entre 1988 et 2018, plusieurs éléments positifs: la plupart des femmes médecins d'aujourd'hui ont probablement le modèle d'une mère active professionnellement; elles accèdent aux études de médecine et à la formation postgraduée comme les hommes dans toutes les disciplines; elles sont nombreuses et souvent majoritaires dans leur milieu professionnel et leur temps de travail hebdomadaire a diminué. En outre, elles sont bien

acceptées par leurs pairs et leurs patients, et peuvent faire valoir leurs qualités d'empathie, d'intuition et d'organisation. Par ailleurs, le modèle du médecin est en train d'évoluer, pour les hommes également, avec en général une meilleure acceptation du travail à temps partiel. A quelles difficultés Marie doit-elle encore faire face? La maternité reste – et restera toujours à vues humaines – le grand défi: grossesse, adaptation de la vie familiale, attitude du conjoint, évolution du milieu professionnel et de la société et, surtout, accueil des enfants. Vive les grands-parents! ■

Cet article n'aurait pas pu être écrit sans la collaboration généreuse de nombreuses collègues. Je remercie en particulier la Pr Johanna Sommer (UNIGE), les Dres Ariane Gonthier, Marie Méan, Oriane Aebischer, Coralie Galland-Decker et Nathalie Koch.

Bibliographie

N. Koch et al., Partage d'emploi en milieu hospitalier: bilan des expériences au Département de médecine du CHUV, *Revue Médicale Suisse*, 2017; 13: 2023-6.

S. Dériaz et al., Profession médecin: choix et perspectives selon le genre, *Revue Médicale Suisse*, 2010; 1438.

E. Kraft M. Hersperger, Le corps médical en Suisse: la féminisation de la médecine, *Bulletin des médecins suisses*, 2009; 90: 47.

M. Rosende, *Parcours féminins et masculins de spécialisation en médecine*, Editions Seismo, 2008.



Dre CORINNE BONARD-ROBERT
SPÉCIALISTE EN MÉDECINE
INTERNE GÉNÉRALE



Unique Clinique privée de soins aigus DU CANTON DE VAUD
PROPRIÉTÉ D'UNE
Fondation à but non lucratif



« PLUS DE 100'000 PATIENTS NOUS FONT CONFIANCE CHAQUE ANNÉE »

- 7 salles d'opération à la pointe de la technologie
- Plus de 500 médecins accrédités
- Plus de 580 collaborateurs à votre service



La Source
Clinique Lausanne

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





www.esclairage.ch - Photo: Oth. Zuffeney



Hôpitaux régionaux

Entre libéralisme et autoritarisme

Trente ans! Le bel âge, dit-on. Pour les médecins, cette période correspond souvent à une transition professionnelle au terme d'une longue formation, et à certains choix.

Le mien fut, il y a trente années, de continuer à orienter ma carrière professionnelle dans le secteur à vocation publique en répondant à la mise au concours pour un poste de médecin-chef dans un hôpital régional.

ÉQUILIBRE ENTRE HÔPITAUX PRIVÉS ET PUBLICS

Même si les mots planification, restructuration, rationalisation et regroupement étaient déjà d'actualité, l'attractivité des

hôpitaux régionaux demeurait conservée grâce au maintien d'un délicat équilibre entre secteur purement privé et établissements déclarés d'intérêt public. Les médecins étaient alors considérés comme des partenaires indispensables et respectés des directions, et la profession jouissait d'une grande estime auprès de la population. Le statut d'indépendant garantissait alors la liberté thérapeutique du médecin, plaçant sa responsabilité au centre de l'exercice de la profession et couplait l'importance de ses revenus avec le niveau d'activité déployée. Le système collégial, dont les fondements éthiques font référence au respect mutuel et à l'exigence d'une entente collective, représentait le guide par lequel devaient se régler les interactions au sein du corps médical. Que reste-t-il aujourd'hui du cadre originel et de ces valeurs après trente ans d'une politique de santé au niveau fédéral déboussolée et

DÉCOUVREZ

comment simplifier
la gestion de votre activité médicale

Pour une démonstration
gratuite: www.pulsemedica.ch



facturation

centre d'impression

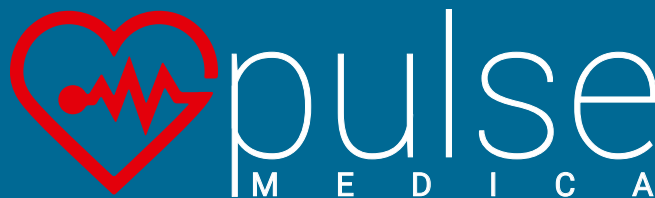
agenda et tâches

gestion documentaire

gestion médicale



Contactez-nous au 0840 33 66 99 (tarif local)



Notre offre est modulaire

Vous composez votre application
en fonction de vos besoins

En ligne

Un simple navigateur internet suffit

Annuelle

Vous êtes libre de changer

Tout compris

Support gratuit et illimité
Mises à jour
Sauvegardes des données
Récupération de vos données
en cas de résiliation

Abordable et transparente

Tous nos tarifs sont disponibles
sur notre site internet

www.pulsemedica.ch

Recommandé par



Conditions privilégiées
pour les membres

“ Cette privatisation masquée va entraîner la précarisation économique du secteur public régional. ”

sous influence, et d'une politique cantonale autoritaire poursuivant des objectifs idéologiques souvent contraires à ceux de la Confédération, de tendance libérale?

PRIVATISATION MASQUÉE

La mise en œuvre de la LAMal en 1994 fut le premier jalon d'une évolution de notre système de santé quelque peu alambiquée qui prévoit de confier les cotisations obligatoires et la gestion d'une assurance sociale à des assurances maladie privées. Ce puissant lobby va progressivement influencer la politique pour faire appliquer à l'ensemble du système les recettes simplistes d'une économie de marché. Sa régulation repose essentiellement sur l'équilibre entre l'offre et la demande en soumettant tous les acteurs, sans distinction de leur mission, à une forte concurrence.

A cela s'est ajoutée l'introduction d'un système de financement et de facturation dont l'infinie complexité justifie l'hypertrophie de la part administrative avec, à la clé, les résultats économiques calamiteux que l'on sait. Cette privatisation masquée va entraîner la précarisation économique du secteur public régional, «vient ensuite», progressivement confiné aux «cas» peu rentables et aux tâches d'intérêt général.

Elle préfigure une médecine à deux vitesses, l'éloignant des principes fondateurs de notre système de santé, à l'instar d'un modèle français dont on suit, avec quelques années de retard, la lente et inexorable faillite malgré les gesticulations des gouvernements successifs.

D'INDÉPENDANT À EMPLOYÉ

L'autre événement cardinal des «trente dernières» aura sans doute été le passage, en 2005, du statut d'indépendant à celui de dépendant pour les médecins-chefs des hôpitaux d'intérêt public. Ce changement de statut, aux larges conséquences, a progressivement fait entrer les membres du corps médical hospitalier dans le costume de salarié, fournisseur de prestations, puis dans celui d'employé anonyme, comme les soignants auparavant, obéissant à un modèle d'entreprise soutenu par une hiérarchie au service d'un puissant appareil de direction.

INTERVENTION DE L'ÉTAT

Tout ceci n'aurait été finalement que péripétie sans le défi supplémentaire qu'a représenté la politique cantonale qui, contrairement à l'orientation fédérale libérale, va vouloir instaurer un modèle de santé dirigiste, cadré et réglementé par l'Etat. Dans ce contexte, certains hôpitaux ont vu leur statut passer au droit public pendant que leurs employés négociaient de nouvelles CCT de droit privé. Les conventions collectives se sont multipliées, fragilisant la cohésion d'un ensemble hospitalier pourtant de même vocation.

