

cmv

courrier
du médecin
vaudois

REVUE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE
SEPTEMBRE 2018

#5

GOVERNANCE HOSPITALIÈRE

Quelle place
pour le médecin ?

ASSEMBLÉE DES DÉLÉGUÉS

Compte-rendu
du 28 juin

L'équation
hospitalière

Un système de soins en quête de sens



LA NOUVELLE JAGUAR I-PACE
BEAUTIFUL FAST CARS.



**ÊTES-VOUS PRÊT À PILOTER UN VÉHICULE
RÉVOLUTIONNAIRE?**

Découvrez à quoi ressemble l'avenir de la conduite automobile.
Venez chez nous et vivez des sensations à couper le souffle à bord
de la première JAGUAR à transmission entièrement électrique.
La nouvelle JAGUAR I-PACE, à partir de CHF 82'800.-.

**Contactez-nous pour en savoir plus et rendez-nous visite dans
notre showroom.**



Votre spécialiste
depuis 1924.

Emil Frey SA Crissier
Centre Automobile Romand
Ch. de Cloalet 19, 1023 Crissier
Tél. 021 631 24 11, Fax 021 631 24 14
www.crissier.jaguar-dealer.ch

I-PACE EV400, AWD, 400 ch (294 kW), consommation (WLTP) 21.2 kWh/100 km, émissions de CO₂ 0 g/km, équivalent essence 2.3 l/100 km, 29 g CO₂/km issus de la production d'électricité, catégorie de rendement énergétique: A, prix de vente net recommandé CHF 82'800.-. Moyenne de tous les véhicules neufs proposés en Suisse: 133 g CO₂/km.



sommaire

4 DOSSIER

- 4 Débat et partenariat essentiels
- 7 Gouvernance hospitalière
- 10 Croissance des coûts
- 13 Relève
- 14 Nouveau cadre juridique
- 17 Planification hospitalière
- 18 Règlement hospitalier
- 21 Ce qu'en pense Catherine Labouchère

23 INFO SVM

Les reflets de l'AD
Inscriptions ouvertes pour la Journée de la SVM

25 ACTU

Garde médicale, réponse de la SVM

27 OPINION

LAMal

28 PORTRAIT

Jean-Dominique Lavanchy, médecin généraliste installé à Yvonand, envisage la pratique de la médecine comme il navigue, avec passion et liberté.

30 RENDEZ-VOUS

Les Jeudis de la Vaudoise

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 (PAR), secrétaire général

Secrétariat de rédaction
Auréli Moeri Michielin, ftc communication
Assistant: Fabien Wildi, ftc communication

Collaborateurs externes

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

Conception et mise en page
Maeva Langel
Inédit Publications SA

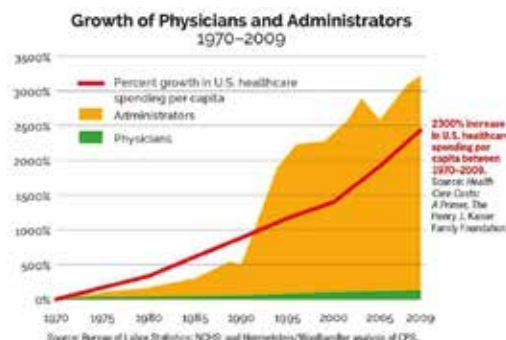
Régie des annonces
Inédit Publications SA, Tél. 021 695 95 95
www.inedit.ch

Photographies
Roberto Ackermann, Adeline Vanoverbeke, Fotolia, DR

Gouvernance hospitalière

Avec les médecins, dans l'intérêt du patient!

Malgré les progrès de la médecine, des dysfonctionnements dans la prise en charge hospitalière restent fréquemment dénoncés par les professionnels, les malades ou leurs proches, voire par les politiques ou les médias. Si chaque situation problématique sur le «terrain hospitalier» est bien sûr à analyser pour elle-même et peut relever de causes très différentes, un phénomène structurel mérite aussi d'être questionné : celui de l'évolution de la gouvernance hospitalière, dans un contexte de renforcement du secteur administratif. Cette tendance, bien connue aux USA (cf. figure ci-dessous), s'observe également dans le canton de Vaud (voir l'article de M^{me} Albisetti/FHV).



La pratique médicale traditionnelle, même exercée au sein d'institutions, diffère fondamentalement d'un processus industriel de par la singularité de son exercice. Son socle, la relation médecin-malade, se caractérise par un contrat de prise en charge tacite avec une responsabilité déléguée par un être humain souffrant - le patient - à un autre être humain aidant - le médecin. Cette relation

ne peut pas être assumée par une institution qui n'est légalement qu'une personne morale. Le peuple suisse (plus de 80%) l'a signifié à plusieurs reprises lors de votations en désirant conserver le libre choix de son médecin.

Cette particularité peine à être acceptée par les administrateurs hospitaliers. Pourtant, elle devrait conditionner toute l'organisation et la gestion de l'hôpital selon des principes spécifiques qui diffèrent de ceux du modèle industriel. Celui-ci reste cependant le seul modèle appliqué et compris par les administrateurs et les politiciens dans ce qu'ils appellent la gouvernance hospitalière. Cette problématique fait l'objet de l'article du Dr Saegesser.

Les nouvelles règles récemment adoptées sur le temps de formation des médecins assistants, sans concertation avec les médecins hospitaliers qui en assurent pourtant une grande partie, ont aussi fourni un exemple concret du poids croissant des aspects administratifs au détriment des aspects médicaux. Le cadre légal est respecté à la lettre, mais personne n'a répondu à la seule question légitime du point de vue médical: «Combien d'heures hebdomadaires un médecin en devenir doit-il consacrer à sa formation afin qu'elle soit à la hauteur des exigences de ses futurs patients?» (voir l'article des Drs Fumeaux et Herren à ce sujet).

Dans l'intérêt des patients, la gouvernance hospitalière des établissements publics, de ceux reconnus d'intérêt public et des hôpitaux privés doit être attentive à ne pas se priver de l'intelligence du corps médical, et leur laisser l'autonomie suffisante pour regagner une place centrale dans le système hospitalier. ■



Dr PATRICK RUCHAT
MEMBRE DU COMITÉ
DE RÉDACTION DU CMV



Débat et partenariat essentiels

Redonner du sens au projet hospitalier

La médecine hospitalière constitue l'un des dossiers récurrents du Courrier du médecin vaudois. Et pour cause. Si la médecine en général est sous pression, c'est peu dire de la médecine hospitalière qui est engagée dans une transformation fondamentale sous l'effet de nombreux facteurs.

La pression est ici palpable et se lit dans l'important exode de médecins-cadres, y compris vers d'autres cantons, mais aussi à travers le burn-out, le découragement et, plus grave encore, la résignation qui menacent directement le maintien des prestations.

Les facteurs à l'œuvre se combinent insidieusement, au point qu'il est parfois difficile de les identifier isolément. Pourtant, c'est bien là tout l'enjeu de la politique professionnelle : identifier, parmi les évolutions constatées, celles qui sont incontournables de celles qui relèvent de choix et décisions politiques, économiques et organisationnels. Ce sont ces dernières qui doivent mobiliser l'essentiel de l'effort des organisations professionnelles médicales.

Les facteurs incontournables sont en réalité peu nombreux: parmi ceux-ci, on cite volontiers l'évolution démographique, mais ceci n'est pas linéaire car le vieillissement de la population est lui-même, dans une certaine mesure, un effet du progrès médical. Quant aux changements de comportements sociaux, ceux-ci ne sont pas non plus tous inéluctables mais souvent dictés en partie par une offre de prestations hospitalières selon qu'elle soit restrictive ou en libre-service.

DES CHOIX ET DÉCISIONS POLITIQUES AUX IMPACTS CRUCIAUX

Pour les soignants, le changement des règles du jeu va également guider leur conduite. C'est ce qui s'est passé avec les médecins assistants et chefs de clinique, en réaction à l'instauration de la pre-



mière limitation du droit de s'installer, dite clause du besoin. Bloqués dans les hôpitaux, ils ont habilement renégocié leurs conditions de travail à la lumière du droit du travail, ce qui évidemment a eu un fort impact organisationnel et financier, comme le montre l'article des Drs Fumeaux et Herren.

Nous n'avons pas fini de mesurer les coûts de l'introduction de cette mesure que nous n'avons pas été capables d'empêcher, malgré nos propositions. Des dizaines de millions par an dans le canton de Vaud et des centaines de millions à l'échelle suisse. En dépit de ce constat, cette clause est sans doute devenue aujourd'hui irréversible, sous une forme ou une autre, et la SVM revendique de pouvoir la cogérer avec le canton chargé de l'appliquer.

Même la croissance des hôpitaux, qui semble sans limite par la concentration progressive de l'activité de soins aigus, de réadaptation, de gériatrie et, de plus en plus, de la consultation ambulatoire n'était pas inéluctable. Elle résulte bel et bien d'un ensemble de décisions, de non-décisions ou de règlementations qui l'ont favorisée sans forcément le vouloir.

REDONNER SON SENS ORIGINEL À NOTRE SYSTÈME DE SOINS

L'essentiel de ces évolutions découle directement des choix opérés, sur lesquels il est nécessaire de peser collectivement. C'est là l'essence de la SVM et la raison d'être des groupements de médecins hospitaliers. Des solutions de compromis et même des progrès sont ainsi possibles grâce à la négociation, parfois la lutte. C'est ainsi qu'un changement fondamental de statut et de rémunération des médecins hospitaliers a pu, sur proposition de la SVM, être négocié sous forme de convention collective des médecins-chefs tout en préservant les performances de l'outil de travail, soit le plateau technique des hôpitaux. Il y a désormais trois conventions collectives pour les seuls hôpitaux régionaux, là où il n'y en avait qu'une, en raison de l'apparition de nouvelles entités ayant un statut public.

