

DOC

LE RENDEZ-VOUS
DES MÉDECINS
VAUDOIS

N° 10
PRINTEMPS
2024

Contrôle de la facturation : à quel prix ?

Smarter Medicine:
optimisons sans
standardiser

Non au frein aux
coûts le 9 juin !

Dr Eggimann :
son bilan comme
président de la SVM



Avec le Fonds de prévoyance de la SVM, optez pour un 2^e pilier sur mesure et 100% garanti.

- Conseil neutre et professionnel
- Solutions de prévoyance modulaires
- Une gestion en ligne de vos affaires

Pour répondre aux besoins spécifiques des médecins, la Société Vaudoise de Médecine et Retraites Populaires ont créé le Fonds de prévoyance de la SVM. C'est pourquoi aujourd'hui plus de 900 médecins vaudois et leur personnel nous font confiance.

Contactez-nous, sans engagement

www.retraitespopulaires.ch/svm

021 348 26 27



**FONDS DE
PRÉVOYANCE**



Steve Aeschlimann
Secrétaire général
de la SVM et rédacteur
en chef de DOC

À QUAND L'ÉCONOMICITÉ 2.0 ?

Qui accepterait aujourd'hui un diagnostic basé sur des scanners des années 1990? Personne. Pourtant, en Suisse, le contrôle des coûts de la santé s'appuie encore sur des outils obsolètes. Le terme « économicité », vestige des années 1960, n'est plus utilisé qu'en Suisse (francophone).

Conséquence : les procédures d'économicité dans la LAMal manquent leur cible. Elles privilégient les indicateurs quantitatifs à court terme au détriment des effets à long terme, parfois délétères.

Où se trouvent les coûts des patient-es que les médecins n'osent plus traiter pour éviter de se retrouver coincés dans les filets des assureurs? Les patient-es « atypiques » - mal-aimé-es des modèles régressifs - ne quittent pas le système de santé mais seulement la facturation de certains médecins installés... Les honoraires de ces derniers vont peut-être diminuer mais la facture globale, elle, ne va pas baisser.

C'est toute la différence entre le résultat immédiat (output) et les conséquences à long terme (impact) bien décrits dans les modèles de suivi de projet (logic models). Une approche mécanique ne semble pas adaptée à la médecine moderne et la grande hétérogénéité des cas traités par les médecins.

Pour reprendre l'analogie du radar, chère à santésuisse, on pourrait résumer la situation ainsi : en forçant certain-es « conducteurs/trices pressé-es » à éviter les autoroutes (et leurs radars), nous ne faisons que déplacer les accidents dus à la vitesse sur les routes cantonales.

Deux pistes à creuser :

1. **La Smarter Medicine** qui tente d'identifier - et de supprimer - des traitements qui n'apportent pas d'amélioration pour le ou la patient-e.
2. **L'intelligence artificielle**, couplée à une collecte et utilisation raisonnées des données, qui permettra dans un futur proche d'affiner les modèles d'analyse pour intégrer les spécificités de chaque patient-e au-delà de simples « moyennes » et autres « écarts-types ».

Il est temps de sortir des vieux modèles et de développer un système de contrôle qui respecte la complexité et la diversité des besoins de santé aujourd'hui. Une telle évolution est non seulement nécessaire pour une gestion efficace des coûts, mais aussi pour garantir une qualité de soins à la hauteur des attentes des patient-es suisses.



05

INFOS SVM

07

EN BREF

08

Dr Philippe Eggimann

ENTRETIEN

10

DOSSIER CONTRÔLE DE
L'ÉCONOMICITÉ

12

Cadre juridique

14

La parole aux assureurs

16

Centre de Confiance de la SVM

18

Sondage SVM

19

Marche à suivre vis-à-vis des assurances

21

Témoignage

22

Hétérogénéité de la patientèle

24

Check-up humour

25

Ce qu'en pense

Philipp Muri, OFSP

26

DOSSIER **SMARTER
MEDICINE**

28

**Principes et enjeux
de la Smarter Medicine**

30

Rôle des sociétés médicales

31

Défendre une médecine personnalisée

32

(Re)valoriser le temps de parole

34

L'initiative « pour un frein aux coûts »

POLITIQUE

36

BetterDoc

MA PRATIQUE

38

Barrière linguistique à l'hôpital

AILLEURS

39

Dre Sabine Delachaux-Mormile

VISITE MÉDICALE

40

Smarter Medicine: what else?

BON POUR LA TÊTE

IMPRESSUM



**SOCIÉTÉ VAUDOISE
DE MÉDECINE**

Chemin de Mornex 38
1002 Lausanne
Tél. 021 651 05 05
Fax 021 651 05 00
doc@svmed.ch
www.svmed.ch/doc-mag

Rédacteur en chef

Steve Aeschlimann,
secrétaire général de la SVM

**Concept et secrétariat
de rédaction**

ftc communication SA
www.ftc.ch

Comité de rédaction

Prof. Jacques Besson
Dr Marc-Antoine Bornet
Dre Sabine Delachaux-Mormile
Dr Philippe Eggimann
Dre Sandy Estermann
Dr Henri-Kim de Heller
Dre Catherine Léchaire
Dr François Saucy

**Maquette et
mise en page**

ened, Nicolas & Mélanie
Zentner, Mathieu Moret
www.ened.ch

Couverture

Milla et Nicolas Zentner

Impression

PCL Presses Centrales SA,
Renens

Régie publicitaire

Urbanic Sàrl
Tél. 079 278 05 94
info@urbanic.ch

Le Comité de rédaction précise que, sous réserve des articles signés par des responsables attitrés-es 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 auteur-es.

Pour tout changement d'adresse, merci de vous adresser à info@svmed.ch



Prise de rendez-vous
rapide au
+41 21 525 81 81



CONSULTATION SPÉCIALISÉE EN SOINS DES PLAIES

- Prise en charge personnalisée
- Suivi régulier et adapté
- Drainage lymphatique associé



SOINS INFIRMIERS MÉDICO-CHIRURGICAUX

- Perfusion de médicaments
- Prise de sang
- Injection sous-cutanée
- Enseignement de traitement
- Changement de pansements
- Ablation de fils et de drains
- Bilan pré-opératoire



ASSURANCE

Remboursé par la LAMa*

PLUS
D'INFORMATIONS



Route de la Corniche 1
1066 Épalings

Lu-Ve: 8h - 17h
T +41 21 525 81 81

csa@vidymed.ch
www.vidymed.ch

UNE 2^e ÉDITION DE LA SOIRÉE DES SPÉCIALITÉS

6
JUN

Après le succès de la première édition, une nouvelle « Soirée des spécialités » se déroulera jeudi 6 juin en début de soirée à l'hôtel Alpha Palmiers, à Lausanne. Cet événement inter-générationnel vise à répondre aux questions des étudiant-es en médecine pour les aider à mieux anticiper la suite de leur cursus professionnel. Cette démarche s'inscrit dans la volonté de la SVM de renforcer sa collaboration avec l'Association des étudiantes en médecine de Lausanne (AEML), ainsi que l'Association suisse des médecins assistant-e-s et chef-fe-s de clinique Section Vaud (ASMAV). Depuis novembre 2023, les deux associations sont d'ailleurs invitées aux séances de l'AD avec voix consultative.

WEBINAIRE DOC

A quand un label pour les médecins praticiens ?

Pour la plupart formés à l'étranger, les médecins praticiens ne disposent pas d'un titre de spécialiste reconnu en Suisse en raison d'une formation postgrade plus courte. C'est pourquoi la palette d'actes médicaux qu'ils sont autorisés à prodiguer à leur patientèle est limitée. Détaillé dans le dossier du dernier DOC sur cette thématique, un projet de label lancé par la SVM doit clarifier les conditions cadres et assurer aux médecins praticiens une pleine reconnaissance de leurs compétences et qualifications avérées. Pour discuter de son éventuelle mise en œuvre, notre webinaire a réuni le 7 mai dernier le Dr Karim Boubaker, médecin cantonal, le Dr Sébastien Jotterand, spécialiste en médecine interne générale, vice-président de Médecins de Famille et de l'Enfance Suisse (mfe), le Dr Stéphane Lambert, médecin praticien et membre du comité de la SVM, ainsi que Steve Aeschlimann, rédacteur en chef de DOC et secrétaire général de la SVM.



Voir ou revoir ce webinaire



Nicolas Blanc - SVM

LA SVM DÉBARQUE AU PARLEMENT

La 80^e Assemblée des délégués (AD) de la SVM s'est exceptionnellement déroulée le jeudi 21 mars dernier dans la salle plénière du Parlement vaudois. Fait plutôt rare, aucune élection statutaire n'était à l'ordre du jour. Les postes de président-e et de vice-président-e de la SVM seront en revanche à repourvoir lors de la prochaine AD du 20 juin 2024, les Drs Philippe Eggimann (président) et Adrien Tempia (vice-président) arrivant au terme de leur dernier mandat possible selon les statuts. Les candidatures sont donc ouvertes pour ces deux fonctions. Deux postes de vice-président-es de l'AD de la SVM seront également à repourvoir.

Le peu d'objets décisionnels a permis de consacrer davantage de temps aux informations du Comité et du secrétariat général de la SVM sur les nombreux dossiers d'actualité, et de répondre aux diverses questions des groupements.



Pour découvrir le compte-rendu de cet événement et une galerie photos, rendez-vous sur svmed.ch ou scannez le QR code ci-contre!

INFOS SVM

65

Nouvelles et nouveaux membres ont été officiellement admis-es au sein de la SVM lors de l'Assemblée des délégués de mars dernier. Fait réjouissant, la féminisation de la corporation semble se poursuivre puisque 57% de ces nouvelles candidatures sont féminines.

DE NOUVELLES RECRUES ONT PRÊTÉ SERMENT



La traditionnelle soirée de bienvenue a réuni fin février au Novotel de Bussigny une quarantaine de nouvelles et nouveaux membres admis-es à la SVM au 1^{er} janvier 2024. L'occasion pour ces nouvelles recrues de prêter serment et d'en apprendre plus sur le fonctionnement, les objectifs et la vision de notre association, ainsi que sur les nombreux avantages proposés aux membres. La soirée fut également une belle opportunité de réseautage entre médecins de diverses régions et spécialités.



Marie-Aurore
Rochat-Smeyers
Fondatrice

neolife
entendre
tout simplement

NEOLIFE, L'ENTREPRISE ROMANDE QUI OFFRE UN SERVICE AUDITIF À DOMICILE POUR VOS PATIENTS DEPUIS BIENTÔT 10 ANS !