Quelles que soient les louables aspirations guidant les actions de l'Etat, la mise sous tutelle des hôpitaux d'intérêt public a eu pour conséquences de créer de l'instabilité et de provoquer le départ de nombreux médecins, réduisant ainsi le rayonnement, la capacité de réaction et la capacité entrepreneuriale des structures à vocation publique dans un environnement pourtant hautement concurrentiel voulu par la LAMal.

Paradoxalement, cette ligne politique nuit davantage aux structures avec un statut juridique public, qui les expose aux directives de l'Etat. Pendant que les fusions hospitalières s'opéraient dans le domaine public, réduisant le nombre d'établissements, les structures privées se multipliaient et les démissions des médecins hospitaliers s'enchaînaient, ces derniers étant attirés par un cadre privé davantage compatible avec le degré de liberté qu'implique l'exercice de leur profession.

VOIE MÉDIANE POSSIBLE?

Ainsi donc, durant ces trente dernières années, jamais l'environnement et l'organisation de l'ensemble sanitaire public vaudois n'auront été autant chahutés, pris en étau entre deux conceptions radicalement différentes mais tout aussi inefficaces, l'une libérale incarnée par l'évolution du système de santé au niveau fédéral, l'autre opposée et incarnée par notre gouvernement cantonal préconisant le contrôle absolu de l'Etat. Pour les trente prochaines années, et à défaut de trouver des solutions pour notre système de santé, il n'y a plus qu'à espérer, pour la nouvelle génération de médecins et la sérénité de l'environnement dans lequel ils seront amenés à exercer, que la poursuite coûte que coûte d'une vision dogmatique soit au minimum remplacée par une démarche faisant la preuve d'un réalisme politique. A défaut qu'une ligne politique concordante entre Canton et Confédération puisse enfin émerger. ■

Dr PHILIPPE SAEGESSER
PRÉSIDENT DU GROUPEMENT
DES MÉDECINS HOSPITALIERS SVM



Réseaux

Modèles de soins **alternatifs**

1989: HMO

Dès l'autorisation offerte à de nouveaux modèles de soins publiée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le CMV aborde le HMO (Health Maintenance Organization): système très fermé, géographiquement urbain et regroupé dans un centre, avec des médecins gérant non seulement leurs prestations, mais aussi celles déléguées aux hôpitaux (!). Tout le monde comprend le danger d'une restriction de soins et d'une perte de liberté pour les patients, les médecins étant incités à dépenser le moins possible, puisque le seul critère consiste à respecter le budget. Ces notions laissent une connotation négative aux HMO qui perdure. Or les assureurs continuent à utiliser ce terme à tort en 2018, incluant Optimed ou Delta. Cela entretient résistance et confusion.

2001: HMO et MC

Le CMV publie des articles plus fondamentaux décrivant les effets pervers du Managed Care (MC) aux Etats-Unis. On retient un coût de gestion prohibitif: 15-25% du budget du réseau serait assigné à l'administration! Ne pas contrôler coûte cher, mais trop contrôler aussi. On aborde le manque d'effet probant des HMO en Suisse en relevant l'absence de la majorité silencieuse que sont les patients. Les pères fondateurs de Delta, créé en 1991, font une liste des raisons de l'insuccès relatif des réseaux, liste qui a encore toute sa pertinence en 2018.

2003: focus sur l'économie

Faire la même chose pour moins cher, illustré par le libéralisme: la liberté des prix engendre l'autorégulation, l'ingérence d'une autorité provoque des files d'attente, la loi du marché génère un comportement moral (!). Un philosophe pointe avec justesse l'absence de code éthique dans le contrat d'assurance maladie, encourageant peu ou prou une déresponsabilisation des personnes concernées. Les contradictions de notre système sont illustrées à merveille par le Dr Voegeli qui prouve le bien-fondé économique de la prise en charge des toxicomanes, avec des effets secondaires intéressants: amélioration de la qualité de vie des patients et satisfaction renouvelée envers les prestataires de soins. Belle conclusion clinique à ce sujet aride.

1 Médecine de premier recours et développement des réseaux dans le canton de Vaud. 2010. Dr Widmer et Pr Bischoff. www.vd.ch/fileadmin/user_upload/organisation/dsas/ssp/fichiers_pdf/Reseaux_de_soins/Rapport_MC-13042010.pdf
2 Livre blanc Delta. 2017. https://reseau-delta.ch/uploads/publications/livre-blanc-fr-5_10.pdf

Aborder les coûts de la santé suscite de vives réactions: l'émotion l'emporte souvent sur la raison, les agendas sont bien cachés, quel que soit le thème abordé ou l'intelligence des tribuns¹. Egrenons quelques numéros pertinents du *Courrier du médecin vaudois (CMV)*.



2008: MC et réseaux

En 2007, la Société Vaudoise de Médecine (SVM) publie les principes du MC, modifiés par le GS2 (groupement de la SVM sur la gestion des soins, né en 2008) et votés en assemblée des délégués en 2010. Le 1^{er} juin 2008, le peuple suisse refuse la loi sur la «Qualité et efficacité économique dans l'assurance maladie»; en d'autres mots, le peuple choisit le maintien de l'obligation de contracter. Le *CMV* livre une réflexion prudente au sujet des MC, face à une nouvelle charge contre les HMO aux Etats-Unis. Cette ouverture est un changement pour la SVM.

2015: économicité et CdC

Le MC est refusé par le peuple en 2012. Notre avocat, Me Luyet, rappelle que la LAMal, malgré toutes les critiques légitimes qu'on peut lui adresser, se base encore sur la confiance accordée aux prestataires de soins que nous sommes. Mais pour combien de temps? L'économicité est essentiellement utilisée par les assureurs pour attaquer un médecin. Le Dr Steinhäuslin décrit l'intérêt du centre de confiance (CdC): une structure informatique créée par la SVM pour y concentrer les factures des médecins affiliés, avec un taux d'adhésion de plus de 75%. Le CdC est une arme efficace lorsqu'une assurance accuse un médecin de la SVM de coûter trop cher. Il a permis de régler rapidement des conflits là où le médecin accusé aurait mis des années à rassembler les pièces pour prouver son bon droit.

2018: raisonnable?

Tous les acteurs de la santé s'accordent sur les faits que la santé coûte cher et que le système est perfectible. Les divergences apparaissent massivement quant aux solutions et le débat reste très politico-émotionnel, source de blocages. Malgré toutes les critiques qui leur sont adressées, les systèmes de santé alternatifs existent et évoluent. Le plus présent au niveau romand, le réseau Delta, passe en vingt ans de rien à 271 médecins et 95 000 assurés. Cette croissance suscite d'autres problèmes, affrontés spécifiquement².

Le Pr Bailly décrivait un bon réseau à l'époque des votations sur le MC en 2012: participation volontaire, objectif éthique, transparent, orienté vers le patient.

En 2018, la stratégie de Delta est d'évaluer et de renforcer la qualité, en postulant que l'économicité va (parfois) suivre. Le beurre et parfois l'argent du beurre. ■



Dr MICHAËL KLAY
MEMBRE DU COMITÉ
DE MFVAUD, DÉLÉGUÉ DU GS2
À L'AD DE LA SVM, MEMBRE
DU CONSEIL D'ADMINISTRATION
DE DELTA-VAUD





Organisation de la garde médicale

Une légitimité renouvelée

Dans le canton de Vaud comme ailleurs, la garde médicale, basée sur les principes de subsidiarité et de solidarité, fait partie de l'ADN des médecins et elle représente l'un des sujets régulièrement abordés dans le *Courrier du médecin vaudois* depuis sa création il y a 30 ans. Les médecins en ont toujours assumé l'organisation et la pénibilité, au bénéfice de leur patients et plus largement de la population.