C'est l'occasion de poser deux constats sur les dérives de l'organisation de notre système de santé: d'abord, les hôpitaux ne sont pas seulement, comme le souligne plus loin le Dr Saegesser, soumis aux contraintes d'une entreprise industrielle et éventuellement du marché mais avant tout aux décisions politiques, administratives, aux règles de gestion adoptées et parfois au style de direction. C'est sans doute une partie de l'équation hospitalière. Ce qui est certain, c'est que le projet hospitalier n'est malheureuse-

ment plus essentiellement médical, comme l'a montré de manière emblématique la mise sur pied de l'hôpital intercantonal de Rennaz où le corps médical, pourtant favorable à cette réalisation, a été délibérément et systématiquement écarté des décisions fondamentales.

Ensuite, la politique professionnelle, la SVM et ses groupements ont peu de représentation parlementaire. Les médecins n'ont qu'un accès indirect et limité au débat politique où se situent les vrais enjeux et se décident les orientations fondamentales de la politique sanitaire. C'est dans ce contexte que l'association professionnelle inscrit son action. Ses propositions doivent permettre au parlement, ainsi qu'à l'exécutif et ses services, de prendre en compte les revendications légitimes du corps médical en ce qui concerne tant l'exercice de la profession que les orientations de la politique de santé.

Les décisions politiques, réglementaires et organisationnelles ont privilégié une logique de gestion essentiellement administrative, au détriment des soins réalisés par les soignants et par voie de conséquence des patients. Il est temps de revenir à la finalité des organisations de soins. Et cela passe par la préservation de la relation médecin-malade, ou plus largement soignants-patients. Car c'est là que se trouve la raison d'être et le sens du système de soins. ■

PIERRE-ANDRÉ REPOND
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
DE LA SVM



 **take
care**

24^h
24

7^J
7

Spécialistes du
recrutement médical

Free Call
0800 711 611

Gouvernance hospitalière

Quand l'établissement où l'on soigne devient l'entreprise que l'on gère

Au sens large, le terme à la mode de «gouvernance» renvoie aux modalités d'organisation et d'exercice du pouvoir lorsqu'une action collective est en jeu. Cette problématique soulève deux questions fondamentales indissociables l'une de l'autre: quelle structure de décision convient-il d'adopter et pour quels objectifs?



Trente ans de recul donnent la mesure des importants changements intervenus en milieu hospitalier. Si l'exercice de la médecine a considérablement évolué au point de parfois transformer la manière dont nous abordons la pratique, les pressions exercées par sa composante économique et la marchandisation du secteur de la santé contribuent à dévier la médecine de son objectif prioritaire et bouleversent les interactions entre le corps médical et son environnement. Le modèle d'entreprise de type industriel appliqué aux hôpitaux et la mutation des directeurs en managers ont entraîné ce qui était une coopération partenariale pour un même objectif vers un rapport de force afin de garder la maîtrise d'un outil de travail pour certains, de prendre l'ascendant sur l'appareil de production pour d'autres. Immanquablement, cette évolution coïncide avec un intérêt grandissant pour la structure de gouvernance et focalise l'attention sur les questions de pouvoir décisionnel et de hiérarchie.

DE LA RELATION «MÉDECIN-PATIENT»..

Aux origines, l'exercice de la médecine privilégiait les modalités d'une relation personnalisée et confidentielle traduite sous le terme de «colloque singulier». Même si les moyens et les outils étaient réduits et que les résultats thérapeutiques demeuraient modestes, la relation interhumaine s'inscrivait au premier plan dans un rapport de confiance, protégée par le secret médical. Tout en préservant une liberté réciproque, le médecin et le patient se présentaient comme des alliés d'un même objectif, celui de soulager avant d'espérer guérir. Cette rencontre, dont la singularité et la subjectivité rappellent toute relation interhumaine, justifiait alors la dimension d'une médecine exercée comme un art. Elle donne également tout son sens au terme de «vocation», dont les racines font d'ailleurs référence au thème de la parole et de l'écoute, qualités essentielles à toute relation. Ces valeurs universelles et intemporelles, placées en amont du résultat thérapeutique, ont tout d'abord été reléguées au second plan par la «biologisation» croissante d'une médecine somatique. Celle-ci différencie l'esprit et le corps, consacre ce dernier



LA PRÉVOYANCE DES MÉDECINS

Route des Avouillons 30 · 1196 Gland
Tél. 022 365 66 67 · www.aromed.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) ou HF (radar) avec temporisation**
- **Réglage de 0% à 40% de la puissance au repos**



Exemple chiffré d'économie :

Un parking souterrain équipé de 98 tubes fluorescents d'une puissance de 58W fonctionnant 24H/24.

Remplacement des sources lumineuses existantes par des tubes LED de 23W équipé d'un détecteur de mouvements et d'une temporisation (puissance du tube en veille à 10%).

Économie :

Exemple d'investissement
10 250 CHF

Consommation avant travaux
71 676 kWh/an

Consommation après travaux
9759 kWh/an

Temps de retour sur investissement
10 mois (estimé)

PARTENAIRE ENGAGÉ 2017



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

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

comme «objet à soigner», organise le diagnostic et les soins autour d'actes scientifiques guidés par un concept de bonne pratique, jetant les bases d'une médecine standardisée autour d'«évidences» scientifiques.

... AU MODÈLE «PRESTATAIRE-CLIENT»

La médecine étant devenue un bien de consommation, l'introduction d'une tarification de l'activité médicale à la prestation a contribué à transformer la relation traditionnelle «médecin-patient» en un modèle commercial «prestataire-client». L'attention grandissante sur des critères économiques dominants, alternativement focalisée sur l'économicité ou le profit, a entraîné la mutation de directions hospitalières devenues managériales, issues du modèle industriel. Dans la novlangue managériale, ce qui est appelé «pilotage de l'action collective» désigne en fait «la prise de pouvoir d'un appareil» par un directeur d'entreprise au sommet d'une pyramide hiérarchique. Ce dernier consolide son ascendant par l'avènement d'une médecine protocolée et formatée dans laquelle l'intervention du médecin se borne à l'exécution d'actes médicaux standardisés. Le passage d'un contrat de mandat à celui de contrat de travail, l'assujettissement des médecins à un appareil de production et à une logique institutionnelle les dirigent vers la subordination qu'implique l'interface employeur-employé. A cela s'ajoute la confusion sémantique liée au terme de «fournisseur de prestations», mélangeant, dans une même appellation, l'établissement dans lequel s'effectue la prestation avec celui qui la réalise. Amalgame qui consolide l'entrée du système de santé dans un univers où l'individu s'efface au profit du système.

Aux valeurs originellement humanistes se substitue une logique d'entreprise. Le changement de paradigme dans lequel le patient devient client, le médecin devient prestataire, l'hôpital devient entreprise et le directeur devient manager est générateur d'instabilité, d'incompréhension et d'insatisfaction, notamment en raison de la perte de sens qu'induit une telle évolution pour les soignants et les médecins. Il confirme également l'impasse d'un modèle de moins en moins apte à satisfaire les attentes premières du patient. Un modèle également incapable de répondre aux aspirations de la population pourtant contenues dans les objectifs officiels de solidarité, d'équité et d'économicité de notre système de santé.

REPLACER LE PATIENT ET CEUX QUI LES SOIGNENT AU CENTRE DU DISPOSITIF

Face à cette dérive qui consacre l'ascendant du gestionnaire manager sur tous ceux qui exercent un métier de soins, il devient nécessaire de se recentrer sur les objectifs de notre système de santé et de restituer aux véritables acteurs du terrain la fonction dirigeante et déterminante qu'ils n'auraient jamais dû perdre. Il s'agit de sortir du partenariat d'apparence et de repla-

cer réellement au centre du dispositif ceux qui sont l'incarnation des objectifs fondamentaux d'un établissement hospitalier. Indépendamment des questions de positionnement du corps médical dans l'organigramme et de la structure de décision en milieu hospitalier, qui sont les enjeux et les défis techniques d'aujourd'hui, la perte progressive d'autonomie et de pouvoir du corps médical soulève une question bien plus fondamentale: celle de la remise en question des valeurs sur lesquelles prend appui l'exercice de la médecine telle que nous les connaissons depuis les origines.

RETOUR AUX SOURCES

Si, dans le cadre d'une entreprise hospitalière, penser la gouvernance c'est penser l'exercice du pouvoir, à l'échelle du médecin, c'est aussi et surtout penser à l'autonomie et à l'indépendance nécessaire pour l'accomplissement du mandat à l'égard de son patient. La gouvernance renvoie aux notions de liberté thérapeutique et de libre arbitre, qui sont les bases sur lesquelles se construisent une conscience professionnelle et un sens individuel des responsabilités. Quelles seraient effectivement la validité d'une relation de confiance et la garantie de confidentialité si la gouvernance du médecin sur lui-même n'était plus assurée, si le patient devait prendre conscience que son médecin obéit, avant toute chose, à une logique institutionnelle essentiellement rythmée par des exigences de gestion?