Ariane
de Bourbon Parme

Qui profite du service auditif à domicile NeoLife ? Tout le monde et peu importe l'âge et les moyens à disposition. Toutes les personnes qui ont besoin d'un test auditif peuvent bénéficier de la visite de l'audioprothésiste NeoLife à domicile ou sur le lieu de travail. Il est également possible de planifier des tests auditifs pour les personnes qui se trouvent dans des structures spécialisées telles que les maisons de retraites. NeoLife se donne comme mission principale de rendre l'appareillage auditif accessible et confortable pour toutes et tous.



Paula Aeschmann

Comment profiter du service auditif NeoLife à domicile ? En Suisse Romande, le service auditif à domicile est pris en charge par NeoLife. Depuis 2014, l'entreprise NeoLife, composée d'audioprothésistes diplômées, offre cette prestation à toutes les personnes qui en ont besoin. Pour en profiter, vos patients peuvent contacter NeoLife par téléphone au **076 589 56 57**.



Marielle Schopfer

Quel est le coût du service auditif NeoLife à domicile ? Ce qui est important pour les personnes qui ont besoin d'un service auditif est également pour NeoLife. Ne pas avoir de mauvaises surprises et créer des liens de confiance et durables. De ce fait, le service à domicile NeoLife est accessible aux mêmes conditions qu'un service de qualité en magasin. C'est pourquoi, le coût du service à domicile ainsi que le suivi sont compris dans le prix de l'appareillage.



Sabine Morex

Quelles sont les marques que l'on peut tester avec NeoLife ? NeoLife propose les dernières technologies parmi l'ensemble des marques présentes sur le marché. Les clients peuvent ainsi choisir, sans contraintes, des appareils en fonction de leurs besoins et de leurs

demandes. Une raison supplémentaire de profiter du service auditif à domicile de NeoLife.

Pourquoi faire appel à un service auditif à domicile ? L'adaptation des appareils auditifs sur le lieu de vie ou sur le lieu de travail, va permettre à l'experte de l'audition NeoLife de mieux se rendre compte des réels besoins et problèmes que la perte auditive peut engendrer. Les réglages sont sur mesure et adaptés au quotidien. Cela apporte de meilleurs résultats et finalement un plus grand bien-être auditif et social.

Est-il possible de faire des tests sans engagement et pendant combien temps ? Oui, avec le service auditif à domicile NeoLife, votre patient peut essayer durant 1 mois le système auditif de son choix. Ainsi, le patient peut vivre l'expérience d'une audition améliorée dans toutes ses situations de vie au quotidien. Vos patients peuvent appeler le **076 589 56 87** pour planifier un test auditif gratuit ou pour obtenir des informations supplémentaires.

Quelles sont les solutions de financement d'un appareil auditif et comment les obtenir ? Il existe différentes aides pour le financement d'appareils auditifs. Le service auditif à domicile NeoLife est là pour faciliter la vie des patients. C'est pourquoi, toutes les démarches administratives sont faites à domicile et avec le soutien des audioprothésistes NeoLife. Enfin, pour les patients qui possèdent déjà un appareil depuis plus de 5 ans, il est important de savoir qu'il est à nouveau possible d'obtenir un financement pour renouveler leur système auditif.



**POUR EN PROFITER, VOS PATIENTS PEUVENT CONTACTER NEOLIFE
PAR TÉLÉPHONE AU 076 589 56 57 POUR UN TEST AUDITIF GRATUIT !**

Partenaire des médecins

Pour vous ou votre activité,
un accompagnement sur mesure



www.bcv.ch/medecins

 **BCV**
Ça crée des liens



MÉDECINS EN ACTIVITÉ PAR DISTRICT (2023)
Densité pour 1000 habitant-es

GROS-DE-VAUD	1,60
LAVAUX-ORON	2,90
QUEST LAUSANNOIS	3,00
JURA-NORD VAUDOIS	3,70
BROYE-VULLY	4,00
MORGES	4,30
AIGLE	5,30
NYON	6,40
RIVIERA-PAYS-D'ENHAUT	7,30
LAUSANNE	11,70

Source : Statistique Vaud – DGS

+ 6834

C'est l'augmentation du nombre de médecins étrangers pratiquant en Suisse entre 2013 et 2023, selon la statistique médicale 2023 de la FMH, soit une hausse de 70%. Cela démontre la nécessité de faire appel à du personnel spécialisé étranger car les médecins formés en Suisse ne suffisent pas à couvrir les besoins.

30 MILLIONS, PAS D'OBLIGATION

Après moult discussions, c'est le montant accepté mi-mars par les deux Chambres fédérales afin d'encourager le développement du dossier électronique du patient (DEP). Cependant, les médecins ne seront pas obligés de s'y affilier, du moins pour le moment. La SVM continuera de suivre les développements du DEP (cf. dossier consacré en 2023 dans DOC), tout en constatant que pour l'heure, la solution reste inadaptée à la pratique médicale et aux besoins de la population.



Lire aussi l'article de blog du Dr Philippe Eggimann

20.36%

C'est le pourcentage des 4051 médecins en exercice en terres vaudoises qui pratiquaient la médecine interne générale (soit 825 personnes) en 2022, selon l'annuaire statistique Vaud. Sur cet effectif global de 4051 médecins, 647 sont sans discipline principale, 477 sont actifs dans les domaines de la psychiatrie et psychothérapie, 285 sont pédiatres et 190 sont spécialisés en gynécologie et obstétrique. Avec 4.9 médecins en exercice pour 1000 habitant-es, le canton de Vaud se place légèrement au-dessus de la moyenne nationale (4.6) en 2022.

FREINER L'ACCÈS AUX SOINS ?

« Dimanche 9 juin 2024, le peuple suisse sera amené à s'exprimer sur l'initiative "pour un frein aux coûts".

Par un mécanisme aussi absurde que dangereux, elle imposerait de limiter les coûts pris en charge par l'assurance de base en fonction de la conjoncture. Cela reviendrait à introduire un rationnement des soins et une médecine à deux vitesses, dont les personnes les plus vulnérables et la classe moyenne seraient les premières victimes. »



Dr Philippe Eggimann, vice-président de la FMH et président de la SVM, dans une contribution à lire sur notre Blog des médecins vaudois

« L'échec le plus douloureux, c'est de ne pas avoir réussi à convaincre la majorité du corps médical vaudois de transmettre ses données de facturation au Centre de Confiance »

« JE COMPTE RESTER ACTIF DANS LA POLITIQUE PROFESSIONNELLE »

Membre du comité de la SVM depuis 2009, dont il aura été président entre 2016 et 2024 (son ultime mandat s'achève fin juin), le Dr Philippe Eggimann porte avec engagement et conviction différentes casquettes. Il est aussi président de la Société médicale de Suisse romande (SMSR) depuis 2018 et vice-président de la Fédération des médecins suisses (FMH) depuis 2022. Sans oublier son activité clinique comme médecin adjoint à temps partiel au Département de l'appareil locomoteur au CHUV, à Lausanne. Mais à quel dopant fonctionne-t-il ?

D'où vient votre vocation pour la médecine ?

Cela remonte probablement à mon enfance car j'ai grandi depuis l'âge de 2 ans dans une habitation familiale attenante au cabinet de mon père, médecin généraliste à Cheseaux. Mauvais élève au gymnase, certainement par ennui, j'ai pensé à faire de la physique avant de me tourner vers la médecine pour son côté humain. Je n'ai jamais regretté car j'y ai vraiment trouvé du sens.

Quel est le plus grand défi que vous avez rencontré en tant que président de la SVM et comment l'avez-vous relevé ?

Il a fallu à plusieurs reprises maintenir la cohésion entre les différents groupements et fédérer des avis souvent divergents dans une association qui se doit de représenter tous les médecins ayant terminé leur formation et qui exercent dans le canton de Vaud, quel que soit leur profil ou le type de structure dans laquelle ils travaillent. Les relations souvent tendues entre spécialistes et médecins de premier recours se sont apaisées grâce notamment à certains médecins engagés dans ces groupements et au secrétaire général précédent, Pierre-André Repond.

Votre réussite la plus significative dans cette fonction et votre échec le plus douloureux ?

Le plus grand succès, qui revient véritablement à toute l'équipe de la SVM, est d'avoir réussi à maintenir et développer un partenariat public-privé entre le Département de la santé et de l'action sociale du canton de Vaud (DSAS) et la SVM dès 2009. Cela nous a permis d'établir un cadre dans divers domaines clés comme la garde médicale ambulatoire et la clause du besoin. L'échec le plus douloureux, c'est de ne pas avoir réussi à convaincre la majorité du corps médical vaudois de transmettre ses données de facturation au Centre de Confiance, ce qui permettrait de le défendre contre les accusations de surfacturation provenant des assureurs (voir aussi dossier pp. 10-25), ainsi que les données concernant les chiffres d'affaires et les charges de cabinet à RoKo. C'est en partie à cause de ces informations insuffisantes qu'il nous a été si difficile de défendre la valeur du point TARMED face aux assureurs et au Canton.

Une rencontre vous a-t-elle particulièrement marqué durant ces 8 ans de présidence ?

Sans conteste le conseiller d'Etat

Pierre-Yves Maillard (voir aussi DOC 9, pp. 8-9). C'est l'artisan du partenariat public-privé côté Canton. Nous avons de nombreux points de désaccord mais de ces moments de confrontation entre 2009 et 2019 sont sortis des éléments favorables qui ont fait évoluer à la fois le corps médical, les fonctionnaires ainsi que le personnel politique du Canton. Je déplore toutefois l'évolution idéologique de sa dernière mandature.

Pouvez-vous nous décrire une de vos journées type ?

Lever à 5h00 pour lire mes mails et les informations concernant la politique professionnelle. J'arrive à mon bureau au CHUV à 6h30 pour prendre connaissance de ce qui s'est passé aux soins continus du service d'orthopédie et de traumatologie dont j'assure la supervision. A 7h10, c'est le rapport médical pour être au courant des différents cas et discuter avec les cadres. Dès 8h00, visite médicale des patient-es des soins continus et de celles et ceux qui posent problème. Ensuite, j'ai une grande liberté d'organisation pour mener mes activités cliniques et de politique professionnelle – dont les séances se déroulent heureusement la plupart du temps en visio – tout en essayant de maintenir une certaine activité scientifique. Je reste atteignable par les médecins du service toute la journée jusqu'en début de soirée et les week-ends. Je profite de quelques moments en famille entre 18h30 et 22h00 puis me replonge dans les divers dossiers de politique professionnelle jusqu'à 23h30 avant une courte nuit de sommeil. Les week-ends sont plus légers et permettent de finaliser certains dossiers.