Sans surprise, les évolutions sociodémographiques que nous vivons depuis quelques décennies (vieillesse, éclatement du cercle familial, hypermobilité, exigences en regard des progrès, individualisation des valeurs, etc.) ont eu un impact majeur sur la garde médicale et son organisation.

QU'EST-CE QUI A CHANGÉ?

Il y a à peine 40 ans, le notaire d'un village du gros de Vaud, en vacances dans le Pays-d'Enhaut, se faisait conduire chez son généraliste un dimanche soir après un accident de ski. C'est ce médecin, de garde 24h/24 pour ses patients, qui plâtrait après

avoir réduit la fracture sous scopie à l'aide de son épouse, transformée alors en assistante médicale. Le notaire et le médecin reprenaient leurs activités respectives dès le lundi matin.

Les médecins, qui ont toujours mis un point d'honneur à assurer la continuité de la garde, en ont fait profondément évoluer son organisation. De plus de 30 cercles géographiques, nous sommes passés à une quinzaine pour la médecine interne générale. Sans compter le déploiement progressif de gardes dans de nombreux domaines comme la pédiatrie et la psychiatrie, ainsi que les prestations spécialisées (ORL, gastroentérologie, urologie, etc.) réalisées au bénéfice de patients hospitalisés dans les hôpitaux et cliniques.

CENTRALE TÉLÉPHONIQUE DES MÉDECINS DE GARDE

Alors qu'elle l'assumait depuis toujours, l'organisation de la garde est confiée à la SVM par convention dès 2005. C'est à cette occasion que la fameuse Centrale Téléphonique des Médecins de Garde est cédée à la Fondation Urgence Santé financée par le Canton de Vaud. Les appels convergent vers un numéro d'appel unique (0848 133 133), puis ceux des urgences vitales au 144. Le triage réalisé au moyen d'algorithme par du personnel spécialisé ne dépend désormais plus du médecin de garde, auquel il n'est plus systématiquement fait appel.

VERS UNE DIFFÉRENCIATION DES URGENCES

La différenciation conceptuelle entre les urgences médicales requérant un déplacement à domicile et celles permettant le déplacement du patient au cabinet du médecin de garde remonte à la fin des années 2000. Cette évolution a permis une rationalisation des gardes en regroupant de nombreux secteurs. Dans le même temps, les progrès technologiques et la nécessité de pouvoir disposer de plateaux médico-techniques de plus en plus sophistiqués ont fait évoluer les standards de prise en charge. Ils contribuent à déplacer une partie croissante des urgences vers les hôpitaux ou des centres ambulatoires dédiés dans les régions urbaines et périurbaines qui ont connu une croissance démographique soutenue. En effet, un cabinet indépendant peut difficilement assumer l'infrastructure propre aux urgences, que ce soit en termes d'équipement ou surtout de personnel administratif et paramédical.

DE LA MAISON DE LA GARDE À LA MAISON DE LA GARDE HOSPITALIÈRE

La disponibilité des centres d'urgence en dehors des heures habituelles de consultation a accéléré la baisse du nombre de visites à domicile. La baisse des coûts des visites à domicile a été compensée par la multiplication des examens diagnostiques d'imagerie de laboratoires, qui se sont progressivement imposés dans la prise en charge des urgences médicales. A cet égard, il faut encore relever que la «taxe d'urgence», désormais restreinte aux urgences réellement vitales, menace à terme la survie de nombreuses permanences et risque paradoxalement d'engorger encore un peu plus les urgences hospitalières.

Dans plusieurs cantons, les médecins indépendants apportent leurs compétences aux centres d'urgence des hôpitaux, transformés en maisons de la garde hospitalière. L'organisation de la garde pédiatrique à l'Hôpital de l'Enfance (HEL) et aux Etablissements Hospitaliers du Nord Vaudois (eHnv), de la garde de médecine interne générale dans le Pays d'Enhaut, et bientôt d'une partie de la région nord s'approchent de ces modèles.

RÔLE DE LA SVM

La SVM accompagne et soutient ces évolutions, dans lesquelles de nombreux médecins s'engagent, comme leurs aînés l'ont toujours fait. Forts de ces expériences, les groupements de régions et de spécialités à l'origine de ces évolutions tiennent cependant à ce que ces nouvelles organisations qui nécessitent la participation financière du Canton – rendue possible grâce aux prestations d'intérêt général de la LAMal – se réalisent au moyen de conventions entre eux, la SVM qui les représente et l'Etat ou ses mandataires.

PRÉSERVONS LE DÉBAT DÉMOCRATIQUE

Le 30 octobre 2018, après de longues discussions, le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) et la SVM ont décidé de refonder l'organisation de la garde par une convention qui dépasse le principe de l'obligation de garde ambulatoire, en se fixant comme objectif de la coordonner avec d'autres dispositifs de réponse à l'urgence dès le 1^{er} janvier 2019.

C'est dans ce cadre, qui s'inscrit dans l'esprit du partenariat public-privé conclu en 2009 entre la SVM et le DSAS, que les médecins continueront à organiser la garde. Ils pourront choisir explicitement s'ils effectuent leurs obligations de garde en tant qu'indépendant en jouissant de la liberté thérapeutique, ou comme salarié susceptible d'appliquer les directives éventuelles d'un employeur, fût-il l'Etat.

Cette refondation doit permettre une optimisation de la réponse à l'urgence, notamment par une coordination structurée de la garde médicale obligatoire avec les autres processus de réponse à l'urgence effectués sur une base volontaire, financés par la main publique via des mandataires régionaux chargés de les mettre en œuvre. ■

Dr PHILIPPE EGGIMANN
PRÉSIDENT DE LA SVM



Consultez la liste de nos
professionnels sur www.fveconstruction.ch
et sur notre application FVE Annuaire



Nos charpentiers sont loin d'être marteau !

Nos membres **forment** des apprentis.

entrepreneurs!
fédération vaudoise

Regard d'un médecin trentenaire

«Un éclairage éthique et juridique pour prendre du recul sur la profession»

J'ai découvert le *Courrier du médecin vaudois* lors d'un stage en 2015.

En tant que jeune médecin, c'est une source d'information que je consulte régulièrement sur le web depuis que je me suis installé en cabinet à Avenches en novembre dernier.

A mes yeux, le *CMV* est une excellente vitrine pour la Société Vaudoise de Médecine. Il véhicule des informations de première main sur des aspects politiques et sanitaires, avec une orientation pratique. Il prend de la distance par rapport au domaine purement médical, car il existe déjà de nombreuses revues scientifiques pour nous tenir à jour des dernières évolutions et des nouveaux traitements. Celles-ci donnent beaucoup moins d'informations relatives aux aspects administratifs de la médecine. Le *CMV* permet de combler cette lacune; c'est pourquoi j'essaie de feuilleter chaque édition.

LUMIÈRE SUR LA PRATIQUE

Ce que je recherche essentiellement en ouvrant ce magazine, ce sont les éclairages juridiques et toutes les astuces pratiques pour une gestion idéale de son cabinet. Ces conseils me rendent davantage sensible aux éléments qui nécessitent une attention particulière au quotidien. En se tenant régulièrement informé, on évite de se retrouver ensuite confronté à une situation problématique, par négligence ou simplement par manque d'expérience.

Le *CMV* a bien sûr un rôle important à jouer dans la pratique médicale. Par exemple, on peut y trouver des analyses de la profession sur le plan éthique. Cela incite chaque médecin à se questionner



PORTRAIT

Le Dr Gallay a commencé ses études de médecine à Fribourg et les a terminées à l'Université de Zurich. Après une formation postgraduée en Suisse alémanique, il est revenu en Suisse romande où il a perfectionné ses connaissances et sa pratique en médecine interne pour devenir chef de clinique à l'Hôpital intercantonal de la Broye à Payerne. Depuis novembre 2017, il est installé en tant que médecin généraliste au centre médical avenchois Aventimed, qu'il a créé avec le Dr Apothélos. Marié, il est père de trois enfants.

et à surmonter judicieusement les contraintes auxquelles il doit faire face, de manière à établir un cadre aussi favorable que possible pour les patients.