La lutte pour la reconquête d'une place légitime dans la gouvernance hospitalière et d'un pouvoir décisionnel au niveau institutionnel est certes importante en soit; elle trouve cependant sa pleine et entière justification dans la reconquête des valeurs fondamentales sur lesquelles se construit l'exercice de la médecine. Ce combat n'est donc pas celui d'une lutte de pouvoir, mais bien celui de la préservation de notions aussi fondamentales que la conscience professionnelle, le sens des responsabilités, le libre arbitre et l'indépendance, sans lesquels l'exercice de la médecine ne serait plus, en milieu hospitalier, ce qu'elle a été jusqu'ici. ■

Dr PHILIPPE SAEGESSER
MÉDECIN-CHEF EN ANESTHÉSIE,
HÔPITAL RIVIERA-CHABLAIS,
PRÉSIDENT DU GROUPEMENT
DES MÉDECINS HOSPITALIERS (GMH)



Croissance des coûts

Augmentation du personnel administratif vaudois dans un système de santé toujours plus complexe

Statistique Vaud produit chaque année de nombreux chiffres sur le système de santé vaudois. Ces données nous renseignent sur la structure, l'activité et les coûts de nos hôpitaux. L'une de ces données retient notre attention: l'évolution de l'effectif du personnel administratif, en regard du personnel médical et soignant. Force est de constater que ces différentes catégories professionnelles ne croissent pas de la même manière, même si la part dédiée aux soins reste relativement stable.

Selon les équivalents plein temps (EPT) publiés par Statistique Vaud pour 2016, le personnel soignant représente 40% des effectifs, le personnel médico-technique et thérapeutique 15%, les médecins 14%. Le personnel administratif représente 17% et le personnel de maison et les services logistiques et techniques 15%.

DONNÉES POUR 2016

Type de personnel	Nombre	Répartition
Médecins	2 538	14%
Personnel soignant	7 317	40%
Personnel médico-technique/ thérapeutique et services sociaux	2 752	15%
Personnel de maison et services logistiques et techniques	2 715	14%
Personnel administratif	3 171	17%
Total	18 493	100%

Il est intéressant d'examiner l'évolution du nombre d'EPT pour ces groupes de professionnels. Entre 2010 et 2016, le nombre de médecins a augmenté de 456 EPT, celui des soignants de 1 386 EPT et celui du personnel administratif de 952 EPT. En termes relatifs, cela correspond respectivement à des croissances de 22%, 23% et 43%.

Type de personnel	2010	2016	Evolution
Médecins	2 082	2 538	22%
Personnel soignant	5 931	7 317	23%
Personnel médico-technique/ thérapeutique et services sociaux	2 201	2 752	25%
Personnel de maison et services logistiques et techniques	2 369	2 715	15%
Personnel administratif	2 219	3 171	43%
Total	14 802	18 493	25%



L'accroissement – en valeur relative – du personnel administratif peut être qualifié d'important comparé à celui des médecins et des soignants. La mission des hôpitaux étant bien évidemment de soigner les patients, il est légitime de s'interroger sur les raisons d'une telle augmentation du secteur administratif au sein des établissements vaudois.

CONTRÔLES EFFECTUÉS PAR LES ASSUREURS MALADIE

La loi sur l'assurance maladie confère aux assureurs le devoir de contrôler les factures des fournisseurs de prestations. La législation stipule que seules les prestations efficaces, appropriées et économiques sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins. La complexité de nos systèmes tarifaires (swissDRG, TarMed) génère un contrôle accru des assureurs sur les factures émises par les hôpitaux. Cela se traduit par un



nombre considérable d'échanges et de demandes de renseignements auprès de ces derniers. Le personnel administratif est largement mis à contribution pour y faire face, ce qui a nécessité un renforcement de ce service.

DEMANDES DU CANTON ET DE LA CONFÉDÉRATION

Dans la même ligne, le nombre de demandes d'informations issues des autorités s'est accru. Les hôpitaux reconnus d'intérêt public étant en partie financés par le canton, ils sont légitimement soumis à un contrôle portant sur l'utilisation faite de l'argent du contribuable. Le cadre législatif, qu'il soit fédéral ou cantonal, a été renforcé ces dernières années. Il en résulte une kyrielle d'outils administratifs mis en place par le canton: mandats et contrats de prestations, reportings financiers, comptabilités analytiques, monitoring des activités, suivi

des processus et des résultats liés à la qualité. Répondre aux normes légales et fournir les informations incombent principalement au personnel administratif.

IMPORTANCE DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES PATIENTS

Depuis plusieurs années, l'ensemble des acteurs du système de santé prend conscience de l'importance de la qualité et de la sécurité des patients. Pour y contribuer, les hôpitaux ont mis en place des structures d'amélioration de la sécurité des soins, permettant de répondre aux exigences des payeurs (canton et assureurs) et des autorités fédérales. Un nombre croissant d'informations, de données et d'indicateurs est suivi et transmis aux partenaires. Ces nouvelles tâches font appel aux compétences des médecins et des soignants, mais nécessitent, de par leur transversalité, de nouvelles ressources administratives.

AMÉLIORATION DE LA TRAÇABILITÉ DES SOINS

Le passage progressif au dossier électronique du patient génère une amélioration et une densification de la documentation clinique. La meilleure traçabilité des soins ainsi obtenue contribue au renforcement de la sécurité des patients. Ces améliorations, indispensables voire obligatoires, s'inscrivent dans un premier temps dans les tâches du personnel médico-soignant. Dans un deuxième temps, afin de ne pas détourner ces professionnels de leur mission première, les hôpitaux mettent en place des processus de documentation en mains des services administratifs.

La qualité et la complexité de notre système de santé a un coût: quelque 80 milliards de francs au niveau suisse en 2016, dont environ 8 milliards de francs pour le canton de Vaud. L'augmentation des coûts n'est pas exclusivement imputable aux soins dispensés aux patients. Une part non négligeable de la facture globale est due à la gestion toujours plus lourde du système. La densité du cadre réglementaire, la complexité du financement et l'accroissement des contrôles mis en place engendrent une augmentation de la bureaucratie. Cette réalité n'est pas propre au domaine de la santé. Il est toutefois nécessaire de ne pas perdre de vue l'essentiel: des hôpitaux performants doivent être au service des patients et veiller à la qualité des soins qui y sont prodigués. ■



PATRICIA ALBISETTI
 SECRÉTAIRE GÉNÉRALE
 DE LA FÉDÉRATION DES HÔPITAUX VAUDOIS (FHV)

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

Relève

L'hôpital: un lieu de formation essentiel pour les jeunes médecins

Malgré les contraintes de temps et économiques, il est impératif que le médecin cadre garde son rôle de formateur à plusieurs niveaux: la clinique, les projets, mais aussi la gestion administrative et plus générale d'un service ou d'un hôpital.

Durant ces dernières décennies, les hôpitaux ont été soumis à des restrictions budgétaires et à des modifications de leur organisation. Simultanément, la charge de travail du médecin cadre augmente, soit en relation directe avec les patients, soit dans le fonctionnement global de l'institution. Les gardes sont devenues plus lourdes à cause du nombre élevé de patients qui se présentent aux urgences, alors que celui des vraies urgences nécessitant une prise en charge rapide n'a pas augmenté. Suite à l'introduction du salariat en 2007 et aux révisions successives des conventions de travail, on constate une démotivation et une lassitude parmi les médecins cadres. Il devient de plus en plus difficile de trouver un collègue pour participer aux commissions ou pour être doyen, par exemple. En raison de la complexité du système de santé et des contraintes budgétaires, un poste de directeur médical a été créé dans presque tous les hôpitaux, ce qui permet de pallier en partie le manque d'intérêt de certains pour la partie administrative de l'hôpital. Néanmoins, le médecin cadre doit garder plusieurs fonctions essentielles pour former la relève.

RÔLE DE FORMATEUR CLINICIEN

Les médecins cadres des hôpitaux périphériques dispensent une formation fon-



dée avant tout sur la clinique et l'expérience plutôt que sur des cours théoriques. Ils ont un contact direct avec les médecins assistants et chefs de clinique, même si ces derniers deviennent de plus en plus nombreux en raison du respect des horaires. En parallèle, le médecin cadre doit maintenir un niveau de connaissances personnelles élevé pour ne pas être pris au dépourvu.

RÔLE DE FORMATEUR ADMINISTRATIF

Le médecin-chef assume aussi une responsabilité administrative. Il participe à l'organisation du service et de l'hôpital avec les collaborateurs en contact direct avec le patient, mais aussi avec ceux travaillant dans l'administration. Même s'il

existe des diplômes en gestion, qui sont de plus en plus souvent demandés lors des mises au concours, c'est dans la pratique que l'on apprend le plus, par exemple lors de contacts avec les directions ou en participant à des séances, même si elles se révèlent parfois chronophages. Confronté aux coûts de fonctionnement, on va naturellement s'intéresser au prix des médicaments, des implants, des examens de laboratoire et de radiologie, mais aussi aux contraintes liées aux ressources humaines. Cela inclut des rencontres enrichissantes avec les sociétés médicales, le Département de la santé, le conseil d'administration, la direction générale, les commissions de construction, des finances, de l'hygiène... Il nous incombe de montrer à nos jeunes collègues l'importance de résoudre ces questions administratives, sans vouloir se décharger sur quelqu'un d'autre.

RÔLE DE FORMATEUR PROJET

Le médecin cadre doit élaborer des projets de service ou pour l'hôpital. Pour rester indépendant et initiateur de ces projets, il est important de ne pas déléguer cette activité qui va prendre du temps et exiger de la persuasion.

RESPONSABILITÉ

Si on ne veut pas se faire imposer un mode de travail de type fonctionnaire et des choix thérapeutiques, comme des groupes de prestations, il faut inculquer aux assistants et chefs de clinique les valeurs de la gestion d'un service et d'un hôpital en leur montrant qu'il s'agit aussi d'une partie intéressante de notre travail. Le médecin doit rester indépendant dans les choix thérapeutiques, mais il doit aussi tenir compte des contraintes liées aux coûts de la santé et à l'organisation générale de celle-ci. ■

Dr THIERRY PACHE
MÉDECIN-CHEF DU SERVICE
DE CHIRURGIE ORTHOPÉDIQUE ET
TRAUMATOLOGIE
DE L'APPAREIL LOCOMOTEUR,
HÔPITAL DE MORGES





Nouveau cadre juridique

Nouvelle CCT pour les médecins assistants et chefs de clinique dans le canton de Vaud: quels bénéfices et quelles contraintes?