Quel impact espérez-vous avoir laissé en tant que président de la SVM ?

J'espère avoir contribué à maintenir les conditions d'exercice de la médecine, en mettant en avant ce que font les médecins pour la population. Il faut arrêter de prétendre que ce sont des profiteurs. L'immense majorité s'engage corps et âme vis-à-vis de sa patientèle. Après avoir transmis la présidence de la SVM, je compte rester actif dans la politique professionnelle. Je suis d'ailleurs candidat à ma propre réélection au sein du comité central de la FMH le 6 juin prochain.



Regis Colombo - dlspro.ch

Un message pour les membres SVM ?

Je les invite à non seulement rester membres de la SVM mais à s'impliquer dans la vie de leurs groupements, ce qui contribue à donner du sens aux actions de leurs représentant-es vis-à-vis de nos différents partenaires. Cela est absolument essentiel pour défendre leurs conditions de pratique et leur liberté thérapeutique.

Et un dernier mot pour nos élu-es vaudois-es ?

Comme déjà évoqué, la SVM a développé un partenariat public-privé en signant une convention avec le DSAS. Mais ce qu'elle a négligé, c'est de développer et entretenir des liens avec nos parlementaires vaudois-es, en particulier avec celles et ceux qui font partie de la Commission thématique de la santé publique. Elles et ils n'ont pour le moment que l'Office du médecin cantonal comme source directe d'information, ce qui est encore plus marqué depuis que le Service de la santé publique est devenu une direction générale, et ce n'est pas qu'un changement sémantique. Or la SVM peut les aider dans la préparation de leurs dossiers, en leur transmettant une multitude de données utiles. Nous avons d'ailleurs commencé ce travail.

QUESTIONS-RÉPONSES

Avez-vous un médecin traitant ?

Non, mais je me rends chez mes pairs en cas de besoin.

Faites-vous des check-up réguliers ?

Oui, auto-prescrits.

Avez-vous un DEP ?

Non, tous les documents numérisés de ma famille et moi-même sont stockés dans mes propres fichiers.

Votre remède contre le stress ?

Ecouter toutes sortes de musiques avec un casque audio performant pendant la journée et courir deux fois par semaine si possible.

Vos drogues préférées ?

Le travail et le café.

La spécialité que vous n'auriez jamais pu exercer ?

La psychiatrie. Si un dialogue n'éveille pas mon intérêt, je décroche immédiatement.

Si vous n'aviez pas été médecin, vous auriez été...

Médecin !



Il arrive que des médecins soient soumis à une interpellation des assureurs maladie (pour le moins rugueuse, voir témoignage p. 20), quant à une éventuelle surfacturation. Pourtant, les chiffres de santésuisse (voir pp. 14-15) montrent que seule une infime poignée de médecins contrôlés est jugée en tort et contrainte de passer à la caisse. Cela n'en demeure pas moins un sujet tabou pour beaucoup d'entre nous, craignant d'être perçus comme des profiteurs. On le cache alors. Parfois on se bat pour se justifier, parfois on courbe l'échine et on accepte une négociation, allant même pour quelques-uns jusqu'à payer une rétrocession parfois discutable.

CONTRÔLE D'ÉCONOMICITÉ : UNE BONNE IDÉE MAL APPLIQUÉE ?

La LAMal prévoit que les prestations médicales doivent être « efficaces, appropriées et économiques » (art 32 al. 1). Mais comment s'accorder sur la définition de ces critères ? Quels moyens sont mis en œuvre pour veiller à leur respect et que se passe-t-il lorsque cela n'est pas le cas ? Par quels biais et sur quelle base les médecins soupçonnés de surfacturation peuvent-ils se défendre ?

Nous tentons dans ce dossier de percer une nébuleuse et de comprendre les mécanismes en cours. S'il est souhaitable de ne pas laisser d'éventuels « moutons noirs » abuser du système, il n'est pas pour autant correct d'intimider et culpabiliser la communauté médicale, quitte à lui faire pratiquer de manière moins juste pour échapper à des statistiques peu performantes (cf. sondage SVM, p. 18). La médecine n'est pas une science exacte, reproductible à l'envi, chaque patient-e étant unique et présentant un profil plus ou moins complexe. Comment gérer les personnes migrantes, allophones, anxieuses, polymorbides, borderline ou psychotiques ? Faut-il ne plus s'en préoccuper pour rester dans les standards ? Comme s'interroge le Prof. Rodondi (voir pp. 22-23), ces considérations économiques justifient-elle de ne plus pratiquer la médecine qu'on nous a enseignée, au détriment de la santé de nos patient-es ?

L'occasion aussi de souligner que la SVM est à la disposition de ses membres pour les soutenir dans leurs démarches, et que le Centre de Confiance permet d'avoir des chiffres comparatifs pour mieux se défendre. N'hésitons pas à demander de l'aide, il n'y a rien de honteux. Il faut « simplement » apporter des clarifications sur les spécificités de notre pratique. Il existe aussi un cadre juridique qui protège les médecins incriminés, à connaître pour ne pas brûler les étapes de sa défense. Un récent arrêt du Tribunal fédéral (décembre 2023) vient d'ailleurs de confirmer que les assureurs ne peuvent pas demander une rétrocession sur la seule base du screening ; il leur faut des preuves tangibles.

Il est légitime de vérifier les factures afin d'éviter tout abus, comme l'expliquent aussi les assureurs. Et il est tout autant utile de connaître les rouages du système d'évaluation en place, afin que le contrôle d'économicité ne devienne pas une idée mal appliquée !

INTRODUCTION

DOSSIER CONTRÔLE DE L'ÉCONOMICITÉ



Dr Henri-Kim de Heller
Membre du comité de rédaction

SURMÉDICALISATION : QU'EN EST-IL DE LA PROCÉDURE ?

La rentabilité des prestations est, depuis plusieurs années, l'un des objectifs principaux des caisses-maladie. Voici quelques-uns des éléments permettant de comprendre les méthodes mises en place dans l'optique de superviser la facturation des prestataires de soins.

MÉTHODE DE CONTRÔLE

La méthode dite de screening, applicable depuis l'exercice comptable 2017 à toutes les procédures de contrôle de l'économicité, est un développement de la méthode ANOVA, technique statistique visant à évaluer l'existence d'une relation significative entre plusieurs variables. La méthode de screening consiste en une

analyse de régression en deux étapes. Les facteurs de morbidités « âge » et « sexe » sont complétés par de nouveaux indicateurs concernant les patient-es (« groupes de coûts pharmaceutiques », « franchises » et « séjour à l'hôpital ou en EMS au cours de l'année précédente »), ceci afin d'affiner l'analyse visant à détecter les médecins dont les coûts sont considérés comme

PUBLICITÉ



HIRSLANDEN
CLINIQUE BOIS-CERF

LA DOCTEURE MIHAELA PRECUP

Spécialiste en oncologie et en médecine interne générale, membre FMH

a le plaisir de vous faire part de son installation en pratique privée en collaboration avec les Docteur·e·s Albéric Bressoud, Julie Kaiser-Guignard, François Lüthi et Caroline Zwicky.

Adresse du cabinet :

Avenue du Servan 4-6, CH-1006 Lausanne
T + 41 21 619 69 11
secretariat.oncologie@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch

Clinique de La Source

Propriété d'une fondation à but non lucratif

La Clinique de La Source, l'Institut de radiologie et ses médecins spécialistes en radiologie ou en médecine nucléaire, les Docteur·e·s

S. Artemisia, A. Boubaker, M. Chalaron, L. Chapuis,
M. Hussami, Y. Lachenal, M. Majláth, B. Mayor,
C. Picht, A. Pomoni, A. Ponti et M. Roux
ont le plaisir d'annoncer l'arrivée de la

- Dre méd. Céline DU PASQUIER

Spécialiste en radiologie

Avenue Vinet 30
1004 Lausanne - Suisse
Tél. : +41 21 641 33 55
radiologie@lasource.ch

Dès le 1^{er} mai 2024

« hors-norme ». Les facteurs concernant le fournisseur de prestations, soit le groupe de spécialistes et le canton d'implantation, demeurent inchangés.

Lorsque la facturation d'un médecin se distingue statistiquement de celle de son groupe de comparaison (+ 30 points par rapport à l'indice de référence), les assureurs procèdent alors à une « analyse de cas individuels ».

FARDEAU DE LA PREUVE

A noter qu'une anomalie constatée lors du screening n'apporte pas la preuve d'une surmédicalisation. L'opinion qui prévalait jusqu'alors, selon laquelle la méthode statistique est une méthode de preuve, semble dépassée depuis l'introduction du modèle de dépistage (screening). Les assureurs-maladie restent en principe chargés de la preuve après la constatation d'une structure de coût considérée comme anormale selon le Tribunal fédéral. Le fournisseur de prestations est toutefois tenu de collaborer pour ce qui relève des particula-

rités de sa pratique, dans la mesure où lui seul dispose d'informations nécessaires à l'interprétation des données statistiques.

CONCILIATION

Malgré la teneur de l'art. 89 LAMal (qui concerne le règlement des litiges entre assureurs et fournisseurs de prestations par un tribunal arbitral), la jurisprudence a considéré qu'il était toujours admissible que le droit de procédure cantonal prévoie la conciliation avant que le Tribunal arbitral ne se saisisse du dossier, ce qui est le cas dans le canton de Vaud. Une commission paritaire instituée par convention entre la faîtière des assurances et la société médicale du canton, la SVM en l'occurrence, doit tenter de résoudre le litige avant que le Tribunal arbitral ne soit saisi. En outre, l'examen de chaque cas par les caisses est conçu de manière participative, dans le but notamment de parvenir à un accord à l'amiable, en permettant au médecin d'exposer les particularités de sa pratique qu'il sied de prendre en compte.

PUBLICITÉ



**CENTRE DES
MALADIES DIGESTIVES**
LAUSANNE

HIRSLANDEN

CLINIQUE BOIS-CERF
CLINIQUE CECIL

DR PHILIPPE MATHYS

Spécialiste en gastroentérologie
et hépatologie, membre FMH

Formation approfondie en
neurogastroentérologie

Médecin associé aux hôpitaux
universitaires de Genève (HUG)

a le plaisir de vous faire part de son
installation en pratique privée ainsi
que de sa collaboration avec les
cliniques Bois-Cerf et Cecil.