La *CMV* s'efforce aussi de faire le point sur des sujets qui font polémique, comme le revenu des médecins. En développant une présentation complète des charges, il a en l'occurrence démontré que l'absence d'informations claires était à l'origine des attaques déplacées de certains politiciens. Pour éviter les malentendus, il est donc extrêmement précieux de proposer de telles vues d'ensemble, des analyses d'une problématique sous toutes ses facettes.

SE TOURNER VERS L'AVENIR

Selon moi, il serait par ailleurs intéressant de transmettre des mises en garde contre les diverses arnaques ou tromperies auxquelles nous pouvons être confrontés.

Quelques entreprises profitent en effet de l'ingénuité de certains médecins, notamment dans le domaine informatique, où la confiance accordée aux solutions de certains «experts» n'est pas toujours très bien placée.

Du reste, j'ajouterais peut-être une rubrique concernant les nouvelles technologies dans le milieu médical. Je trouverais judicieux de s'intéresser davantage aux appareils tels que les stéthoscopes connectés et autres outils novateurs. Pour se distancer des propos parfois biaisés des fabricants, il serait utile d'offrir un regard plus neutre sur la question. Le *CMV* pourrait rendre attentif aux aspects éthiques et pratiques, sans s'attarder sur une analyse technique des produits. Ce point de vue alternatif et davantage objectif contribuerait à former les contours des futurs cabinets médicaux. ■

Check-up *humour*



Ce qu'en pense...



Dr PATRICK AMEZY

DOCTEUR EN SOCIOLOGUE, MER À L'UNIVERSITÉ DE GENÈVE

Se renouveler en conservant son identité, tout l'enjeu du CMV

L'existence du *Courrier du médecin vaudois* (CMV) rappelle l'utilité pour un organe périodique de presse professionnelle d'éclairer des problématiques médicales ou de santé publique en croisant les regards et en multipliant les points de vue. En contrepoint d'une presse généraliste qui mise sur l'événementialité et l'actualité du jour, le CMV semble tenir le cap de sa ligne éditoriale: proposer des dossiers thématiques en donnant la parole aux médecins, mais parfois aussi à des spécialistes d'horizons divers (éthique, droit, etc.). A cet égard, des études¹ montrent que la presse médicale, tant scientifique que professionnelle, est une source d'information primordiale pour la formation continue des médecins. En guise de comparaison, en France, 84% des médecins déclaraient, en 2008, faire un usage de ce type de presse (deux à trois heures de lecture par semaine), tandis que «seuls» 66% d'entre eux admettaient recourir à des sources provenant du web. La demande d'échange d'informations médicales et professionnelles est donc bien présente parmi les praticiens.

Tout en promouvant le partage de savoirs et d'informations, le CMV n'a eu de cesse, ces dernières années, de prouver que la pratique médicale gagne à s'inscrire au cœur des débats de société contemporains. Les derniers et récents numéros de 2018 l'attestent: l'assurance maladie, la garde médicale ou le surdiagnostic au scanner soulignent les avantages, en termes d'intelligibilité, d'une mise en perspective de la pratique de la médecine au regard de l'environnement humain et social au sein duquel cette pratique s'exerce (relations avec les patients, politique de santé, etc.).

Pour autant, le «medium est le message», disait Mac Luhan. Se pose ainsi la question de savoir quelle forme d'expression revêtira le CMV à l'avenir. Si la présence de cette publication sur le Net semble acquise, et que l'archivage actuel facilite une compréhension historique des sujets traités, le choix des formats et genres privilégiés mérite discussion. Le CMV a-t-il intérêt à s'en tenir à son format initial – une publication écrite et périodique – qui a fait ses preuves, ou à innover? Devrait-il concilier, voire privilégier des articles explicatifs et

informationnels, ou au contraire valoriser davantage des textes narratifs (récits de pratiques, retours d'expérience) et dialogaux (interviews, conversations avec verbatim)? Enfin, cette publication gagnera-t-elle, sans perdre sa vocation première, à saisir au vol l'esprit numérique de notre modernité, en s'ouvrant à un principe d'interactivité (plate-forme en ligne, intégration de forums)? Les réponses à ces questions auront peut-être des incidences lorsqu'il s'agira d'inciter la nouvelle génération de médecins à devenir contributeurs. Au final, le CMV devra sans doute continuer à viser ce qui me semble être l'un de ses objectifs phares: contribuer à participer à la vitalité d'une communauté de médecins et la doter d'une identité professionnelle à l'échelle cantonale. A l'aune de cette publication, et en leur qualité de lecteurs vs auteurs, spécialistes et généralistes pourront alors continuer à s'engager sur la voie de la réflexivité, dans un espace qui leur appartient. ■

¹ Cf. Dang Ha Doan (B.), Levy (D.), Teitelbaum (J.), Allemand (H.), «Médecins et pratiques médicale en France 1967 - 1977 - 2007: Les lectures médicales et les moyens de formation permanente». Cahiers de sociologie et de démographie médicales, vol. 48, n° 4, 2008/10-12, p. 514-532.

Zoom sur les plus beaux dessins d'Yves Giroud, fidèle illustrateur du CMV.

CMV 6, octobre 2016
Loi sur le travail dans les hôpitaux



CMV 7, novembre 2004
Prévention et capital-santé
sont indissolubles

CMV 1, février 2015
Certificat d'arrêt de travail



CMV 3, mai 2016
La garde de demain



CMV 7, novembre 2000
Tous au chevet de la santé



CMV 2, mars 1999
Médecine générale
au tournant du siècle



CMV 3, mai 2002
Spécialistes et généralistes



CMV 6, octobre 2005
Esprit qualité es-tu là?

BB-Soft, trente ans au service informatique des médecins suisses



Souvenez-vous! Il y a trente ans, le médecin envoyait sa note d'honoraires à ses patients au bout de trois mois de traitement sous la forme d'une simple lettre en annonçant le montant. En dehors des coordonnées du médecin et de l'identité du patient traité, aucun autre détail n'apparaissait sur cette missive admise depuis des décennies:

«Ma note d'honoraires pour les soins donnés du X au X pour le montant de X francs.»

En 1991, le Conseil fédéral constatait que, «depuis des années, l'augmentation des coûts de la santé est plus forte que celle des coûts de la vie et des salaires».

De fait, entre 1996 et 2015, le chiffre absolu des coûts totaux de la santé a presque doublé, ce qui correspond, taux d'inflation pris en compte, à une augmentation de 78% en vingt ans.

Les causes en sont multiples, la principale étant l'amélioration des techniques médicales, préventives et curatives, aboutissant à un vieillissement global de la population.

Cependant, il est apparu aux différents intervenants de la santé, autorités, corps médical, assureurs, que le coût global de la santé humaine n'était pas correctement analysable pour assurer une compréhension fine des dépenses engagées et en tirer des politiques de régulation dans le but de maîtriser l'augmentation constante du domaine de la santé humaine.

Il fut alors imaginé l'obligation aux fournisseurs de prestations médicales de détailler leur facturation et d'effectuer le rassemblement de la totalité de ces informations économiques pour en améliorer l'analyse.

Ainsi naquit le système TarMed

L'application d'une tarification détaillée de chaque prestation, un forfait pour les activités courantes ou un découpage en tranches unitaires rapporté au temps passé, couplée au rassemblement de l'ensemble des prestations facturées, allait permettre une analyse statistique fine des coûts et permettre de pointer là où les efforts de réduction seraient les plus efficaces.