La loi sur le travail de 2004 et l'application plus stricte de la nouvelle CCT depuis juillet 2018 ont des conséquences importantes sur les horaires de travail, mais aussi sur la formation des jeunes médecins. Il est temps d'en évaluer les conséquences.

La médecine hospitalière vaudoise est sous pression, notamment du pouvoir politique. L'application dès 2004 de la loi sur le travail (LTr) aux médecins en formation a nécessité un bouleversement de l'organisation de nos services, avec un aménagement des horaires et la création de nombreux

postes de travail. Les conséquences de ces chamboulements sont perceptibles: diminution de la continuité des soins, exposition clinique réduite et report de tâches sur les cadres non astreints à la LTr.

La qualité de vie des médecins en formation s'est-elle améliorée pour autant? Difficile de se prononcer en l'absence

d'évaluation formelle. Nos collègues anglo-saxons ont eu le mérite de mesurer les conséquences de la restriction des horaires des médecins en formation, montrant que ni leur qualité de vie ni la qualité des soins ne se sont améliorées, mais que la formation s'est dégradée.

UNE CCT QUI IMPACTE LE JEUNE MÉDECIN, MAIS AUSSI LES CADRES ET LES PATIENTS

Depuis plus d'une année, l'Association suisse des médecins assistant-e-s et chef-fe-s de clinique Section Vaud (ASMAV) et la Fédération des hôpitaux vaudois ont négocié, dans un secret relatif, une nouvelle convention collective de travail (CCT) pour les médecins en formation du canton, sous les auspices du Service de la santé publique. Les médecins-chefs des services des hôpitaux vaudois n'ont été informés que tardivement de la teneur de cette CCT, alors qu'ils sont également concernés par les changements imposés. La signature toute récente de cette CCT et son application depuis le 1^{er} juillet 2018 nous imposent des adaptations à court terme, sans forcément les moyens financiers et humains à disposition pour les appliquer.

En effet, s'il est incontestable que nos jeunes collègues ne doivent plus travailler comme cela était la règle il y a vingt ans, la question se pose de savoir s'il sera toujours possible de former nos futurs collègues, et notamment les médecins cadres hospitaliers, dans ce contexte de réduction significative du temps de travail. Au-delà de l'impact majeur sur le fonctionnement de nos services, nous sommes en effet préoccupés par l'effet collatéral de dégradation potentielle de la qualité de la formation.

Dans un service hospitalier, les médecins sont des acteurs essentiels dans le maintien de la qualité des soins, et les médecins en formation assument sous supervision la prise en charge des patients. La diminution de l'horaire de travail maximal dans une semaine, dont la durée, elle, n'a pas changé (toujours 168 heures), menace la continuité des soins: le patient est alors pris en charge le plus souvent

par des médecins assurant une présence transitoire durant un service de garde. Les médecins cadres pallient cette perte de continuité, mais ne peuvent démultiplier leur présence.

RISQUES POUR LA FORMATION

Mais nous sommes encore plus préoccupés par les conséquences de la CCT sur la formation. En effet, bien que la formation médicale ne se limite pas à la quantité d'exposition, il est évident qu'une fragmentation des temps de présence diminue également la qualité de cette exposition. Cela semble d'autant plus important pour les spécialités nécessitant des compétences techniques ou réflexives que seule l'expérience permet de développer. C'est en particulier le cas pour toutes les situations cliniques complexes, dont la prise en charge ne s'apprend pas dans les livres. Par exemple, le catalogue opératoire de chirurgie a été revu à la baisse, ce qui a pour implication une expérience moindre des opérateurs en formation. Cela risque d'être amplifié par la diminution supplémentaire du temps de travail.

Dès lors, l'application de la LTr, et plus strictement de cette CCT, nécessite une nouvelle augmentation des postes, avec comme conséquence une fragmentation encore plus marquée du travail et une réduction de la supervision effective. La

qualité de la médecine dans notre pays est reconnue et la population y tient, la formation médicale étant un garant de cette qualité. Sommes-nous en train de sacrifier cet outil? Nous le craignons! Depuis plus de quinze ans, la réduction du travail des médecins en formation mise en place dans notre pays, plus radicale que dans la plupart des pays aux systèmes de santé comparables au nôtre, a été déployée sans une réelle évaluation des conséquences.

N'est-il pas temps de marquer une pause et de mesurer ces effets? Qu'avons-nous gagné et perdu? Non seulement les médecins, mais globalement les patients, les partenaires de soins dans les hôpitaux, ceux qui assument les coûts, et la population? Le métier s'apprend dans les hôpitaux, alors que seule cette activité est visée par la CCT. La formation universitaire ne devrait-elle pas être revue en priorité? Avant de poursuivre la transformation de la profession médicale, il est essentiel de répondre à ces questions. ■

Drs GILLES HERREN
ET THIERRY FUMEAUX
MÉDECINS-CHEFS,
SERVICE DE CHIRURGIE
ET DE MÉDECINE,
HÔPITAL DENYON.





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

www.lasource.ch - Photo: D. Zuberly

Clinique de
La Source
Lausanne 

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

THE SWISS
LEADING
HOSPITALS

ESPRIX
prix d'excellence 2014

EFQM
Recognised for excellence

BON JOUR

Suivez votre ligne de vie, venez donner votre sang 🩸



TRANSFUSION INTERREGIONALE CRS
INTERREGIONALE BLUTSPENDE SRK



Numéro gratuit 0800 14 65 65 | itransfusion.ch

Planification hospitalière

Pour une répartition des prestations spécialisées sur la base d'appels d'offres

La SVM, qui a déjà rendu une série de propositions au SSP il y a plus de deux ans, souhaite que les mandats de prestations en lien avec la planification hospitalière puissent faire l'objet d'appels d'offres sur la base d'un cahier des charges défini.

Introduit en 2012, le financement hospitalier avec forfaits par cas (DRG) donne la possibilité aux cantons de limiter leur part de financement (55% du DRG) aux prestations réalisées par des établissements auxquels ils attribuent des mandats de prestations. Sous réserve que ces prestations s'inscrivent dans le cadre d'une planification hospitalière répondant à des critères stricts et soumise à un réexamen périodique. Dans le canton de Vaud, qui est l'un des seuls à faire usage de cette possibilité, le financement cantonal est garanti aux établissements publics et reconnus d'intérêt public bénéficiant par ailleurs d'un subventionnement (573 millions de francs en 2016). Pour les autres, la participation cantonale est restreinte à des quotas de prestations qui ne répondent plus à l'évolution des besoins. En 2016, il y a eu 134 724 hospitalisations en soins aigus, dont 22 729 (16,8%) en cliniques privées, parmi lesquelles 4 211 (18,5%) ont bénéficié du financement cantonal¹. Pour les patients ne bénéficiant pas d'assurance complémentaire, cela signifie une éventuelle participation financière ou un changement d'établissement. Certains assureurs acceptent de financer la part cantonale, mais le répercutent sur l'ensemble des primes de leurs assurés.

CORPS MÉDICAL ÉCARTÉ DU PROCESSUS

Fondé sur un modèle développé par le canton de Zurich et adopté depuis par de nombreux cantons alémaniques, le SSP a chargé en 2015 les collèges cantonaux de spécialités, créés en 2012, de faire des propositions de répartition de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH). Ces collèges, pour lesquels la SVM a obtenu l'intégration de représentants de ses groupements d'activité, ont rendu leurs propositions au printemps 2016. C'est sur cette base que le DSAS a annoncé qu'il établirait des mandats de prestations à l'intention des établissements de soins aigus.

La SVM a appris que le DSAS mène désormais les travaux destinés à la mise en place de la planification hospitalière vaudoise conforme à la législation fédérale avec les directeurs des hôpitaux régionaux. Les associations professionnelles des médecins et les prestataires non membres de la FHV (les cliniques) sont désormais exclus du processus, tout comme dans l'évolution de la gouvernance hospitalière.

Conformément à un arrêt du TAF (C-6266/2013) et aux recommandations émises en la matière par la Conférence suisse des directeurs cantonaux de la

santé (CDS)², par analogie avec la procédure utilisée pour l'attribution des mandats concernant la médecine hautement spécialisée (MHS) sur le plan national, et comme c'est le cas dans d'autres cantons, la SVM demande que le canton de Vaud procède à des appels d'offres en ce qui concerne les mandats de prestations hospitaliers au bénéfice d'un financement cantonal de 55% du DRG (au sens de l'art. 58a OAMal en lien avec l'art. 39 al. 2ter LAMal) qu'il entend confier aux institutions de soins aigus. Forts de l'expertise dans leurs domaines de compétence professionnelle et quel que soit leur statut administratif, les médecins qui exercent dans les établissements du canton apporteraient ainsi une légitimité et une garantie de succès dans cette évolution de l'offre de soins dans notre canton. ■

¹ Statistique Vaud.

² https://www.gdk-cds.ch/fileadmin/docs/public/gdk/aktuelles/empfehl/em_spitalplanung_teilrev/pub_20170406_def_f.pdf



Dr PHILIPPE EGGIMANN
PRÉSIDENT DE LA SVM

Règlement hospitalier

Des critiques à la **construction collective**

Il est difficile, dans l'épineux dossier hospitalier, de sortir du registre des critiques, tant les frustrations sont nombreuses et les sensibilités à vif. Pourtant, au cœur même des tensions générées par le projet de règlement sur l'organisation médicale des hôpitaux (ROMH) et la rémunération des médecins cadres, la SVM et le DSAS ont tenté de régler les questions de fond de manière partenariale, sous forme d'accord-cadre.