Adresse du cabinet :

Avenue Louis Ruchonnet 30, CH-1003 Lausanne
T +41 21 512 41 20, F +41 21 512 41 29
secretariat.mathys@cmd-lausanne.ch
www.cmd-lausanne.ch

**CLG+ Clinique de
La Source**

Propriété d'une fondation à but non lucratif

Dans le cadre du développement de ses activités, le Centre de Gastroentérologie de Lausanne, spécialisé dans le diagnostic et le traitement des maladies digestives et hépatiques, composé du

**Prof. Pierre Michetti, du Dr Hayssam Moubayed et
de la Dre Nathalie Jacquelin-Ravel
a le plaisir d'accueillir les**

- Dre Ginette MAKOUANG FOTSING
Spécialiste en gastroentérologie

- Dre Fabienne EL YAFI-RAMELOT
Spécialiste en gastroentérologie

Avenue Jomini 8
1004 Lausanne
Tél. +41 21 644 30 50

GastroGeb
Centres de Gastroentérologie
Réseau Crohn et Colite
Lausanne - Bulle

LA PAROLE AUX
ASSUREURS

Christophe Kaempf
Porte-parole,
santésuisse

UN RADAR EN BORD DE ROUTE

La maîtrise des coûts de la santé est un enjeu crucial, engageant la responsabilité de l'ensemble des actrices et acteurs de la santé. Les évaluations d'économicité de tarifsuisse SA, filiale de santésuisse, sont un des instruments qui permettent de prévenir la surfacturation des prestations à charge de l'assurance-maladie de base.

À RETENIR

Représentant plus de la moitié des assuré-es du pays, santésuisse a confié la gestion du contrôle de l'économicité des prestations médicales à sa filiale tarifsuisse. Cette activité de surveillance est avant tout préventive, à l'instar d'un radar en bordure d'auto-route. Seul 0,2% des médecins contrôlés ont été sommés de rembourser des montants jugés indûment perçus en 2021.

La Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) fixe un certain nombre de garde-fous. Ainsi, la LAMal prévoit que chaque prestation se doit d'être efficace, adéquate et économique afin d'être remboursée par l'assurance-maladie (art. 32, al. 1). Elle indique que les fournisseurs de prestations et les assureurs conviennent d'une méthode visant à contrôler le caractère économique des prestations (art. 56, al. 6). Cette méthode vise à lutter contre ce que les expert-es appellent la polypragmasie, soit, selon le Tribunal fédéral, le fait « qu'un nombre considérable de notes d'honoraires remises par un médecin à une caisse-maladie sont en moyenne sensiblement plus élevées que celles d'autres médecins pratiquant dans une région et avec une clientèle semblable, alors qu'aucune circonstance particulière ne justifie la différence de coût » (ATF 119 V 448 S. 453).

RÔLE PRÉVENTIF AVANT TOUT

Depuis plus de 30 ans maintenant, les assureurs-maladie contrôlent l'économicité des médecins en pratique privée. Sur mandat de l'ensemble des assureurs du pays, tarifsuisse SA est chargée de l'évaluation de quelque 28'000 médecins. Pour ce faire, la filiale de santésuisse dispose d'une douzaine de collaboratrices et collaborateurs, réparti-es entre Lausanne, Soleure, Zurich et Bellinzone. Leurs évaluations s'apparentent aux

contrôles radar au bord des routes : leur rôle est avant tout préventif. Elles visent à éviter toute forme de surfacturation au détriment de celles et ceux qui paient les primes et à lutter contre les abus à l'assurance-maladie de base.

PROCÉDURE BASÉE SUR L'INFORMATION

Dans les faits, tarifsuisse procède à une évaluation détaillée des coûts moyens par patient-e d'un fournisseur de prestations, en les comparant à un groupe de référence national actif dans la même spécialité. Si ces coûts sont supérieurs de 20% à 30%, soit la marge de tolérance permettant de tenir compte des différences de patientèle, le médecin est rendu attentif à sa situation par un courrier. Il est invité à s'expliquer sur ces surcoûts. S'il ne peut fournir d'éléments justificatifs, il est convié à modifier sa pratique dans l'intérêt de celles et ceux qui paient les primes. Sans abus manifeste constaté, le médecin dispose d'un délai pour baisser ses coûts moyens par patient-e. Si ses honoraires restent toujours trop élevés, celui-ci est convié à un entretien avec tarifsuisse.

Dans certains cantons comme le Valais, Neuchâtel, Jura et Fribourg, les cas de polypragmasie sont traités au sein de commissions paritaires. Dans le canton de Vaud, la discussion se fait dans le cadre d'une sous-commission. A ce stade et en fonction de la gravité des cas, un accord de

remboursement est généralement trouvé ou un délai supplémentaire pour mise en conformité octroyé. Si aucune solution n'aboutit, tarifsuisse se réserve alors le droit de saisir les tribunaux. Toutefois, une solution extra-judiciaire est en général préférable pour les deux parties, pour des questions de gains de temps et d'argent.

MÉTHODE ÉLABORÉE AVEC LA FMH

Les évaluations d'économicité se fondent sur une méthode élaborée conjointement entre les assureurs-maladie et les médecins. La méthode de régression utilisée actuellement est le fruit d'une convention signée en 2018 entre la FMH, santésuisse et Curafutura et validée ultérieurement par le Conseil fédéral. Celle-ci a été actualisée en 2023. Elle résulte d'une évolution et d'un affinement des méthodes utilisées précédemment. Grâce à l'intégration de critères supplémentaires, comme les séjours à l'hôpital ou la prescription de certains médicaments (PCG pour *pharmaceutical*

cost groups), elle permet notamment de mieux tenir compte des différences de patientèle entre les cabinets médicaux.

ABUS RARES MAIS COÛTEUX

Les évaluations d'économicité visent à préserver la liberté thérapeutique tout en évitant que certains fournisseurs de prestations peu scrupuleux n'abusent de l'assurance-maladie de base et ne s'enrichissent au détriment de celles et ceux qui paient les primes. Heureusement, les fraudes sont rares. En 2021, 50 médecins, soit 0,2% des médecins contrôlés, ont été sommés de rembourser des montants allant de plusieurs dizaines de milliers à plusieurs millions de francs. Ainsi, tarifsuisse récupère chaque année plusieurs millions de francs qu'il reverse aux assuré-es via leur assurance-maladie. La grande majorité des médecins facturent leurs prestations correctement. Preuve que l'effet préventif des évaluations d'économicité, comme les radars sur les autoroutes, joue pleinement son rôle.

LE CHIFFRE

1792

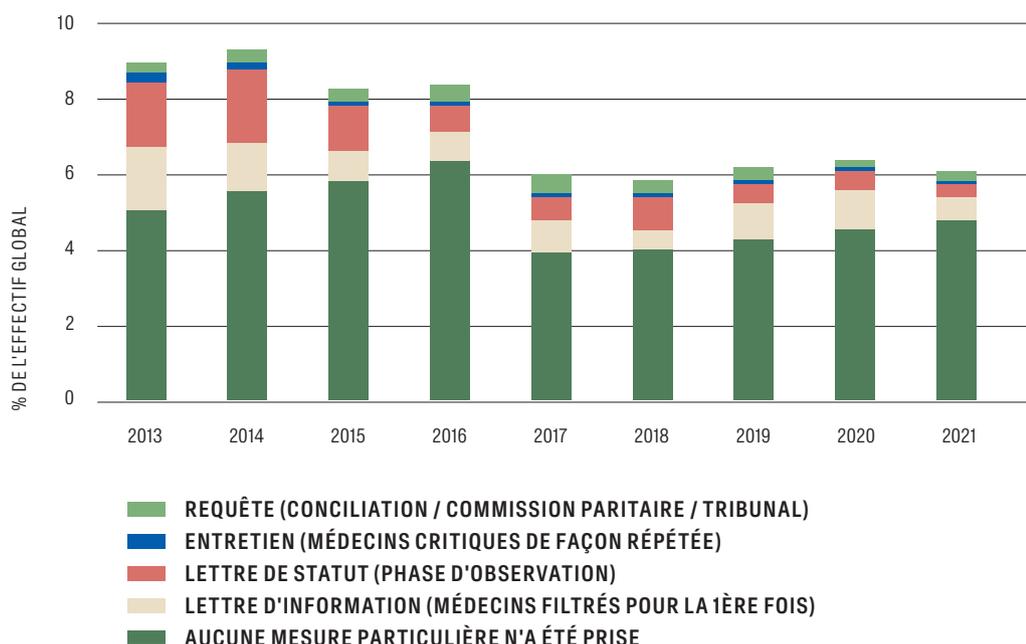
Médecins « statistiquement hors normes » en Suisse en 2021* (soit 6,1% de l'effectif global), dont 737 en Suisse latine (345 médecins de premier recours et 392 spécialistes)

* Dernières données consolidées

En savoir plus
www.tarifsuisse.ch/fr/nos-services/management-des-prestations/evaluation-deeconomicite

MESURES PRISES PAR SANTÉSUISSE

Source: santésuisse - Evaluation d'économicité - Reporting EES Tool



Pascal Fernandez
Responsable des
opérations et du
Centre de Confiance
de la SVM

UN ORGANE ESSENTIEL POUR SUIVRE LE POULS DU CORPS MÉDICAL

La SVM a créé son Centre de Confiance (CdC) au bénéfice de ses membres en 2004, soit dès l'entrée en vigueur du tarif TARMED. L'objectif de ce service était double : d'une part, permettre aux membres d'analyser individuellement leur pratique et de se comparer aux confrères de même discipline. D'autre part, la SVM devait pouvoir maîtriser et exploiter ces données anonymes pour étudier l'évolution de la facturation du collectif, appuyer les négociations tarifaires et participer à des études scientifiques.

À RETENIR

Le Centre de Confiance (CdC) est un service aux membres de la SVM qui joue un rôle crucial d'un point de vue individuel et collectif. Il récolte les données de facturation anonymisées pour permettre à chacun-e d'analyser sa pratique et de la comparer à celle des autres médecins de sa discipline. Il permet également à la SVM de disposer de données précieuses et nécessaires pour mener à bien ses négociations tarifaires. Les médecins trouveront ici la marche à suivre pour partager et consulter leurs statistiques personnelles, ainsi que l'usage pouvant en être fait.

Aujourd'hui, 20 ans plus tard, les plus de 2100 adhérents au CdC transmettent annuellement plus de 3 millions de factures, consolidées dans une base de données de plusieurs centaines de millions de prestations!