Accessoirement, la mise en place de ce nouveau tarif devait permettre une réduction de la différence de rémunération entre les activités intellectuelles et techniques.

Force est de constater que beaucoup reste à faire

Le tarif de 5000 prestations auxquelles s'appliquent 15000 règles de hiérarchie, de cumul et de limitations ressemble à une note d'épicerie que seule l'informatique est capable de gérer.

Le tarif de chaque prestation n'ayant pu être établi que sur la base de négociations (par manque de données objectives au départ), il en résulte une forte disparité entre les différentes spécialités, plus ou moins bien défendues.

Enfin, la prise en charge du coût du rassemblement des données détaillées de la facturation médicale dans des centres informatiques en permettant l'analyse n'ayant pas fait l'objet d'un accord, les sociétés cantonales de médecine d'un côté et les assureurs de l'autre ont constitué des centres informatiques de collection de données chacun de leur côté, ne permettant pas la mise en place concrète de l'échange électronique de données comme cela avait été prévu.

C'est en 1988 que BB-Soft a créé le logiciel MédiACT, d'abord à l'usage de trois cliniques médico-chirurgicales de la région, puis progressivement diffusé à l'ensemble des cantons romands dans les cabinets médicaux. L'assistance qu'il apporte à la gestion quotidienne de la partie administrative des activités du cabinet n'a cessé de s'élargir pour permettre au médecin de consacrer le maximum de son temps à son activité auprès des patients.

BB-Soft
Informatique

BB Soft Informatique

Route du Pavement 14 – 1018 Lausanne

T. 021 312 29 49 – F. 021 312 45 54

E-mail: mediact@bbsoft.ch – www.bbsoft.ch

Assemblée générale

Le GMH adopte un nouveau texte de résolution

Le Groupement des médecins hospitaliers s'est réuni en Assemblée générale le 11 octobre 2018, sous la conduite du Dr Philippe Saegesser, président du GMH.

Celui-ci a réalisé un tour d'horizon des nombreux dossiers traités au cours de l'année écoulée. Parmi eux, le règlement sur l'organisation médicale et la rémunération des médecins cadres – proposé par le Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) à fin 2016 et annulé par la Cour constitutionnelle en octobre 2017 –, le mandat donné consécutivement au Contrôle cantonal des finances, la prétendue problématique de la double facturation, la clause du besoin et l'AVOLAF (arrêté sur la limitation de l'admission des fournisseurs de prestations à pratiquer à la charge de l'assurance-maladie obligatoire), ainsi que le nouveau régime de la garde et la réponse à l'urgence dans le canton de Vaud.

Chacun de ces sujets étant déterminant dans son champ d'application pour l'avenir de la pratique médicale, le GMH a consacré ses efforts à en décortiquer les enjeux et à inscrire son action dans la défense des intérêts légitimes de la médecine hospitalière.

UNE VISION COMMUNE POUR L'AVENIR

Convaincus de la nécessité de fédérer le GMH autour de valeurs et de priorités communes dans un paysage sanitaire vaudois en évolution, les membres du GMH ont adopté à l'unanimité une résolution élaborée par le bureau et les doyens du GMH. Ce texte propose une vision commune des fondamentaux de la médecine hospitalière et des conditions-cadres nécessaires pour le maintien de la qualité des prises en charge, la motivation des professionnels ainsi qu'une relève digne de ce nom au sein des établissements régionaux d'intérêt public.

Cette résolution va encadrer les prochaines réflexions et démarches du groupement. La SVM pourra également s'y référer dans ses discussions avec le Canton. ■

Le texte de cette résolution est exposé en page 28 du présent CMV et sur le site web de la SVM, dans la rubrique GMH: <http://www.svmed.ch/groupements/groupement-des-medecins-hospitaliers-gmh>

CHRISTINE GABELLA



JOURNÉE DE LA SVM 6 DÉCEMBRE 2018

AU PROGRAMME

17H À 19H30

Apéritif dînatoire,
exposition des 30 ans du CMV
au Folklor Club (place de la Riponne)
et visite de l'exposition COSMOS
au Palais de Rumine

20H À 22H30

Concert privé
à la cathédrale de Lausanne
(Messe en si de Bach, reprise par le chœur Calliope)

Renseignements et inscriptions sur
www.jsvm.ch
jusqu'au vendredi 23 novembre.

Médecins hospitaliers

Résolution adoptée par le GMH

Le Groupement des médecins hospitaliers (GMH) rassemble les médecins chefs et agréés de la SVM travaillant dans les hôpitaux publics et privés d'intérêt public actifs sur le canton de Vaud, à l'exception des Hospices-CHUV.

La présente résolution a pour but de rappeler les valeurs fondamentales de la profession que les médecins du GMH défendent, et autour desquelles ils entendent construire des relations contractuelles et fonctionnelles avec les hôpitaux de la FHV.

Le GMH souhaite restaurer des relations partenariales avec les organes dirigeants des hôpitaux. Ces relations doivent s'inscrire dans une véritable coopération en vue d'un objectif commun, par la concertation et la consultation, dans le respect de la mission, des limites et des attentes de chacun, et dans un partage équitable du pouvoir, des risques et des responsabilités.

Une fois adoptée en Assemblée générale, cette résolution servira de canevas à la conclusion d'un accord-cadre avec le DSAS, de manière à donner une force juridique supplémentaire et une portée cantonale aux valeurs et principes défendus par le GMH et ses membres.

CONTENU

Le Groupement des médecins hospitaliers a adopté la résolution suivante lors de son Assemblée Générale du 11 octobre 2018.

Le GMH

1. Défend la liberté thérapeutique du médecin, en assumant pleinement les responsabilités liées aux bonnes pratiques qui lui incombent. Il s'engage pour la faire inscrire dans tous les



textes conventionnels régissant le statut et les activités des médecins dans les hôpitaux.

2. Défend des relations partenariales avec les organes dirigeants des hôpitaux, en particulier dans:
 - la définition d'une politique hospitalière et des missions correspondantes;
 - les projets médico-soignants;
 - la définition des titres et cahiers des charges des médecins hospitaliers.
3. Se mobilise pour renforcer au sein de la gouvernance hospitalière l'intégration des médecins directement impliqués dans l'activité clinique.
4. Se mobilise pour garantir une représentation médicale prépondérante dans les commissions de nomination des médecins, en particulier dans celles qui concernent la nomination de médecins chefs de service.
5. Milite pour la transparence des flux financiers au sein des hôpitaux, en particulier pour s'assurer que les

modèles de rémunération variable soient lisibles, cohérents et garantissent une fixation équitable des revenus entre les différentes disciplines.

6. Veille à une définition commune des titres et des cahiers des charges des médecins formés au sein des hôpitaux de la FHV.
7. Fait reconnaître et indemniser de manière appropriée les charges liées aux Prestations d'Intérêt Général, en particulier en ce qui concerne les gardes et piquets. Il veille à ce que les principes relatifs à leur financement soient définis de manière transparente et partenariale.
8. Fait reconnaître le rôle des médecins hospitaliers dans l'encadrement, la supervision et l'apprentissage des médecins en formation. Il milite pour la valorisation de la charge de travail que représente cette formation pour les médecins des hôpitaux de la FHV. ■

Analyse juridique

Le médecin hospitalier: entre dépendance et indépendance

La présente contribution fait office de compte rendu de la conférence donnée dans le cadre de l'Assemblée générale du Groupement des médecins hospitaliers (GMH).