L'accord en est resté pour l'heure au stade des intentions et le règlement a été annulé par la Cour constitutionnelle. Il faut néanmoins persévérer si l'on entend poursuivre l'adaptation du secteur hospitalier aux besoins de ceux qui y sont soignés, de ceux qui y travaillent et de ceux qui le financent, tout en tenant compte du progrès médical et des évolutions sociologiques.

UN ACCORD-CADRE PUIS UNE CCT SUR LES CONDITIONS DE TRAVAIL DES MÉDECINS EN INSTITUTION

Entre-temps, un audit du CCF a été lancé par le Conseil d'Etat, sur demande du DSAS, portant sur le contrôle de l'organisation médicale et la rémunération des

médecins-cadres. Sous réserve notamment de certaines précisions demandées par la SVM quant au périmètre de l'audit et du droit d'être entendu du corps médical, cet audit n'inquiète pas davantage les médecins hospitaliers qui, contrairement aux idées reçues, sont habitués à la transparence des chiffres et particulièrement de leurs revenus. Le fonds des honoraires qui prévalait avant leur salarisation était un modèle du genre, avant de disparaître dans les méandres de la comptabilité hospitalière, alors même que le dogme de la transparence était à l'origine de l'exigence de salarisation des médecins hospitaliers. A ce stade, plutôt que de persévérer sur la voie étroite de modifications législatives, la SVM propose que cet accord-cadre soit négocié dans la perspective de servir de

base à la conclusion ultérieure d'une CCT sur les conditions de travail des médecins en institution. Celle-ci devrait répondre aux critères permettant au Conseil d'Etat de lui conférer la force obligatoire».

Cette démarche constructive fait l'objet d'une résolution soumise à la prochaine assemblée générale du groupement des médecins hospitaliers (voir p.23). Elle s'inscrit par ailleurs dans l'esprit de l'injonction votée par le Grand Conseil à l'automne 2016, en réponse aux interpellations faites lors de la procédure de consultation du ROMH. ■

PIERRE-ANDRÉ REPOND
SECRÉTAIRE GÉNÉRAL
DE LA SVM



Dr PHILIPPE EGGIMANN
PRÉSIDENT DE LA SVM



TEXTE DU PROJET DE RÉSOLUTION DU GMH

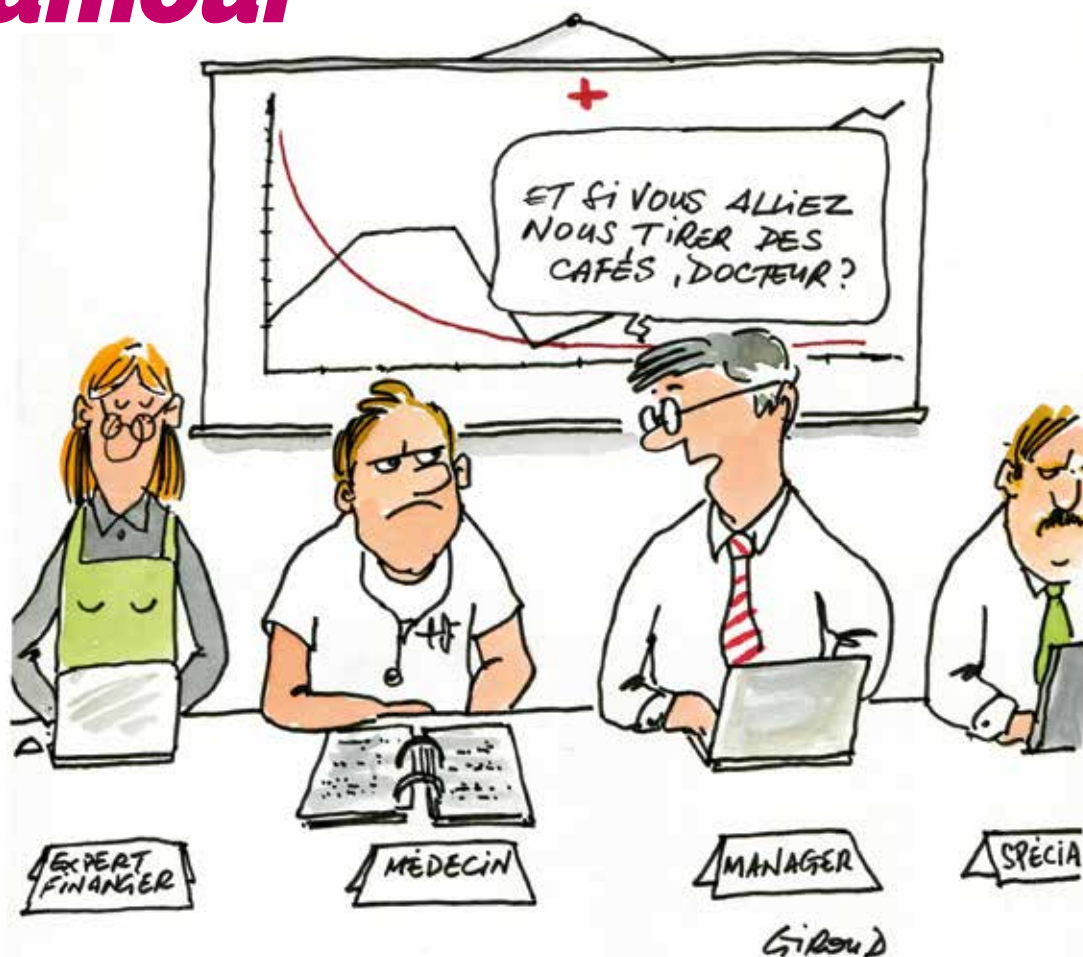
Le Groupement des médecins hospitaliers (GMH) regroupe les médecins-chefs et agréés de la SVM travaillant dans les hôpitaux publics et privés d'intérêt public actifs sur le canton de Vaud, à l'exception des Hospices-CHUV. La présente résolution a pour but de rappeler les valeurs fondamentales de la profession 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.

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;

Check-up humour



- 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.



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

Ce qu'en pense...



CATHERINE LABOUCHÈRE
DÉPUTÉE AU GRAND CONSEIL VAUDOIS

L'hôpital de demain et sa gouvernance

Dans les débats actuels autour de la gestion hospitalière, une certitude existe: celle de son adaptation indispensable aux changements démographiques, sociaux, numériques, techniques et financiers en cours. Le constat est là, réaliser les changements s'avère plus complexe. Quant à la réussite de l'opération, elle dépendra de la capacité d'innover et de faire accepter les évolutions à toutes les parties concernées. Si cette introduction résume la situation, elle ne dit rien de ce qu'il faut mettre en place. Essayons d'être plus pragmatique.

Partons des faits: la population augmente, elle est multiculturelle, l'espérance de vie s'est allongée significativement, avec dans notre pays une croissance rapide du nombre de seniors

et, de facto, des pathologies multiples associées à l'âge. Des risques réapparaissent. Parmi eux, les plus importants sont ceux des maladies infectieuses liées à la résistance aux antibiotiques, ainsi que des épidémies virales qui peuvent devenir planétaires.

Dans le domaine médical, les nouvelles technologies permettent des progrès dans la prévention, les diagnostics, les traitements, le virage vers l'ambulatoire, la sécurité et le suivi des patients. La profession médicale se féminise de plus en plus, ne veut plus être taillable et corvéable à toute heure du jour et de la nuit, travaille de moins en moins en solitaire et se sert de plus en plus du numérique. La population a accès à plus d'informations, est exigeante et veut des résultats, mais aussi de l'attention et de l'empathie. Depuis vingt ans, les coûts ne font qu'augmenter, faute de solution rapide. Les primes aussi prennent l'ascenseur. Le point de rupture n'est pas loin. En effet, d'ici peu, les subsides à l'assurance maladie représenteront près d'un dixième du budget cantonal. Ce n'est pas tenable. Imaginer que la gestion hospitalière d'aujourd'hui reste statique est une illusion qu'il serait coupable d'entretenir.

Pour être inventif, il faut un échange entre deux parties équilibrées: la direction et le conseil. Le monopole ne conduit pas au succès, car il se prive du regard de l'autre, agissant à la fois comme stimulant et comme modérateur. Tant la direction que le conseil doivent être composés de professionnels aussi indépendants des lobbies que possible, régulièrement évalués et formés. Sans vouloir imposer un modèle de hiérarchie, ils doivent être ouverts à la discussion, aux changements, et mettre en place une administration simple, efficace et capable de leur préparer les éléments nécessaires à la décision. Un fort accent s'impose pour instaurer les processus, clairement définis par et pour les partenaires. Une information mutuelle et transversale est à établir régulièrement, sans faux-fuyants. Les défis sont à anticiper par la réflexion d'abord, puis par l'adoption d'une stratégie et de mesures subséquentes. L'état de tension qui règne actuellement dans le domaine hospitalier comme dans le monde de la santé ne doit pas être vu comme une menace, mais au contraire comme une opportunité d'adaptation et de réformes. Pourquoi le canton ne serait-il pas pionnier en la matière? ■



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



La Clinique de La Source a le plaisir d'accueillir depuis le 1^{er} septembre 2018 le

Docteur Yannick Cerantola

Spécialiste FMH en urologie et urologie opératoire

Avenue des Bergières 2 - 1004 Lausanne

Tél. : 021 646 68 00

Fax : 021 646 68 59

E-mail : y.cerantola@lasource.ch

Leader dans son domaine et à la pointe de la technologie médicale, notamment en chirurgie robotique, la Clinique de La Source est un établissement privé de soins aigus pluridisciplinaires (Chirurgie – Médecine – Maternité) de 150 lits qui dispose d'un plateau technique d'avant-garde. Elle est reconnue pour la qualité des soins et les prestations de premier ordre qu'elle offre à ses patients et plus de 510 médecins accrédités.