Le CdC, employant deux collaborateurs et des prestataires externes, accompagne le dispositif SVM au service des médecins au quotidien pour les aider à justifier et défendre leur pratique face à la faïtière des assureurs-maladie santé-suisse. Le service juridique et les médecins experts peuvent donc s'appuyer sur le CdC pour la production et l'analyse des données des membres.

Les données collectées par le CdC sont anonymisées, aucune information de patient ne s'y trouve. Elles concernent les coûts directs des médecins, soit uniquement les factures émises par ces derniers et non pas celles issues de leurs prescriptions. Jusqu'à ce jour, les données sont agrégées uniquement par numéro GLN, c'est-à-dire que toutes les factures émises par un membre dans lesquelles figure son GLN personnel sont compilées dans ses statistiques, indépendamment du cabinet d'exercice ou du RCC.

COMMENT PARTICIPER ?

Il est extrêmement simple de participer au CdC. Les membres SVM au bénéfice d'une activité au titre de la convention cantonale TARMED sont automatiquement inscrits au CdC à leur admission, ou invités à le faire dès que leur activité commence. Ils reçoivent alors une information complète sur la manière de transmettre des données de facturation et d'accéder ensuite à leurs statistiques.

Il y a deux façons d'envoyer ses données de facturation au CdC :

- ▶ Au travers d'un prestataire de facturation, comme par exemple Medidata ou la Caisse des médecins. Il suffit de leur demander d'activer le transfert automatique d'une copie au CdC.
- ▶ En installant simplement notre outil CdC Online sur un ordinateur du cabinet et en le couplant au logiciel de facturation. Les éditeurs de logiciels maîtrisent très bien cette routine et peuvent facilement mettre en place un transfert entièrement automatisé.

ENQUÊTES SUR LES DONNÉES DE FACTURATION

ORGANE	CdC SVM	MAS Office fédéral de la statistique (OFS)	Roko Caisse des médecins	New Index FMH	Sasis Assureurs et santésuisse
DONNÉES	Données de facturation AOS des médecins VD, coûts directs	Informations sur l'offre et l'organisation des cabinets médicaux et des centres ambulatoires	Informations permettant de déterminer les coûts de fonctionnement d'un cabinet médical et leur évolution au fil des ans	Données de facturation AOS des cabinets CH, coûts directs	Données de facturation des cabinets et autres prestataires, coûts directs et indirects
USAGE	Les données servent à la défense individuelle des médecins et à la comparaison au collectif. La SVM peut analyser les collectifs, notamment pour étayer les négociations sur la valeur du point	Les données sont relevées à des fins statistiques et de surveillance légale du système de santé	Ces données sont utilisées par les sociétés cantonales de médecine, notamment pour étayer les négociations sur la valeur du point	NewIndex réalise des études et analyses à partir de la collecte de données propre aux médecins, par exemple à l'attention des organisations faitières médicales	Les champs d'application du pool de données sont nombreux : contrôle, monitoring, comparaisons ainsi que prévisions des coûts, évaluations d'économicité, évolution des volumes et négociations tarifaires.

ET MES STATISTIQUES ?

Une fois les données transférées, il est très facile d'accéder à ses statistiques. La page *statistiques.svmed.ch*, disponible aussi dans le portail SVM, présente une interface épurée permettant de sélectionner :

- 1 Le titre de comparaison (si on en possède plusieurs) ;
- 2 L'année de référence ;
- 3 L'adresse e-mail de son choix.

Ces trois informations lancent la génération du rapport et le transmettent par e-mail à l'adresse indiquée. Pratique aussi pour transmettre son rapport à un des experts de la SVM !

Le rapport contient plusieurs informations importantes pour comprendre et comparer sa pratique, notamment :

L'ANOVA CdC. C'est un indicateur simplifié pour voir si son activité dévie beaucoup du groupe de comparaison, **ce qui n'est pas automatiquement signe d'une quelconque faute.** Cet indice signale une pratique potentiellement différente qui pourrait appeler à justification en cas d'interpellation.

Les chiffres clés. Ils permettent de regarder dans le détail en quoi sa pratique diffère, que ce soit en termes de patientèle, de temps de travail, de durée de consultation ou de chiffre d'affaires.

Les données géographiques. Elles permettent de visualiser si l'on attire des patients loin à la ronde, ce qui pourrait indiquer une caractéristique recherchée qui intéresse plus de patients que d'autres confrères.

Le top 10 des prestations. Il permet de comparer précisément quelles sont les prestations qui constituent son revenu. Si celles-ci diffèrent beaucoup du groupe, cela explique probablement des écarts de coûts, qu'ils soient justifiés par une pratique très différente ou par des lacunes en matière de facturation.

DIGITALISATION ET TRANSITION VERS TARDOC

Le CdC est un service essentiel de la SVM qui l'aide non seulement pour la gestion des données, mais aussi pour son offre digitale qui va se renforcer dans les prochaines années. L'évolution des pratiques et des cabinets vont également initier des changements dans le traitement des données, notamment pour mieux prendre en compte les cabinets au travers du RCC et, ce faisant, faciliter les échanges avec la base de données suisse qui sera utilisée pour valoriser les positions du futur TARDOC.

GLN (Global Location Number) : Numéro d'identification unique dans le registre des professions médicales (MedReg)

RCC (Registre des codes-créanciers) : Numéro de contrat liant un médecin aux assureurs-maladie pour permettre le remboursement de ses prestations couvertes par l'assurance de base

SONDAGE SVM

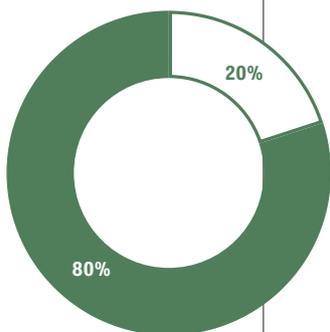
La rédaction

MÉDECINS VAUDOIS PAS ÉPARGNÉS PAR LES PROCÉDURES D'ÉCONOMICITÉ

La SVM a diffusé un sondage à ses membres courant mars pour mieux évaluer dans quelle mesure la corporation médicale vaudoise est impactée par des procédures de contrôle de l'économicité. Pas moins de 75 médecins répondants ont été directement concernés au cours des cinq dernières années. Voici les principaux enseignements qui en découlent.

Au cours des cinq dernières années, les assurances-maladie vous ont-ils demandé de justifier vos honoraires facturés dans le cadre d'une procédure d'économicité?

(Une demande par courrier s'entend déjà comme le lancement d'une procédure)



■ NON □ OUI

382 réponses

Plus de 380 membres de la SVM ont répondu à notre sondage sur le contrôle de l'économicité, parmi lesquels une très large majorité de médecins indépendants installés. La plupart sont des médecins de premier recours pratiquant la médecine interne générale (39%), la psychiatrie-psychothérapie (17%) ou encore la pédiatrie (8%). Environ 20% de ce panel a été « épinglé » par les assureurs-maladie pour des raisons d'économicité durant les cinq dernières années. Et ce à plusieurs reprises, pour près de la moitié de ces personnes.

Pris à partie dans un premier temps par un courrier standardisé, comment les médecins invités à rendre des comptes ont-ils réagi? Près de la moitié (45%) déclare s'être justifiée directement auprès de l'assureur, en toute autonomie. Une personne sur cinq (19%) a préféré demander de l'aide à la SVM, par exemple via une analyse comparative des données de facturation récoltées par son Centre de Confiance. La même proportion a directement fait appel à sa protection juridique, alors que d'autres ont recherché un appui dans leur entourage professionnel (11%).

BEAUCOUP D'INTERPELLÉ-ES, PEU DE COUPABLES

Fort heureusement, la procédure n'est pas allée au-delà d'une simple correspondance bilatérale avec l'assureur pour près de 7 sondé-es sur 10 (68%). Pour 1 personne sur 10, une séance de conciliation auprès de la sous-commission paritaire a été nécessaire, alors que dans une poignée de cas plus extrêmes, une procédure judiciaire a dû être déclenchée. L'investissement nécessaire est dans la plupart des cas loin d'être anecdotique, 4 répondant-es sur 10

jugeant que ce processus de justification a généré une charge de travail supplémentaire très conséquente.

Environ trois quarts (73%) des médecins concernés ont finalement été jugés dans leur bon droit et n'ont rien dû rembourser à l'assureur. Quelques-uns ont été amenés à rembourser partiellement (6%), ou, plus rarement encore, intégralement (3%) le montant réclamé initialement par les caisses-maladie. Une somme très variable selon les cas, pouvant aller de quelques milliers de francs à une somme à cinq chiffres. Les autres sondé-es sont encore dans l'expectative, la procédure suivant toujours son cours.

UNE MENACE LATENTE DONT LES PATIENT-ES FONT LES FRAIS

Cette douloureuse expérience a également laissé des traces au niveau psychologique pour la plupart des répondant-es. Pas loin de 6 médecins sur 10 avouent avoir très mal vécu cette situation, se sentant « particulièrement bouleversés » par cette remise en question de leur travail. A cela s'ajoute, pour 60% des sondé-es, le sentiment que les particularités de leur pratique (complexité des cas...) n'ont pas été suffisamment prises en considération.

Ces séquelles peuvent se répercuter dangereusement sur la patientèle. Si un tiers des répondant-es estime avoir modifié sa pratique de facturation depuis lors, un quart affirme même avoir renoncé à effectuer ou prescrire certains examens médicaux a priori pertinents pour des raisons financières. D'autres encore déclarent une tendance à la sous-facturation, à déléguer davantage de patient-es à des spécialistes, voire même à renoncer à prendre en charge d'autres patient-es au profil coûteux.



COMMENT RÉAGIR AU LANCEMENT D'UNE PROCÉDURE ?

La LAMAL permet aux assureurs de contrôler l'économicité des fournisseurs de prestations. Ces dispositions et moyens reposent sur une convention entre les assureurs et les médecins (FMH).

Vous avez été interpellé-e par un assureur concernant votre pratique? Pas de panique, cela ne fait pas de vous un-e délinquant-e! Suivez le guide pour gérer au mieux cette situation.

Dr Stéphane Lambert

Membre du comité de la SVM et représentant des médecins à la commission paritaire

Ln tant que médecin « épinglé » par un assureur, quelles dispositions devez-vous prendre pour faire entendre vos arguments et tenter de vous tirer de ce mauvais pas ? Décortiquons le processus étape par étape :

► Tout d'abord, ne jamais négliger de signaler à l'assureur que vous avez bien reçu sa demande; malheureusement, il ne vous oubliera pas!