Cette contribution examine brièvement la position du médecin hospitalier lié à l'hôpital par un contrat de travail. L'une des caractéristiques de la relation de travail est que l'employé se trouve dans un rapport de subordination juridique envers son employeur, qui peut lui donner des instructions. Le corollaire est que l'employeur doit veiller à la protection de la personnalité de ses employés et mettre à disposition un environnement de travail qui soit de nature à prévenir les risques professionnels.

QUE RISQUE LE MÉDECIN?

Quel que soit le régime légal qui le lie à son employeur, la responsabilité personnelle du médecin peut être engagée en raison de son activité hospitalière. Les responsabilités pénale et civile sont toutes deux appréciées à l'aune du respect des règles de l'art médical. Selon la jurisprudence du Tribunal fédéral (TF), dans l'exécution de sa mission, le médecin doit mettre à disposition ses connaissances et ses capacités; il ne garantit pas d'obtenir un résultat. Le médecin doit observer les règles de l'art médical, soit les principes établis par la science médicale, généralement reconnus et admis, communément suivis et appliqués dans la profession¹. Il convient d'accorder une grande importance aux règles déontologiques fixées par les organisations corporatives. Ainsi, le Code de déontologie de la FMH et le guide pratique «Bases juri-

diques pour le quotidien du médecin» édicté par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et la FMH contiennent et expliquent les règles qui s'appliquent aux médecins et auxquelles les tribunaux peuvent se référer. La responsabilité pénale expose le médecin à une sanction étatique, par exemple en cas de décès du patient² ou de lésions corporelles³. Sur le plan civil, les médecins peuvent voir leur responsabilité pécuniaire engagée en cas de violation des règles de l'art⁴. En particulier, tout traitement nécessite une information convenable au patient et le consentement éclairé de celui-ci (art. 4.2 et 4.3 du guide pratique ASSM). Le TF s'est notamment référé à la pratique de la Société suisse d'orthopédie qui avait pour règle de ne pas signaler au patient les risques dont la probabilité était inférieure à 1%⁵. Le patient doit disposer du temps nécessaire lui permettant de réfléchir avant de donner son accord sous réserve des cas d'urgence⁶.

EST L'HÔPITAL?

En cas d'erreur médicale, l'hôpital peut aussi répondre sur le plan civil des omissions et erreurs de ses médecins hospitaliers. En effet, le droit prévoit une responsabilité de l'employeur à raison des actes de ses auxiliaires et employés (art. 55 et 101 CO).

INTERDÉPENDANCE

Ce tour d'horizon permet de prendre conscience de ce qui suit.

- Le médecin hospitalier peut voir sa responsabilité personnelle engagée en raison de sa pratique professionnelle, sur les plans pénal et civil. Pour prévenir ces risques, il doit respecter les règles de l'art médical, lesquelles sont vastes et importantes. Pour y faire face, le

médecin peut exiger de son employeur de pouvoir travailler dans un environnement de travail qui lui permette d'exercer avec diligence et fidélité, dans le respect des règles déontologiques, des règles de l'art et de sa personnalité.

- La responsabilité de l'hôpital peut aussi être engagée à raison des actes de ses médecins hospitaliers. Pour ce motif, l'hôpital, qui est tenu de fournir un environnement de travail adéquat, peut instruire ses médecins de pratiquer dans le respect d'une organisation appropriée.

Ainsi, le médecin hospitalier et l'hôpital sont deux partenaires liés par une interdépendance, dans laquelle chacun dispose du droit de requérir de l'autre les moyens qui permettent d'accomplir les tâches médicales avec succès. ■

1 TF 4A_696/2012.

2 TF 6S_570/2006, au sujet d'un homicide par négligence; il n'a pas été possible d'établir la causalité entre le surdosage de médicaments et le décès, de sorte que les médecins ont été acquittés.

3 Deux exemples s'agissant de lésions corporelles par négligence: ATF 135 IV 56 concernant un médecin psychanalyste, ne possédant pas la formation nécessaire pour le faire, qui a attesté qu'un patient ne présentait pas de tendances suicidaires ni de danger pour autrui, ce qui a permis la restitution d'une arme à feu à cette personne, qui en a ensuite fait usage et a blessé grièvement un tiers; ATF 130 IV 7 concernant la condamnation d'un médecin assistant, pour n'avoir pas diagnostiqué une importante hémorragie cérébrale, ayant entraîné une invalidité chez un patient victime d'une chute en planche à roulettes.

4 Soit directement envers le patient ou sa famille, soit envers l'hôpital employeur qui a réparé le dommage.

5 ATF 133 III 121.

6 TF 4P265/2002.

Me RÉMY WYLER
DOCTEUR EN DROIT,
AVOCAT, PROFESSEUR
À L'UNIVERSITÉ



Conférence des présidents

Compte rendu de la rencontre du 27 septembre 2018

La Conférence des présidents de groupements de spécialités de la SVM s'est déroulée le jeudi 27 septembre au Casino de Montbenon, à Lausanne. Trois sujets ont été abordés.

ANNUAIRE CANTONAL

Suite à l'envoi mi-septembre d'un courrier du médecin cantonal intitulé «Mise à jour de vos données personnelles et professionnelles», il est rappelé que le recueil de telles données n'a pas de caractère obligatoire.

Dans le cas précis, cette démarche pose surtout problème quant à l'indication souhaitée du taux d'activité. Non seulement il n'est pas facile pour un médecin indépendant de le définir, mais, surtout, fournir cette information n'est pas sans risque compte tenu de la volonté affichée de l'Etat de réduire la densité médicale dans certaines régions. Les médecins souhaitant remettre leur cabinet dans la perspective d'un départ à la retraite, et qui ont déjà commencé à réduire leurs activités, pourraient notamment être touchés.

FORMATION POSTGRADUÉE

En réponse à la demande de l'Ecole de formation postgraduée (EFPG) de l'UNIL-CHUV d'adresser aux présidents des groupements de spécialités un bref questionnaire sur le nombre de spécialistes à former ces prochaines années, il est convenu que la SVM fera part de sa volonté de collaborer à la réalisation d'un état des lieux de la formation postgraduée dans le canton, mais également du fait que les modalités proposées ne lui paraissent pas pertinentes.

Il semblerait en effet plus approprié de mener cette démarche de manière structurée dans le cadre du partenariat public-privé SVM-DSAS, en y associant des groupes de travail de chaque spécialité pour une vraie valeur ajoutée.

DIRECTIVE SUR LA GARDE MÉDICALE

Un point de situation a enfin été effectué quant aux discussions en cours sur la garde médicale, dont l'Etat souhaite retirer l'organisation à la SVM à fin 2018 au profit de mandataires régionaux. Le futur mode d'organisation prévu dans le Nord vaudois dès 2019 a notamment été présenté, ainsi que les dernières modifications apportées au projet de directive en cours d'élaboration. L'importance que la SVM puisse rester signataire des conventions passées avec l'Etat, afin de pouvoir défendre valablement les intérêts de toute la corporation, a été soulignée. Différents points de vue sur l'intérêt, la pertinence, la légalité ou les risques d'un changement de système ont aussi été échangés. ■

Calendrier des formations

JEUDI DE LA VAUDOISE

22 novembre 2018

Psychiatrie ambulatoire

au CHUV, auditoire César-Roux

Organisateur: Pr Charles Bonsack

Modérateur: Dr Alain Birchmeier

8h30 Accueil

9h Séances plénières

«Intervenir dans les phases critiques de rétablissement de problèmes de santé mentale»

Pr Charles Bonsack, CHUV, psychiatrie communautaire

«Elaborer un plan de crise conjoint avec une personne souffrant de troubles psychiques»