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

La Clinique de la Source
et le Centre Gastroentérologie Beaulieu SA
ont le plaisir d'accueillir depuis le 20 août 2018 le



Dr Michel H. Maillard, MD-PhD

Spécialiste en gastroentérologie et hépatologie (CH)
Privat Docent et MER Clin à la Faculté de Biologie et
de Médecine de Lausanne

Nouveau médecin du Centre de Gastroentérologie et du centre Crohn
& Colite avec le **Pr Pierre Michetti** et le **Dr Christian Felley**.

Avenue Jomini 8 - 1004 Lausanne

Tél. : 021 644 30 50

Fax : 021 644 30 59

E-mail : secretariat.maillard@gesb.ch

Leader dans son domaine et à la pointe de la technologie médicale, notamment en chirurgie robotique, la Clinique de La Source est un établissement privé de soins aigus pluridisciplinaires (Chirurgie – Médecine – Maternité) de 150 lits qui dispose d'un plateau technique d'avant-garde. Elle est reconnue pour la qualité des soins et les prestations de premier ordre qu'elle offre à ses patients et plus de 510 médecins accrédités.



Atrium Equipement médical

Informatique Concept

Conseils - Vente - Services - Contrôles

Boso Medicus X et Boso Medicus Family



La qualité des tensiomètres de la société Bosch & Sohn a convaincu plus de 80% de praticiens en Allemagne et font de ce fabricant un précieux partenaire. Le **Boso Medicus X** a été décliné dans une version Boso Medicus System livrée avec application pour smartphones (IOS comme Android.)

Les **Boso Medicus Exclusive** ou **Family 4** ont été conçus spécialement pour être recommandés auprès de vos patients.

Tous ces appareils répondent aux critères de la Deutsche Hochdruckliga et aux exigences strictes du protocole d'essai de la Société européenne d'hypertension (ESH). Contrôle d'étalonnage avec certificat à l'appui, éventuelle réparation ou remplacement d'accessoires usagés sont effectués en Suisse.

AC Atrium Concept SA • Chemin L'Arzillier 31 • 1302 Vufflens-la-Ville • Tél. 021 784 16 74 • Fax 021 784 16 06
E-mail: sales@atriumconcept.ch ou info@atriumconcept.ch • www.atriumconcept.ch



Rappel

Les inscriptions à la **Journée de la SVM** sont ouvertes

La 18^e journée de la SVM se déroulera **le jeudi 6 décembre prochain** à la cathédrale de Lausanne. Vous assisterez en exclusivité à la mélodieuse Messe en si de J.-S. Bach, reprise par le Chœur Calliope. Un apéritif dînatoire précèdera le concert. Cette soirée sera également l'occasion de célébrer ensemble les 30 ans du CMV. Pour en savoir plus et réserver votre place, rendez-vous sur www.jsvm.ch. ■

Save the date

Assemblée générale du GMH

La prochaine Assemblée générale aura lieu le **jeudi 11 octobre 2018** à l'Hôtel Alpha-Palmiers de Lausanne de 18h à 20h.

Assemblée générale du GMH

- Accueil et introduction par le Dr Philippe Saegesser, Président du GMH
- Résolution du GMH sur les valeurs défendues par le Groupement et les actions à mener, présentation et adoption
- Divers et propositions individuelles

Conférence ouverte à tous de M^e Wyler

- Conférence de M^e Remy Wyler sur le thème « Le statut et les responsabilités du médecin hospitalier »

Questions et discussion

Cette séance sera suivie d'un apéritif. Merci de confirmer votre participation en vous inscrivant par e-mail à mary-laure.nicolier@svmed.ch

Assemblée des délégués

Le Dr Philippe Eggimann réélu à la présidence de la SVM

La 62^e Assemblée des délégués de la SVM s'est tenue le 28 juin 2018 à Lausanne. Lors d'une élection partielle, les Drs Philippe Eggimann (président), Adrien Tempia (vice-président) et Patrick Bovier (membre) ont été confirmés dans leurs fonctions au Comité. Deux nouveaux groupements de disciplines médicales ont également été créés.

A l'occasion de la dernière assemblée de la législature associative 2015-2018, les délégués de la SVM ont réélu le Dr Philippe Eggimann à la présidence de la SVM pour un nouveau mandat de deux ans. Le Dr Philippe Eggimann est membre du comité de la SVM depuis 2009 et président de la SVM depuis 2016. Lors de cette élection partielle du Comité, le Dr Adrien Tempia a aussi été confirmé dans ses fonctions de vice-président et le Dr Patrick Bovier en tant que membre. Bravo pour leur élection et merci d'avance de leur engagement! Après un riche débat, la création de deux nouveaux groupements de disciplines médicales de la SVM (pédopsychiatres et gastro-entérologues) a été acceptée par l'AD. Cette décision a été assortie de la nomination d'une commission chargée d'étudier, d'ici à la prochaine assemblée, une éventuelle révision du règlement définissant les groupements et la composition de l'AD. Pour l'élection en cours des 60 futurs délégués des groupements de la législature associative 2018-2021, les règles actuelles s'appliquent. La prochaine Assemblée des délégués de la SVM, première de la nouvelle législature 2018-2021, se tiendra le 29 novembre 2018.



AUTRES SUJETS DE L'AD DU 28 JUIN 2018

- approbation à l'unanimité des comptes 2017 de la SVM et approbation des comptes 2017 de la CAFMED (caisse d'allocations familiales des médecins);
- élection du Dr Paul Wiesel au Bureau de l'AD, du Dr Yannis Vlamopoulos et de la Dresse Anne Pictet Vallon à la Chambre médicale de la FMH (suppléants);
- acceptation d'une résolution visant à inciter tous les médecins vaudois à participer au recueil de données «ROKO» de la Caisse des médecins sur les coûts des cabinets;
- discussion concernant la réponse à donner à la consultation du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) sur l'avant-projet de directive concernant la garde médicale du canton de Vaud;
- annonce de la démission du Comité de la SVM du Dr Claude Bertoincini;
- communication des résultats de la votation générale organisée auprès des membres sur la révision partielle des statuts de la SVM (Chapitre II, Membres de la société) concernant les modalités d'admission (A. Définition des membres, art. 11) et d'exclusion (B. Perte de la qualité de membre, art. 17): 1164 oui, 44 contre, 21 nuls, 6 abstentions;
- acceptation de 66 nouveaux membres au sein de la SVM. ■

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



Avant-projet de directive sur la garde médicale mis en consultation

Réponse de la SVM

Le chef du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) Pierre-Yves Maillard a présenté, le 16 mai dernier, un avant-projet «Directive de la garde médicale» applicable dès le 1^{er} janvier 2019 et mis en consultation jusqu'au 30 juin 2018. La SVM et les différents groupements régionaux/spécialités y ont répondu.

En tant qu'organe faitier, la SVM s'oppose à l'avant-projet de directive, mais a également transmis sa position et celle des groupements au DSAS le 4 juillet dernier, tout en élaborant un certain nombre de propositions, que voici en résumé.

- La SVM soutient sans réserve les médecins et les groupements engagés volontairement dans les autres aspects

liés à la réponse à l'urgence.

- Le réseau des dispositifs de gardes médicales en tant que tel doit s'articuler avec les autres volets du processus de réponse à l'urgence, mais doit garder sa spécificité pour des raisons de cohérence et de continuité du tout et de manière à en assurer à la fois la pérennité et le développement maîtrisé.
- De l'avis de l'ensemble des groupements, il n'y a aucune urgence à réformer la garde médicale ni à édicter une directive à son sujet, y compris pour les régions où les projets de collaboration entre la garde médicale et les autres aspects de la réponse à l'urgence sont les plus avancés.
- L'alternative plus crédible que nous proposons repose sur une convention-cadre entre le DSAS et la SVM, couvrant un réseau de conventions régionales et/ou sectorielles (par spécialités).
- Les situations où la garde fonctionne sur un mode intercantonal, particulièrement dans la Broye vaudoise et fri-

bourgeoise, nécessitent également un règlement conventionnel, là où une directive seulement vaudoise ne saurait s'appliquer.

- La SVM est de longue date favorable à une médicalisation de la centrale téléphonique des médecins, seule à même de lui apporter le renfort nécessaire à ses nouvelles missions.
- La priorité doit être donnée à une expérience pilote, soumise à évaluation, si possible dans le Nord vaudois, où les conditions semblent les mieux réunies. D'autres initiatives locales ou régionales restent possibles sur une base volontaire. Le bilan de cette expérience pilote rendra possible une extension des éléments les plus pertinents. Cette évaluation constitue un préalable indispensable à une réforme générale de la garde médicale. ■

Pour des informations complémentaires et plus détaillées à ce sujet, rendez-vous sur <http://www.svmed.ch/publications/positions-de-la-svm/>

Une révolution pour les patients souffrant d'insuffisance cardiaque

Entré sur le marché il y a trois ans, le sacubitril/valsartan (Entresto®) est une véritable innovation. Seul dans sa classe actuellement, ce traitement améliore considérablement la vie des patients souffrant d'insuffisance cardiaque. Le généraliste interniste lausannois Minh-Hiep Dao prescrit ce traitement depuis un an et demi. Tout d'abord sceptique, il s'avoue aujourd'hui conquis au vu des résultats. Il explique pourquoi.