► Ensuite, il faudra vous munir de tous les éléments nécessaires pour répondre et argumenter selon les cas. D'abord, rassemblez toutes les preuves afférentes à votre formation s'il y a lieu (attestation de formation complémentaire par exemple). Puis, et c'est souvent ce qui nous est reproché, vient la question de l'économicité des prestations. Il faudra alors demander à votre centre de confiance (Société Vaudoise de Médecine, Caisse des Médecins...) vos statistiques de facturation de l'année ou des années concernées. Celles-ci vous permettront de comprendre « où le bât blesse », en vous comparant à votre groupe de référence (c'est-à-dire les médecins exerçant la même spécialité que la vôtre). Il vous sera alors possible d'expliquer votre situation par d'éventuelles particularités de votre pratique et/ou de votre clientèle. Si vous n'êtes pas à l'aise avec les chiffres, vous pouvez obtenir l'aide de votre société médicale, en l'occurrence la SVM pour le canton de Vaud.

► Selon la demande, une simple réponse écrite peut suffire mais dans la majorité des cas, il paraît plus judicieux de rencontrer l'assureur pour discuter et étayer votre argumentation de vive voix. Attention, il ne s'agit en aucun cas de négociation et vous ne devez rien payer à la fin de cet entretien ! Si vous le souhaitez, vous pouvez vous faire accompagner par un-e collègue ou par un des médecins de la SVM rompu à cet exercice. L'aide d'un-e avocat-e, onéreuse, n'est pas nécessaire à ce moment de la procédure.

► Si vous parvenez à justifier votre situation auprès de l'assureur, vous recevrez un courrier vous informant que « votre dossier est classé ». Dans le cas contraire, l'assureur vous informera qu'il débute une procédure auprès du tribunal arbitral. De façon concomitante, dans le canton de Vaud, vous serez convoqué devant une commission paritaire présidée par un juge et constituée de trois représentants des assureurs et trois des médecins. Ce sera l'occasion encore une fois de tenter une conciliation et de présenter à nouveau vos arguments. Si un échec est constaté, alors le juge délivrera un certificat de non-conciliation, permettant le cas échéant à l'assureur de poursuivre sa demande auprès du tribunal arbitral.

AROMED

LA FONDATION DE PRÉVOYANCE
PROFESSIONNELLE

LA PRÉVOYANCE DES MÉDECINS

Sécurité. Flexibilité. Performance.

- Un médecin indépendant sur quatre nous fait confiance en Suisse Romande
- 100% des versements défiscalisés
- Rémunération moyenne sur 10 ans proche de 3%
- Tarif attractif depuis plus de 20 ans

Fondation AROMED, Route des Avouillons 30, 1196 Gland | T +41 (0)22 365 66 67 | info@aromed.ch | www.aromed.ch

Freiner l'accès aux soins?

Médecine à deux vitesses ?
Non!
à l'initiative dangereuse
« Frein aux coûts »
9 juin 2024

La Fédération des médecins suisses (FMH), Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe), la Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR), Les Hôpitaux de Suisse (H+), l'Association suisse des médecins-assistant(e)s et chef(fe)s de clinique (ASMAC), Aide et soins à domicile Suisse, l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), pharmaSuisse, physioswiss et de nombreuses autres organisations nationales et régionales du secteur de la santé vous invitent à voter et faire voter **NON** le 9 juin à la dangereuse initiative «pour un frein aux coûts» !

frein-aux-couts-non.ch

UNE EXPÉRIENCE TRAUMATISANTE !

Courant 2020 arrive à mon cabinet une lettre en recommandé de santésuisse, intitulée « Statistique factureurs 2018 – Avertissement. Contrôle de l'économicité de votre pratique », avec une dizaine de pages d'annexes de chiffres et textes de lois incompréhensibles, pour une bonne partie en allemand. Les bras m'en tombent. Je suis accusé par santésuisse de « surfacturer » comparé au groupe contrôle. Me voilà devenu un « voleur de la société ».

TÉMOIGNAGE

Médecin généraliste
Nom connu
de la rédaction

DEMANDE DE REMBOURSER UN MONTANT ASTRONOMIQUE !

Médecin de premier recours installé en cabinet depuis belle lurette, féru d'éthique et de déontologie, suivant beaucoup de patient-es avec troubles anxieux qui nécessitent du temps d'écoute et qui ne souhaitent pas consulter un-e psychiatre, me voilà tout ébranlé. Mon Dieu, qu'ai-je donc fait de faux ? Qui suis-je devenu ?

A leur demande justificative, je leur réponds par une lettre de deux pages expliquant ma pratique, la patientèle particulière, etc. Réponse de leur part, en trois lignes : « Les statistiques 2019 seront disponibles sous peu, nous les analyserons... ». Comment puis-je changer ma pratique (à leur demande) pour 2019 alors que nous sommes déjà à fin 2020 ?

Rebelote deux ans plus tard, cette fois de manière très accusatrice et suspicieuse, me demandant de leur rembourser une somme à six chiffres pour 2020, soit plus que ce que j'ai gagné cette année-là. Ils émettent toutefois un doute (ouf) : peut-être que cela résulte d'une pratique particulière. Je suis donc « invité » à un « entretien » deux mois plus tard pour me justifier.

UN ENTRETIEN QUI FRISE L'INTIMIDATION

Tremblant comme un condamné à mort arrivant à l'échafaud, ayant perdu cinq kilos de stress et d'insomnie, mon sentiment d'imposteur grandit à vue d'œil. Perdant tout repère de ce qu'est une pratique, je me retrouve devant trois

« Tremblant comme un condamné à mort arrivant à l'échafaud, ayant perdu cinq kilos de stress et d'insomnie, mon sentiment d'imposteur grandit à vue d'œil. »

employés de santésuisse pour me justifier. Après deux heures, trois litres de sueur, mes « juges » considérant finalement que je ne pratique pas tout faux, je suis « libéré ».

A noter qu'ils m'ont aussi accusé de prescrire trop de physiothérapie. Déclarant que dorénavant je « délèguerai » aux spécialistes sans essai préalable de résoudre certains maux par des séances de physiothérapie, ce qui augmentera les coûts totaux, ils m'enjoignent finalement à ne pas le faire. Sortant alors une autre statistique de leur chapeau magique, ils m'informent qu'en fait... je ne suis pas plus cher que les autres ! Comme quoi, on peut faire dire ce que l'on veut aux chiffres, selon la manière dont on les analyse. Et on peut facilement intimider, accuser, démotiver, écœurer les médecins qui croulent sous le travail pour essayer de soigner la population.

Cela s'est (pour le moment...) soldé par une gentille lettre me remerciant de « l'aimable » entretien permettant d'expliquer mon cas et la spécificité de ma pratique, tout en concluant qu'« ils me tiennent à l'œil » ! Adviene que pourra, vive la retraite !

**Prof. Pierre-Yves
Rodondi**

Institut de médecine
de famille, Université
de Fribourg

BIENVENUE EN ABSURDIE

La littérature montre bien que certains profils de patient-es nécessitent plus de temps de soin. Il s'agit notamment des patient-es multimorbides, âgé-es, souffrant d'un trouble psychique, parlant une autre langue ou de basse situation socio-économique. Comme plusieurs caractéristiques des patient-es ne figurent pas sur les factures reçues par les assurances, elles sont au mieux considérées par des moyens indirects, voire tout simplement ignorées.

Tout récemment, je recevais une patiente à ma consultation pour une crise d'asthme. Cette patiente souffre d'un trouble psychotique et a peur de tous les médicaments « chimiques ». Il m'a fallu trente minutes pour la convaincre de prendre un traitement à base de corticoïdes. La patiente ne prenant pas de neuroleptiques (pas indiqués dans son cas), son trouble psychique n'est pas visible dans la facturation des prestations, et le temps supplémentaire passé n'est donc pas corrigé par la méthode actuelle de contrôle d'économicité. Comme je me retrouve confronté régulièrement à ce type de problématique avec cette patiente, le temps global passé par année est plus important que pour d'autres patient-es avec les mêmes pathologies somatiques.

Mes interventions pour cette patiente ont aussi certainement permis d'éviter plusieurs hospitalisations. Pourtant, si j'hospitalise la patiente, un facteur correctif m'autorisera à avoir des coûts annuels de santé plus élevés pour celle-ci. Le système est ainsi pervers. En effet, bien qu'incités à éviter des hospitalisations pour diminuer les coûts et la charge du système de santé, les médecins qui hospitalisent peu leurs patient-es risquent plus facilement une procédure pour pratique non économique.

Pour cette patiente, nous collaborons avec un réseau de professionnel·les comprenant ergothérapeute, équipe

infirmière et assistance sociale. Bien que les messages pour développer le travail interprofessionnel soient largement communiqués par nos autorités, le temps interprofessionnel est limité depuis 2018, et ce temps en l'absence de la patiente ou du patient est souvent un motif de critique lors du contrôle de l'économicité.

UN CONTRÔLE RIGIDE ET INADAPTÉ

Les médecins en formation apprennent à adapter le temps de consultation à la problématique rencontrée, en tenant compte des spécificités du ou de la patient·e. Les policliniques universitaires qui enseignent cela, à raison, ne sont pas soumises au contrôle de l'économicité. Comment s'y retrouver lorsque, après quelques mois de pratique privée, un jeune médecin reçoit une lettre de mise en garde contre un manque d'économicité alors qu'il exerce son métier comme il l'a appris? Devoir exercer la médecine de famille en dehors des recommandations scientifiques pour éviter de lourdes sanctions est devenu une réalité qui n'est pas tenable.

Ainsi, seul Dr Knock ne risque pas un contrôle de l'économicité. Bien que cela reste un mal nécessaire, le modèle actuel est inadéquat en médecine interne générale et doit être modifié de toute urgence. Les cabinets de médecins de famille sont difficilement comparables entre eux, car les médecins soignent des populations différentes de par leur

formation et lieu d'installation. Tout récemment, une collègue soignant de multiples patient-es migrant-es a reçu une lettre l'accusant d'une pratique non économique. Est-ce vraiment comme cela que les soins doivent évoluer en Suisse? Sans adaptation, le système actuel va diminuer l'accès à la médecine de famille pour toute une population de patient-es qui vont surcharger les urgences et les hôpitaux, sans compter que ces procédures conduisent des médecins de famille à fermer leurs cabinets médicaux, une situation inacceptable dans le contexte de pénurie actuelle.