Pascale Ferrari, infirmière spécialiste clinique,

et Gilles Rouvenaz, pair praticien en santé mentale

10h Pause-café

10h15 Séminaires interactifs

à 12h • Crise suicidaire avec patient alcoolisé à domicile

• Intervention pour un patient psychotique à domicile

• Refus de traitement psychotrope par un patient

Experts: Pr C. Bonsack, Dres Alexandra Antonazzo, Eva De Boer, Florence Macheret, Perla Morena, Alessandra Solida-Tozzi, Drs Sébastien Brovelli, Antonios Gerostathos, Stéphane Morandi

Modérateurs: Dres Isabelle Marguerat Bouché, Anne-France Mayor-Pleines, Sophie Paul, Francine Pilloud, Drs Alain Birchmeier, Abram Morel, Philippe Staeger, Alain Schwob



Les *Jeudis* de la Vaudoise

Sous réserve de modifications – www.svmed.ch

Programme
et inscription
en ligne!
www.svmed.ch

Programme 2018 – 2019

ABONNEMENT GÉNÉRAL POUR LES JEUDIS DE LA VAUDOISE

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 22 novembre 2018
Psychiatrie ambulatoire | <input type="checkbox"/> 11 avril 2019
Hématologie |
| <input type="checkbox"/> 17 janvier 2019
Acquisitions thérapeutiques | <input type="checkbox"/> 16 mai 2019
Maintien à domicile |
| <input type="checkbox"/> 14 février 2019
Radiologie | <input type="checkbox"/> 27 juin 2019
La médecine en 2025 |
| <input type="checkbox"/> 14 mars 2019
Assécurologie et éthique | |

Horaires:

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

Tarifs:

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

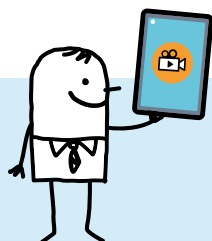
Carte de parking du CHUV:

- 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, Pr J. Cornuz (président), Drs A. Birchmeier, A. Morel, Ph. Staeger 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 www.svmed.ch (formation continue), quatre jours après le déroulement d'un JVD.

svm FORMATION
Société Vaudoise de Médecine

INSCRIPTION À FAXER

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

PRÉNOM _____

NOM _____

RUE _____

NPA _____

LOCALITÉ _____

TÉL. _____

E-MAIL _____

DATE _____

SIGNATURE _____

CACHET DU CABINET _____

CONTACT

Société Vaudoise de Médecine
Chemin de Mornex 38
Case postale 7443
1002 Lausanne
Tél. 021 651 05 05
formationcontinue@svmed.ch

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

Cette organisation est rendue possible grâce à nos partenaires





Avec le Combi-Steam, la cuisine devient un plaisir.

V-ZUG vous facilite la cuisine en proposant des solutions simples et individuelles. Le nouveau Combi-Steam MSLQ est le premier appareil au monde à réunir les types de chauffe conventionnels, la vapeur et le micro-ondes. Cuisiner sainement et rapidement est un vrai plaisir: vzug.com

V-ZUG SA, Chemin des Lentillières 24, 1023 Crissier
Tél. 058 767 38 60, fax 058 767 38 69, crissier@vzug.com



La perfection suisse à la maison

Hommage à Noël Genton, chirurgien pédiatre

Noël Genton nous a quitté le 26 septembre 2018 dans sa 93^e année. Nous avons pris congé de lui au temple des Croisettes à Epalinges, d'où la vue magnifique sur le Léman qu'il aimait tant ressemble beaucoup à celle de son enfance.

Fils de pasteur, il passa son enfance à la cure de Genolier avec ses six sœurs et frères. Il acheva ses études de médecine à Lausanne en 1950. Son nom est attaché à la naissance et au développement de la chirurgie pédiatrique en Suisse et à l'étranger. Il se forma à Zurich dans le tout jeune Service de chirurgie pédiatrique de Max Grob. Ce n'était jusqu'alors que de la chirurgie générale adulte appliquée à l'enfant, et ce n'est qu'entre 1945 et 1950 que la chirurgie pédiatrique prit son essor.

F. Saegesser, jeune chef du Service de chirurgie générale était convaincu de la nécessité d'une prise en charge spécifique des différentes spécialités, en particulier de celle des enfants. Le 1^{er} mai 1961, il crée une unité de chirurgie pédiatrique de onze lits au sein de son service et nomme Noël Genton à sa tête. Il entreprend d'offrir des soins spécifiques aux enfants et un environnement adapté à leurs besoins. Il s'attache tout d'abord à créer une unité néonatale de façon à séparer de manière stricte les nouveau-nés des autres patients, en particulier des adultes. Le 22 octobre 1971, il obtient du Conseil d'Etat que soit créé un Service de chirurgie pédiatrique indépendant. En 1980, son service est l'un des trois premiers à tester le nouveau bâtiment du CHUV. Nous y avons essuyé les plâtres – au sens propre du terme –, ce qui ne fut pas simple.

Noël Genton fait encore figure de pionnier en ouvrant le premier centre de

chirurgie ambulatoire en 1982, ce qui lui vaut de nombreuses critiques, non pas des parents qui étaient ravis, mais de certains confrères et d'autres centres suisses qui n'ont développé de telles structures que bien plus tard. Il conçoit un «hôpital de jour» organisé pour accueillir les enfants, les opérer et surveiller leur réveil en un même lieu qui fermait le soir. En plus des bénéfices psychologiques pour les enfants et leurs familles, cette évolution a eu des effets économiques très favorables.

Comme tous les chirurgiens pédiatriques à l'époque, Noël Genton savait pratiquement tout faire. Ses domaines de prédilection étaient l'urologie pédiatrique, la chirurgie plastique et les reconstructions œsophagiennes. Son activité en urologie pédiatrique a fait de Lausanne un centre de référence dans ce domaine.

Noël Genton a développé l'action humanitaire en faveur des enfants défavorisés. Il était un ami d'Edmond Kaiser qui avait fondé *Terre des Hommes* en 1960. Il accueille des enfants ne pouvant être soignés dans leur pays d'origine dès 1971. Il s'engage pour faire construire un hôpital pédiatrique de 140 lits au Bénin. Il s'implique dans la formation de soignants (médecins, infirmières) locaux pour prendre en charge sur place le plus d'enfants possible et pour assurer le suivi de ceux qui sont retournés chez eux. Noël Genton a effectué de nombreuses missions en Afrique, parfois au prix de sa santé. Son action perdure aujourd'hui.

Il prend sa retraite en 1991, au terme d'une fête mémorable. Il reste encore actif dans la sous-commission des xénotransplantations de l'Académie suisse des sciences médicales qu'il préside dès 1999.

Noël Genton a toujours été ouvert aux nouvelles techniques, pour lui-même et pour ses collaborateurs, qu'il envoyait se perfectionner tout autour du monde dans des services réputés, pour rapporter des innovations dans le service. Il était lui-même un chirurgien très méticuleux. Il souhaitait une chirurgie le moins traumatique possible, qu'il pratiquait avec de très petits instruments. Il travaillait à la loupe et nous a tous imposé de suivre son exemple. Il dessinait très bien, pour lui-même, pour les enfants et leurs parents à qui il expliquait ce qu'il allait faire, pour les membres du service pratiquement tous les jours sur le tableau du rapport.

Il a eu un engagement militaire important qui l'a conduit jusqu'au grade de Colonel dans les troupes sanitaires et lui a permis de parcourir la Suisse qu'il connaissait dans ses moindres recoins. Il faut dire qu'il adorait la nature, la montagne en particulier. Il allait avec plaisir à son chalet à Verbier, cultivait son jardin au sens propre du terme, adorait skier. Il était très attaché à ses trois enfants et à ses nombreux petits-enfants dont il était très fier.