Dr Minh-Hiep Dao, médecin spécialiste en médecine interne générale à Lausanne

Quelle est la situation initiale des patients que vous convertissez au sacubitril/valsartan (Entresto®) et quels sont les critères les plus importants qui motivent votre décision?

Ces patients souffrent d'insuffisance cardiaque, surtout au stade 3. Malgré leur traitement standard – inhibiteur d'enzymes de conversion, Sartan et diurétique ou inhibiteurs de minéralocorticoïdes –, ils sont toujours dyspnéiques dans les activités de la vie quotidienne. Quand je constate que leur traitement standard n'est pas assez efficace, je n'hésite pas à passer à l'Entresto®, notamment lorsque je mesure le taux de NT-proBNP et que je vois que celui-ci augmente progressivement.

Pour rappel l'indication de l'Entresto® s'adresse à tous les patients insuffisants cardiaques de la classe NYHA 2,3,4 qui restent symptomatiques avec une fraction d'éjection égale ou inférieure à 40%.

Quelle est l'importance accordée à la qualité de vie du patient?

Elle est primordiale. Parfois, les patients sous traitement changent de vêtements et ils sont essoufflés. Ils font la cuisine et ils sont essoufflés. Ils ne peuvent parfois même plus sortir de chez eux. C'est très handicapant. Quand c'est le cas, c'est que leur traitement n'est pas assez efficace. Il faut alors faire quelque chose.

La conversion au sacubitril/valsartan est-elle facile et quels sont, pour vous, les principaux points à relever lors de la mise en œuvre pratique?

Il est important d'y aller progressivement. Il faut arrêter l'inhibiteur de

l'ECA 36 heures avant d'introduire l'Entresto®. Je commence toujours par deux doses de 50mg. Puis j'attends deux semaines, parfois même quatre, afin de voir comment le patient réagit. S'il le tolère bien, je monte à 2 fois 100mg (1). Je mets parfois 8 semaines, voire même plus pour arriver à la dose cible de 2 fois 200mg. Il faut être particulièrement vigilant si le patient se plaint d'hypotension ou de vertiges. Dans ce cas, il faut diminuer les doses des autres médicaments, par exemple les diurétiques, et ne pas augmenter trop vite la dose d'Entresto® (1). Durant le passage, je vois les patients chaque semaine.

Comment la vie des patients évolue-t-elle après la conversion au sacubitril/valsartan?

Leur vie est transformée. Ils ne sont plus essoufflés dans les activités de la vie quotidienne. Ils mangent mieux, ils dorment mieux. C'est impressionnant. J'ai un patient de 82 ans qui peut de nouveau venir seul au cabinet alors que je devais toujours me déplacer chez lui. J'en ai d'autres qui peuvent retourner faire des courses. Ils ne peuvent toujours pas marcher vite ou porter des sacs trop lourds mais ils retrouvent une certaine autonomie. On constate également que l'infirmière du CMS a besoin de passer moins fréquemment et il n'y a ni hospitalisation ni décompensation. Pour l'instant, je réserve ce traitement aux patients de stade 3 mais les études montrent qu'on pourrait aussi le prescrire aux patients de stade 2 afin d'éviter l'hospitalisation et améliorer le pronostic (4).

LAMal

Un appareil statistique inapproprié pour l'assurance maladie?

Il est impossible de contrôler ce que l'on ne comprend pas. L'assurance maladie est un exemple de système incontrôlable parce que mal ou pas suffisamment bien compris. La raison en est une absence d'appareil statistique adéquat. Le législateur l'avait partiellement remarqué, puisque les articles 28 à 32 de l'OAMal demandaient que l'OFAS développe une base de données permettant l'évaluation de l'efficacité d'une telle assurance, ce qui n'a pas été fait. Il y a maintenant plus de vingt ans, j'ai procédé, pour l'OFAS, à des études préliminaires relatives à la création d'une telle base. Il devint évident, au cours de ce travail, que les divers «experts» faisaient fausse route, ce que confirment les développements ultérieurs.

La description complète de mes recherches se trouve dans une publication de l'IDHEAP intitulée: «Quelques instruments pour comprendre l'assurance maladie – l'exemple de la LAMal» (2004), A.F. Gualtierotti et J. Spagnoli. L'élément le plus important de ce document réside dans la définition de l'unité statistique appropriée, celle de l'histoire «maladie» des assurés, des coûts occasionnés ainsi que des soins administrés au cours du temps. Un tel rôle ne peut pas être laissé aux compagnies d'assurance et devrait être l'œuvre de personnes techniquement compétentes et indépendantes des parties prenantes. L'OFS pourrait ou devrait jouer ce rôle. Les formats d'enregistrement des don-

nées devraient, en particulier, être imposés aux acteurs, seule manière d'avoir des données adéquates. ■

ANTONIO F. GUALTIEROTTI

Voir à ce sujet, dans le CMV n°4, le texte des motions des conseillers nationaux vaudois Adèle Thorens (Verts) et Olivier Feller (PLR) déposées ce printemps: «Faire établir des statistiques incontestées par un organisme indépendant: un préalable indispensable au pilotage du système de santé», actuellement en attente de traitement. Une démarche saluée et soutenue par la SVM.

NOTE DE LA PART DE NOVARTIS:

Le cas décrit comme exemple a été choisi, exposé et discuté par M. le Dr. Dao, sans intervention de Novartis. **Classement des témoignages concernant l'amélioration de la qualité de vie et des activités physiques dans le contexte des données issues du développement clinique [2] [3]:** La qualité de vie représentait un critère secondaire dans l'étude PARADIGM-HF. Comme indicateur de l'amélioration de la qualité de vie, une modification de celle-ci, mesurée en nombre de points selon le questionnaire « Kansas City Cardiomyopathy », a été interprétée après 8 mois. Dans une sous-analyse de l'étude PARADIGM-HF, le score KCCQ après 8 mois a été comparé avec un score KCCQ complet de la situation de base chez 6881 patients. Après 8 mois, le bras sacubitril/valsartan a montré une amélioration significative du score global du KCCQ (+1.13 versus -0.14; P<0.001). Le score global KCCQ comprend huit domaines différents, entre autres les limitations physiques et sociales ont été investiguées. Une analyse relative à ces deux composants a montré une significative plus grande probabilité d'une atténuation de ces limitations sous le sacubitril/valsartan, ceci mesuré à l'amélioration d'au moins cinq points du score (OR, 1.12; 95% CI, 1.00-1.24; P=0.04).

Qualification de la communication sur la diminution des hospitalisations et des décompensations dans le contexte des données issues du développement clinique [4] [5]: Dans l'étude PARADIGM-HF, l'hospitalisation en raison d'une péjoration de l'insuffisance cardiaque a été répertoriée en tant que critère primaire à côté de la mort cardiovasculaire. En comparaison avec le groupe de l'énalapril (N=4212), les patients du groupe Entresto® (N=4187) ont connu une réduction relative du risque d'une hospitalisation en raison d'une péjoration de leur insuffisance cardiaque de 21% (hazard ratio, 0.79; 95% CI, 0.71-0.89; P<0.001). L'évolution clinique de la maladie sous la médication d'étude a été saisie en tant que critère exploratoire et définie comme instauration d'une nouvelle médication en raison d'une dégradation de l'insuffisance cardiaque, de la nécessité d'un traitement i.v., ou d'un relèvement du dosage de diurétique (p.ex. plus de 80 mg de furosemide). Dans un délai de plus d'un mois, les patients du bras Entresto ont montré un risque plus faible de 16% en comparaison des patients du bras de l'énalapril, ceci en relation avec la péjoration de leur insuffisance cardiaque (hazard ratio, 0.84; 95% CI, 0.74-0.94; P=0.003).

RÉFÉRENCES:

- Entresto® information professionnelle du compendium suisse®. www.compendium.ch, état mai 2018.
- Lewis E et al. Health-Related Quality of Life Outcomes in PARADIGM-HF Circ Heart Fail. 2017;10:e003430. DOI: 10.1161/CIRCHEARTFAILURE.116.003430.
- Chandra A et al. Effects of Sacubitril/Valsartan on Physical and Social Activity Limitations in Patients With Heart Failure - A Secondary Analysis of the PARADIGM-HF Trial. JAMA Cardiol. doi:10.1001/jama-cardio.2018.0398; E1-E8.
- McMurray JJ, Packer M, Desai AS, et al: Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. N Engl J Med 2014;371(11):993-1004.
- Packer et al: Angiotensin receptor neprilysin inhibition compared with enalapril on the risk of clinical progression in surviving patients with heart failure. Circulation. 2015 Jan 6;131(1):54-61.