ENQUÊTE SUR L'ÉCONOMICITÉ À L'UNIVERSITÉ DE FRIBOURG

L'Institut de médecine de famille de l'Université de Fribourg s'intéresse à mieux comprendre le vécu des médecins de famille sur la question de l'économicité (même sans avoir reçu un courrier d'assureurs à ce sujet). Si vous avez un intérêt à témoigner, vous pouvez envoyer un e-mail à pierre-yves.rodondi@unifr.ch. Votre adresse sera traitée de manière confidentielle et vous serez contacté-e dans les prochains mois.

PUBLICITÉ



ASSYMBÀ
ENTREPRISE INFORMATIQUE AU SERVICE DES PME

NOUS SOMMES SPÉCIALISÉS DANS LA

Cybersécurité dans le domaine de la santé

SELON LES RECOMMANDATIONS DE LA CONFÉDÉRATION

1. Gestion des correctifs et du cycle de vie, suivi des données concernant le périmètre de sécurité (niveaux organisationnel et technique).
2. Authentification, blocage des fichiers dangereux, contrôle de l'exécution des fichiers et segmentation du réseau.
3. Copies de sauvegarde hors ligne et rétablissement après un sinistre.

EXPLICATIONS ET AUDIT

NOUS SOMMES QUALIFIÉS POUR APPLIQUER CES MESURES DANS VOTRE CABINET

ASSYMBÀ SÀRL - RUE DE L'INDUSTRIE 66 - 1030 BUSSIGNY - 021 626 00 10
SUPPORT@ASSYMBÀ.CH



LA LIGNIÈRE

Partenaire santé au quotidien

Médecins, thérapeutes et médecins collaborent au sein de nos centres pour proposer des **programmes et prises en charge adaptés** aux besoins spécifiques de vos patients, en prenant en compte leurs **besoins physiques, psychologiques, sociaux et spirituels**.

- Clinique de Réadaptation
- Centre Médical
- Centre de Thérapies
- Centre de Psychiatrie et de Psychologie

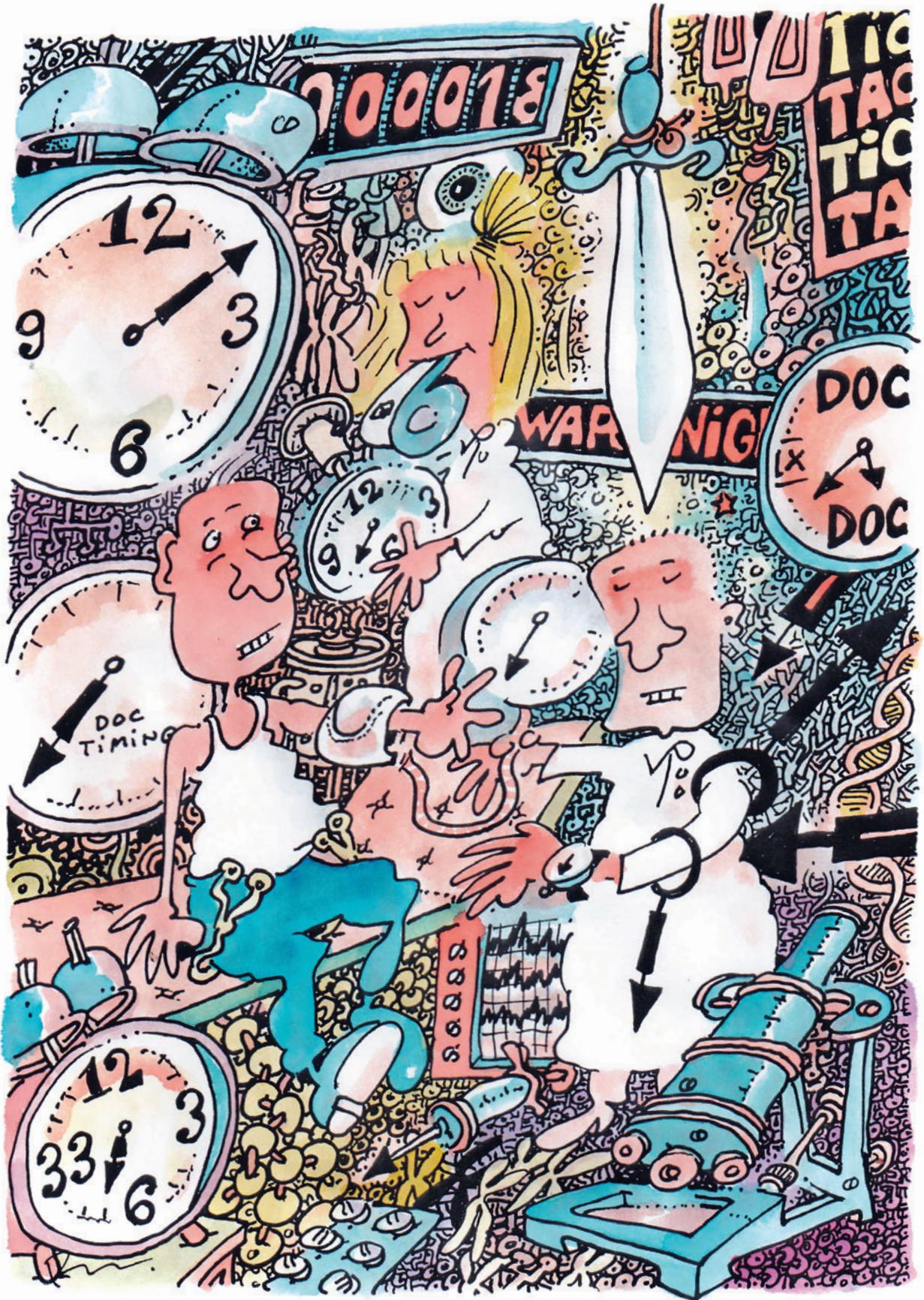
La Lignière 5, 1196 Gland
022 999 80 80

www.la-ligniere.ch  Parking gratuit

Chemin des Lentillières 1A, 1023 Crissier
021 63 108 50

CHECK-UP HUMOUR

Illustration:
Pécub



LES ASSUREURS-MALADIE DOIVENT AUSSI TRAVAILLER DE MANIÈRE ÉCONOMIQUE

CE QU'EN PENSE

Philipp Muri
Responsable de la
division Surveillance de
l'assurance, OFSP

Les assureurs sont souvent pointés du doigt à l'automne, au moment de la publication des primes d'assurance-maladie. Pour certain-es, les frais administratifs des caisses sont la cause de la cherté des primes. Mais dans les faits, leur part dans celles-ci est restée très stable ces dernières années.

Les frais administratifs représentaient en moyenne 5,2% du montant des primes en 2022, soit 193,50 francs par personne assurée, contre 5,3% l'année précédente. Les assureurs prévoient qu'ils repasseront sous la barre des 5% en 2023 et 2024.

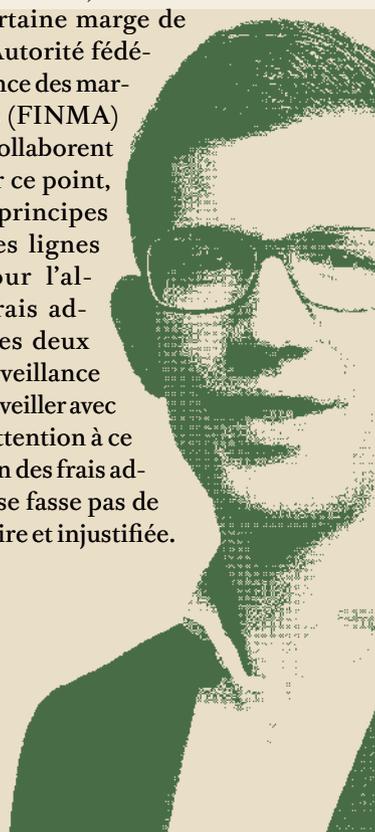
DES INTERVENTIONS CIBLÉES

Les assureurs doivent limiter leurs frais administratifs dans l'assurance de base aux exigences d'une gestion économique. C'est la loi qui le stipule. Alors, en avril de chaque année, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) exerce son rôle de surveillance et examine ces dépenses. Pour son contrôle, il compare notamment les chiffres de chaque assureur avec les moyennes de la branche et l'évolution à long terme. Il s'appuie également sur les conclusions des contrôles effectués par les organes de révision externes. En cas d'anomalies, l'OFSP exige des détails et des justifications. Si l'assureur ne parvient pas à s'expliquer, l'OFSP procède à un contrôle plus approfondi.

Ces dernières années, l'OFSP a contacté entre 5 et 16 assureurs par an pour justifier le montant de leurs frais administratifs. Il s'est avéré que certaines caisses avaient effectué d'importants investissements, par exemple dans le domaine des technologies de l'information, afin de diminuer leurs frais à terme.

COLLABORATION ÉTROITE ENTRE LA FINMA ET L'OFSP

La loi exige des assureurs qu'ils attribuent leurs frais administratifs aux différents domaines (assurance obligatoire des soins, assurances complémentaires et autres) en fonction des dépenses effectives. Les assureurs jouissent toutefois d'une certaine marge de manœuvre. L'Autorité fédérale de surveillance des marchés financiers (FINMA) et l'OFSP, qui collaborent étroitement sur ce point, ont défini des principes généraux et des lignes directrices pour l'allocation des frais administratifs. Les deux autorités de surveillance continueront de veiller avec la plus grande attention à ce que la répartition des frais administratifs ne se fasse pas de manière arbitraire et injustifiée.



OFSP





L'organisation suisse *Smarter Medicine* est connue pour ses listes de recommandations « Top 5 » et son slogan « Moins, c'est parfois plus ». Elle vise à réduire le nombre de tests, examens et traitements potentiellement superflus. Comme nombre de directives médicales, ces listes sont bienvenues pour soutenir notre activité en tant que médecin et favoriser les bonnes pratiques.

VERS UNE MÉDECINE RAISONNÉE ET RAISONNABLE ?

Mais à l'ère de la mondialisation et des processus standardisés, cette devise illustre aussi la tension existante entre la nécessité de fournir des soins de qualité et celle de réaliser des économies substantielles dans le domaine de la santé. Les listes de choses à ne pas faire, élément le plus médiatisé de *Smarter Medicine*, font réfléchir à leur rôle et leur impact sur le système de santé.

Jusqu'où devons-nous aller dans l'application de ces recommandations ? Ne risquent-elles pas de se transformer en directives et signer le début d'un rationnement et d'une standardisation des soins, en opposition à ce qu'on appelle la « médecine personnalisée » ? Ne devrions-nous pas indiquer des directions plutôt que d'établir des listes figées ?