Noël Genton a été un patron exigeant, bienveillant, ouvert aux nouveautés et surtout soucieux des enfants, les siens bien sûr, mais aussi de ceux qui lui étaient confiés. Il a été pour beaucoup d'entre nous un maître en chirurgie pédiatrique et nous a enseigné non seulement le savoir-faire mais également le savoir-être avec les enfants et leurs familles. ■

OLIVIER REINBERG

Propositions de lecture

Docteur, j'ai...

Stratégies diagnostiques et thérapeutiques en médecine ambulatoire, 4^e édition

L'originalité du désormais classique *Docteur, j'ai*, dont voici la 4^e édition revue et augmentée, est de reconstruire une consultation médicale idéale sur la base d'exigences «evidence-based medicine».

«Docteur, j'ai mal à l'estomac... j'ai beaucoup maigri... je suis grippé...» Lorsqu'il arrive au cabinet médical, tout patient se plaint, avec ses propres mots, de symptômes divers plus ou moins précis, plus ou moins graves. Par où commencer avec ce patient? Quelles sont les questions importantes à (se) poser? Comment interpréter ses réponses? Quels examens pratiquer? Est-il possible de le laisser partir sans diagnostic? Que prescrire? Dans quel cas s'inquiéter immédiatement? Comment



Editions Médecine et Hygiène
832 pages • CHF 79.-
Pour l'obtenir: <https://boutique.revmed.ch>

faire tout ce qui est nécessaire, mais uniquement ce qui est nécessaire? Les plaintes les plus courantes sont regroupées ici, organisées selon huit thèmes ou régions du corps. Pour chacune des 38 situations cliniques décrites, les auteurs aident le praticien à répondre à ces questions et à s'orienter dans la gestion du risque et de l'incertitude. Questions essentielles, examens physiques et examens complémentaires répartis sur plusieurs consultations ont pour but de le guider dans la prise de décision.

Les auteurs, médecins hospitaliers et spécialistes installés ou encore psychothérapeutes, ont un souhait: que ce livre donne à chaque médecin, pour chaque patient, des bases solides pour la recherche d'information et la prise de décision. ■

Le burnout des soignants, à la recherche de sens

Epuisement physique, impuissance face à la souffrance, relations patients-soignants difficiles, environnement de travail stressant, débordement de la vie professionnelle sur la vie personnelle, surcharge administrative... Le burnout fait partie de l'histoire du soignant humain.

Ce livre est le fruit de nombreuses rencontres. Rencontre tout d'abord entre les auteurs. Vincent Lecourt est psychiatre, nouvellement installé et connaisseur des multiples difficultés de la profession de soignant. Rosette Poletti est infirmière de longue expérience, connue internationalement pour ses formations et ses livres de développement personnel, et dont l'enthousiasme pour sa profession est resté intact.



Rencontres ensuite avec des soignants ayant vécu un burn out, pour recueillir leurs témoignages.

Rencontres finalement avec des personnes ressources, chacune spécialisée dans un domaine particulier, avec qui les auteurs ont partagé leurs questionnements.

Ce livre ne donne pas de recette simple, mais est riche par la diversité des points de vue qu'il aborde et par les nombreux témoignages authentiques qui le composent, ainsi que par ses références à la littérature. L'objectif fondamental est de transmettre un message de prévention. ■

Editions Médecine et Hygiène
160 pages • CHF 25.-
Pour l'obtenir: <https://boutique.revmed.ch>

e-technic.ch

Tubes LED avec fonction ECO

Les tubes LED permettent le remplacement des tubes TL standard et sont particulièrement économiques

- Détecteur de mouvement PIR (Infrarouge)
- Détecteur de luminosité et temporisateur intégré
- Réglage ECO21 de 0% à 40% de la puissance au repos



La détection d'un mouvement enclenche automatiquement le tube pour une durée fixée par l'utilisateur (5" à 60"). Passé ce délai les lumières reviennent automatiquement à un niveau défini lors de l'installation (0% à 40%).

Le capteur peut être orienté de plus ou moins 90° en fonction de la zone à couvrir.



e-technic.ch
distribué par COMPUsoft SA

+41 22 879 04 00 Route de Chancy 50 - 1213 Petit-Lancy info@e-technic.ch

PLAFONNIERS

Plafonnier au design classique est particulièrement économique.

La source lumineuse à 96 LED consomme à peine 15W pour une intensité lumineuse de 1030 lumens. Ce luminaire dispose en outre de différentes fonctions économiques, sélectionnable à l'aide d'interrupteurs DIP facilement accessibles.



Ce plafonnier équipé d'une douille E27 pour une puissance maxi de 60W, avec coupole en verre peut être installé partout.

Il s'allume à la détection de mouvement (durée réglable de 5 sec. à 15 min.) L'activation est subordonnée au détecteur de luminosité qui n'enclenche pas le plafonnier si la lumière ambiante est supérieure au seuil

PLAFONNIER DRM-03



Ces panneaux LED de 600 X 600 mm sont avant tout prévus pour être montés dans les plafonds suspendus, mais il est possible de les fixer au moyen d'un kit de suspension ou d'un caisson alu.

Selon l'alimentation choisie, ces panneaux sont dimmables (0..10V, DALI) ou non.

PANNEAUX LED



PUBLIREPORTAGE

Quand le compteur d'énergie devient un sujet d'actualité

Jusqu'à présent, le compteur installé par votre fournisseur d'électricité était relevé une fois par an et se rappelait à votre bon souvenir par le biais de la facture annuelle d'électricité.

Aujourd'hui, grâce aux évolutions technologiques, les compteurs sont souvent équipés d'un système de lecture à distance et permettent aux usagers de connaître leur consommation quasi en temps réel. C'est utile pour mettre en évidence les besoins réels en puissance: une pompe à chaleur, une machine à laver le linge et une sècheuse qui se mettent en route au même moment provoquent une consommation instantanée élevée, alors qu'il suffirait de décaler l'enclenchement de ces consommateurs pour éviter cette pointe de courant. En mesurant en temps réel la consommation, on peut gérer automatiquement qui consomme quoi et à quel moment.

Une bonne connaissance de la courbe de charge quotidienne permet ainsi de mieux connaître les besoins réels et d'éviter la souscription d'une alimentation trop élevée, et entraîne de ce fait une économie substantielle.

Par ailleurs, le nombre croissant d'installations photovoltaïques amène des besoins nouveaux dans le comptage. Il faut en effet être capable de connaître la production solaire et, comme cette production peut être consommée localement ou injectée dans le réseau, les compteurs bidirectionnels deviennent indispensables.

Tout évolue vite dans ce domaine: depuis le début de 2018, le dégroupage des compteurs est devenu une réalité. Un immeuble équipé de

panneaux photovoltaïques peut ainsi être équipé d'un seul compteur relié au réseau, par lequel la compagnie d'électricité fournit le courant à l'immeuble et non plus à chaque appartement, et rachète le surplus photovoltaïque. La répartition des consommations entre les appartements devient ensuite une affaire privée gérée par les copropriétaires. Là aussi, des compteurs individuels connectés à un système de télémesure permettent à chaque ménage de connaître sa consommation et la part «solaire» de cette dernière. Chacun peut ainsi visualiser sur son smartphone, en temps réel, la disponibilité de courant solaire, et enclencher ses appareils en conséquence. Les vaisselles et lessives gratuites sont à portée de clic!



Plus d'informations sur www.e-technic.ch

 **e-technic.ch**
distribué par COMPUsoft SA

CompuSoft SA

Route de Chancy 50 – 1213 Petit-Lancy (GE) – Tél. 022 879 04 00

E-mail: info@compu.ch – www.compusoft.ch



RAPIDITÉ FIABILITÉ CONFIANCE

Analyses médicales: quelles que soient vos exigences, Aurigen, Fertas, Polyanalytic et Proxilab s'engagent avec passion pour l'aide au diagnostic



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

polyanalytic.ch

proxilab.ch