ENTRESTO®

C. Comprimés pelliculés de 50 mg, 100 mg et 200 mg du complexe sodique sacubitril/valsartan. I. Entresto est indiqué pour réduire le risque de mortalité et de morbidité cardiovasculaires chez les patients adultes souffrant d'insuffisance cardiaque systolique (classe NYHA [New York Heart Association] II-IV, FEVG \leq 40%). Entresto est administré en étant associé, de manière appropriée, avec d'autres traitements de l'insuffisance cardiaque (par ex. bêtabloquants, diurétiques et antagonistes des minéralocorticoïdes) au lieu d'un inhibiteur de l'ECA ou d'un ARA. P. Dose initiale - 100 mg 2 x par jour ou 50 mg 2 x par jour: chez les patients qui ne sont pas traités ou qui sont traités avec une dose faible d'inhibiteur de l'ECA ou d'ARA, patients avec insuffisance rénale sévère (DFGe < 30 mL/minute/1,73 m²) ou insuffisance hépatique modérée (classification Child-Pugh B). Doubler la dose toutes les 2 - 4 semaines jusqu'à une dose cible de 200 mg 2 x par jour. Traitement au plus tôt 36 heures après arrêt d'un inhibiteur de l'ECA. Ne peut pas être utilisé avec un ARA. En cas de problèmes de tolérance, il est recommandé d'ajuster la posologie des médicaments concomitants, de réduire temporairement la dose d'Entresto ou d'arrêter celui-ci. Utilisation non étudiée en cas de tension artérielle systolique <100 mm Hg; insuffisance hépatique sévère (classification Child-Pugh C); enfants et adolescents. CI: Hypersensibilité à l'un des principes actifs ou à l'un des excipients. Utilisation concomitante d'un inhibiteur de l'ECA. Antécédent connu d'angio-œdème lié à un traitement antérieur par inhibiteur de l'ECA ou ARA. Angio-œdème héréditaire. Utilisation simultanée de médicaments contenant un aliskirène chez les patients diabétiques ou insuffisants rénaux (DFG < 60 mL/min/1,73 m²). Insuffisance rénale sévère avec DFGe < 10 mL/min/1,73 m². Grossesse. PE: Double blocage du SRAA. Hypotension artérielle - surveiller la tension artérielle lors de l'initiation du traitement ou pendant un ajustement posologique. En cas d'hypotension, il est recommandé de réduire temporairement la dose ou de suspendre temporairement Entresto ainsi que d'adapter la dose

du diurétique, de l'hypotenseur et de traiter les autres causes d'hypotension. Corriger une déplétion sodique et/ou volémique avant le traitement. Insuffisance rénale. Hyperkaliémie - utiliser avec prudence les médicaments augmentant le taux de potassium. Recommander une surveillance de la kaliémie. Angio-œdèmes - En cas d'angio-œdème, arrêter immédiatement Entresto, instaurer un traitement approprié et une surveillance. Un angio-œdème accompagné d'un œdème pharyngé peut entraîner la mort. Si la langue, la glotte ou le pharynx sont impliqués, instaurer immédiatement un traitement adéquat, par exemple par solution d'épinéphrine/adrenaline sous-cutanée et/ou des mesures pour maintenir ouvertes les voies respiratoires. Patients avec une sténose de l'artère rénale - recommander une surveillance de la fonction rénale. Biomarqueurs - Le BNP n'est pas un biomarqueur approprié chez les patients traités par Entresto. IA: Inhibiteurs de l'ECA; Aliskirène; ARA; transporteurs OATP1B1 et OATP1B3; Sildénafil; Diurétiques d'épargne potassique, antagonistes de minéralocorticoïde, suppléments de potassium ou substitut potassique du sel; anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) y compris inhibiteurs sélectifs de la cyclooxygénase-2 (inhibiteurs de COX-2); Lithium; Inhibiteurs de OATP1B1, OATP1B3, et OAT3, OAT1 ou MRP2. EI: Très fréquent: hyperkaliémie, hypotension, fonction rénale limitée; Fréquent: anémie, hypokaliémie, hypoglycémie, étourdissements, céphalées, vertiges, syncope, hypotension orthostatique, toux, diarrhée, nausées, défaillance rénale (insuffisance rénale, défaillance rénale aiguë), fatigue, asthénie; Occasionnel: vertige orthostatique, angio-œdèmes, prurit, éruption cutanée, hypersensibilité (y compris anaphylaxie). P: Entresto 50 mg; Emballages de 28 et 56 comprimés pelliculés • Entresto 100 mg et Entresto 200 mg; Emballages de 56 et 168 comprimés pelliculés. Catégorie de vente: B. D'autres informations sont disponibles à l'adresse www.swissmedinfo.ch. V4 Mai 2018 Novartis Pharma Schweiz AG, Risch: Suurstoffi 14, 6343 Rotkreuz, Tél. 041 763 71 11

Docteur Jean-Dominique Lavanchy

A la vie comme à la barre

C'est au grand air, dans son jardin luxuriant et accueillant, que Jean-Dominique Lavanchy, médecin généraliste installé à Yvonand, nous reçoit.

C'est un homme jovial à la poignée de main et au sourire francs que nous rencontrons ce jour de grand beau, à quelques encablures du lac de Neuchâtel. Ce ne sont pourtant pas ces flots-là qui portent les rêves de Jean-Dominique Lavanchy, esprit libre et espiègle qui semble manier l'humour aussi bien que la barre.

DANS LE SILLAGE DE MAI 68

Jean-Dominique Lavanchy aurait très bien pu devenir ingénieur mécanicien plutôt que médecin. C'était d'ailleurs l'envie première de ce dyslexique fort en maths, comme il se décrit lui-même. C'est pourtant vers la médecine qu'il se tourne une fois la maturité en poche. Il quitte alors sa

Zurich natale pour rejoindre la faculté de Lausanne: «Je poursuivais alors mon idéal soixante-huitard en prenant le large de la vie bourgeoise de mes parents. J'étais logé gracieusement dans une vieille ferme familiale du Gros-de-Vaud inhabitée depuis 1950 et où j'avais passé toutes mes vacances, et j'allais en cours en 2CV... La vie étudiante idéale!»

L'APPEL DU LARGE

Féru de montagne depuis le gymnase à Zurich, Jean-Dominique Lavanchy s'adonne à la voile parallèlement à ses études, notamment à l'école des Glénans. «Venant de la montagne, on avait un petit avantage sur les Parisiens parce qu'on arrivait bien à décoder le paysage!» Dès 20 ans, il partage son temps entre la navigation et sa formation. Grand amoureux de la nature, c'est également pendant ses études qu'il commence à s'occuper d'un verger et à s'intéresser aux abeilles – une passion toujours intacte! Après son final de médecine, il prend une année pour amener pour la deuxième fois un bateau aux Antilles, avant de faire ses stages: médecine et chirurgie à Yverdon-les-Bains, ORL au CHUV, gynécologie à Morges et PMU. Il décroche une place d'assistant en polyclinique à Bâle pendant dix-huit mois: «J'ai énormément appris pendant cette période. J'ai acquis de nombreux outils et j'ai eu la chance d'être nommé «chef sida» pour Bâle.» Après plusieurs remplacements comme chef de clinique, il revient en Suisse romande et fait une année à l'Hôpital de l'enfance en attendant de pouvoir s'installer en cabinet à Yvonand.

L'ENGAGEMENT AUPRÈS DES PATIENTS

«J'ai adoré me frotter à différentes spécialités durant mes stages, mais la médecine générale répond à mon besoin de découverte et de diversité. Au cabinet, je peux faire de la petite chirurgie, tout un tas de

choses – je suis un peu bricoleur! –, cela me convient parfaitement.»

Défenseur d'une médecine générale engagée auprès des patients, il supervise au CHUV la médecine manuelle (ostéopathie pratiquée par les médecins au cabinet) et forme les médecins romands à cette discipline. «La médecine manuelle est aujourd'hui reconnue et se développe beaucoup dans le Nord vaudois!» se félicite le médecin. Parallèlement à cela, Jean-Dominique Lavanchy exerce l'hypnose médicale depuis 2000, «une activité qui m'a beaucoup apporté dans la relation avec mes patients».

UN RENDEZ-VOUS RÉGULIER AVEC LA MER

Très impliqué dans son rôle de médecin de famille et dans celui de transmission auprès des assistants qu'il accueille à son cabinet, Jean-Dominique Lavanchy n'a néanmoins jamais sacrifié les semaines de congés indispensables à son équilibre: «Quand je me suis installé, je me suis juré devant le miroir de prendre au minimum huit semaines de vacances!» raconte-t-il en riant. «C'était un axiome de base, pas discutable ni négociable!» Ce qui lui a permis de naviguer au moins trois semaines par année.

Il s'est même offert deux breaks: un à 40 ans, après seulement quatre ans de cabinet, pour faire une étape comme coéquipier médecin (Uruguay-Australie) d'une course autour du monde; puis un en 2006 pour monter avec un gros voilier en acier depuis la Bretagne jusqu'au dernier village habité du Groenland et retour, comme skipper cette fois. «La navigation permet de régénérer l'âme, comme la marche je pense. Et pour l'hyperactif que je suis, c'est vraiment une manière de vider son esprit et de rester disponible pour les autres...» ■

Clin d'œil



Parmi les projets d'avenir de Jean-Dominique Lavanchy, un grand voyage en 2019 avec son épouse, à bord du Kawaine, un bateau qui attend, au Port Napoléon près de Marseille, que le médecin allège son rythme de travail pour prendre les flots!



Les *Jeudis* de la Vaudoise

Sous réserve de modifications – www.svmed.ch

Programme
et inscription
en ligne!
www.svmed.ch



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 _____

Programme 2018 – 2019

1 ABONNEMENT GÉNÉRAL POUR LES 8 JEUDIS DE LA VAUDOISE

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 11 octobre 2018
Médecine bucco-dentaire | <input type="checkbox"/> 14 mars 2019
Asséculoogie et éthique |
| <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 |

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 8 jeudis: membres SVM: CHF 345.- / non-membres SVM: CHF 395.-

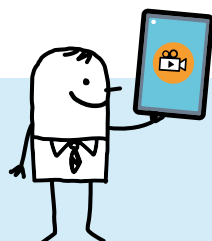
Carte de parking du CHUV:

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

Commission pour la formation continue de la SVM:

Dres I. Marguerat Bouché, A.-F. Mayor-Pleines, S. Paul et F. Pilloud, Pr J. Cornuz (président), Drs A. Birchmeier, 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.

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





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
- > 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

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



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

aurigen.ch