Au centre de ce débat, c'est la marge de manœuvre du corps médical qui est en jeu. Nous visons toutes et tous une médecine raisonnée et raisonnable, adaptée à chaque patient-e et respectant les bonnes pratiques. Mais quelle est la recette pour y arriver ? Comme l'exposent les contributrices et contributeurs de ce dossier, une révision complète du système de santé est nécessaire pour favoriser non seulement une meilleure valorisation du temps de consultation, mais aussi la liberté thérapeutique des médecins. Ce sont là les premières conditions à la mise en place d'une véritable « médecine intelligente ».

INTRODUCTION

DOSSIER SMARTER MEDICINE



Dr Marc-Antoine Bornet
Membre du
comité de rédaction

PRINCIPES ET
ENJEUX DE
LA SMARTER
MEDICINE

Dr Christian von Plessen
Dr Kevin Selby
Département des
poli-cliniques, Unisanté,
Lausanne

Dre Marie Méan
Service de médecine
interne, CHUV,
Lausanne

POUR DES SOINS EFFICIENTS ET DURABLES

Dix ans après son introduction en Suisse, Smarter Medicine constitue une initiative clé pour répondre aux enjeux qui agitent notre système de santé. Elle vise à sensibiliser les clinicien·nes et le grand public à des pratiques dont les coûts économiques, environnementaux et humains surpassent les bénéfices escomptés.

Ln tant que clinicien·nes, nous sommes constamment appelé·es à prendre des décisions pour améliorer la santé et le bien-être des patient·es. Néanmoins, elles entraînent également des coûts financiers, humains et écologiques. Certaines études avancent que la surutilisation des soins de santé représenterait jusqu'à 30% des coûts. La raison? En tant que médecins, nous trouvons souvent plus facile de faire quelque chose que de ne rien faire. En outre, les attentes des patient·es ou la peur de poursuites judiciaires nous amènent parfois à prescrire des examens ou traitements sans efficacité prouvée.

SMARTER MEDICINE EN SUISSE : 10 ANS DÉJÀ

En Suisse, l'association faîtière *Smarter Medicine* est le pendant local de l'initiative internationale *Choosing Wisely*. Elle tente de répondre à ces défis en mettant l'accent sur la responsabilité d'une distribution juste des ressources, en évitant les tests et procédures superflus.

Aujourd'hui, 42 sociétés professionnelles en sont partenaires et ont identifié des soins « inutiles » – autrement dit, des soins qui seraient « pratiqués chez un nombre important de patient·es, sans leur apporter de bénéfice, ou un bénéfice marginal, tout en comportant de possibles effets secondaires et en contribuant à augmenter les coûts de la santé ». Partant de ce constat et pour les besoins de l'initiative, elles ont élaboré des recommandations résumées sous forme de listes « Top 5 ». Basées sur des preuves scientifiques, celles-ci détaillent cinq interventions, traitements ou soins qui pourraient être évités. En Suisse, la première liste de ce type a été publiée en 2015 pour la médecine interne générale.

MISE EN ŒUVRE ET IMPACT DE SMARTER MEDICINE

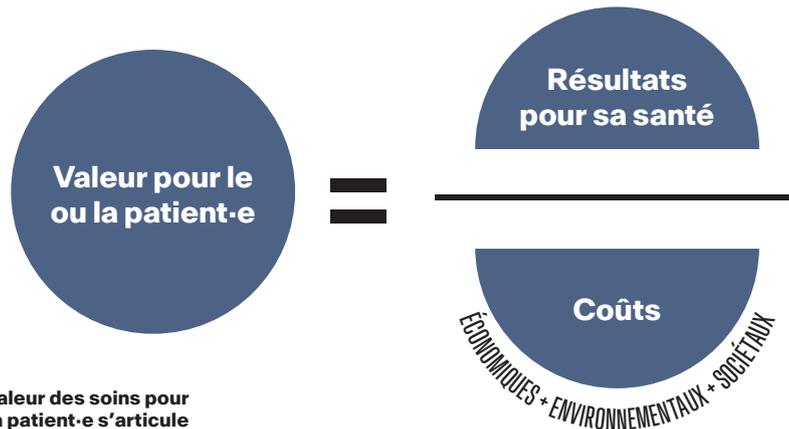
Plusieurs études ont démontré l'impact positif de *Smarter Medicine*. En Suisse, cette démarche a notamment contribué à diminuer le nombre de prises de sang inutiles et à réduire les prescriptions de benzodiazépines injustifiées.

PUBLICITÉ

Fiduciaire
PAUX Conseils
& Gestion

- Conseils fiscaux
- Gérance/ Administration PPE
- Comptabilité

Rue de la Gare 15 - 1110 Morges
Tél. 021 803 73 11 - info@paux.ch - www.paux.ch



La valeur des soins pour le/la patient-e s'articule principalement autour de la notion de coûts maîtrisés et du devenir de cette personne.

Schéma adapté de l'Academy of Royal Medical Colleges

Cependant, sa mise en œuvre reste entravée par plusieurs obstacles. Parmi ceux-ci, mentionnons le manque d'alignement des incitations visant à motiver les individus ou les organisations à agir dans un but commun, le manque de soutien institutionnel et politique, la complexité des décisions cliniques et le manque de temps. Pour les surmonter, il serait nécessaire d'impliquer toutes les actrices et acteurs concerné-es, de veiller à un meilleur alignement des incitations et de fournir un retour d'information sur les résultats obtenus. Par exemple, nous savons que le nombre de mesures de routine de la vitamine D – citée dans la liste « Top 5 » de médecine interne générale ambulatoire de 2021 – a considérablement diminué après l'arrêt du remboursement du test en Suisse.

DÉCISION PARTAGÉE : MIEUX IMPLIQUER LES PATIENT-ES

La prise de décision partagée est un principe très important de l'initiative *Choosing Wisely*. Cette approche a pour but de favoriser le dialogue entre médecins et patient-es au sujet des interventions médicales, de leurs avantages, leurs risques mais aussi leurs coûts financiers et écologiques. Cela implique que les médecins doivent partager les informations et les expliquer aux patient-es pour permettre des choix éclairés, mais aussi essayer de comprendre leurs motivations, valeurs et

émotions. Mais pour y arriver, les professionnel·les de la santé doivent bénéficier d'une formation spécifique, de même que les patient-es sélectionné-es doivent être motivé-es à y participer.

DE CHOOSING WISELY À CHOOSING GREENLY

Au vu des enjeux climatiques, la question du coût environnemental est venue compléter le concept de *Value-Based Health Care* (figure ci-dessus). En effet, selon les estimations, la production de gaz à effet de serre provenant des services de santé représente 5% des émissions mondiales nettes. En comparaison, celles provenant de l'ensemble du transport aérien sont estimées à 3,5%.

La réalisation de tests inutiles contribue à ce chiffre, en raison notamment de l'utilisation d'équipements consommateurs d'énergie et de la production de déchets médicaux. Les substances pharmaceutiques ont aussi un impact sur l'environnement : les antibiotiques font partie des médicaments fréquemment retrouvés dans les eaux du lac Léman. Et leur utilisation inutile peut conduire à l'émergence de bactéries résistantes, rendant les futures infections plus difficiles, voire impossibles à traiter.

Réduire les traitements et procédures superflus représente donc une opportunité pour les patient-es et la planète : il existe un co-bénéfice possible.

À RETENIR

Lancée il y a dix ans, *Smarter Medicine* est une initiative suisse inspirée du mouvement nord-américain *Choosing Wisely*. Elle vise à réduire les tests, examens et traitements inutiles en sensibilisant les médecins et le public à leurs potentiels effets secondaires, mais aussi à leurs coûts financiers, humains et écologiques. Avec l'aide des sociétés médicales, *Smarter Medicine* établit des listes de recommandations « Top 5 » ayant pour but d'encourager les médecins et leurs patient-es à discuter de la pertinence des mesures de santé choisies.

Propos recueillis
par la rédaction

« FAIRE DE LA BONNE MÉDECINE ET NON DIMINUER LES COÛTS »

La Société Suisse d'Hématologie (SSH) a rejoint l'association Smarter Medicine en 2023. Le Prof. Michel Duchosal, chef du Service d'hématologie du CHUV et alors Président de la SSH, explique les motivations derrière cette adhésion et rappelle l'importance de maintenir un haut niveau de qualité des soins.



2023: CHUV, Jeanne-Marcel

Comment avez-vous établi la liste « Top 5 » de la SSH ?

Nous avons consulté nos membres pour créer notre liste de recommandations. En tous cas, trois d'entre elles ciblent les médecins de premier recours. En tant que spécialistes, nous savons, par exemple, qu'il est préférable d'éviter de prescrire des anticoagulants pendant plus de trois mois après une première thrombose dans le cadre d'un facteur de risque transitoire majeur. Cependant, cela peut être un rappel utile pour les généralistes qui jonglent constamment entre diffé-

rentes disciplines. Cela participe à la mission de formation et d'information des sociétés médicales.

Que diriez-vous aux médecins considérant ces recommandations comme contraignantes ?

Qu'elles ne sont pas des dogmes mais plutôt un rappel visant à s'interroger sur la pertinence à mener tel examen ou tel traitement. Ces recommandations peuvent également servir à réintroduire le sujet au cœur de la relation avec les patient-es et à les sensibiliser au fait que toute analyse ne devrait être menée que pour vérifier des suspicions. Car en procédant à tous les tests et examens possibles, nous trouverions forcément des anomalies, susceptibles de créer inutilement de la confusion ou de l'inquiétude. Par ailleurs, je pense que c'est à travers le dialogue que

« Cela peut être un rappel utile pour les généralistes qui jonglent constamment entre différentes disciplines. »

les sociétés médicales et leurs membres doivent définir ces lignes directrices. De la même manière qu'un médecin évalue les risques et bénéfices d'un traitement avec son ou sa patient-e.

Pourriez-vous craindre une réappropriation de ces recommandations par le monde politique ou les assurances-maladie, notamment sous la forme d'un rationnement économique ?

C'est un risque. Cependant, sans données à disposition, je ne suis pas en mesure d'affirmer si ces recommandations permettent d'effectuer des économies ou coûtent plus cher. Certes, la logique voudrait que cela réduise les coûts de la santé et, si c'est le cas, tant mieux. Mais il est important de rappeler que le bien du ou de la patient-e prime toujours sur le reste. Je préciserai, à ce titre, que le « Top 5 » de la SSH contient des recommandations médicales, non des considérations économiques. *Smarter Medicine* insiste sur ce fait. Pour éviter d'éventuelles dérives, je pense qu'il revient à cette association d'évaluer l'impact de cette démarche et de rester attentive à faire respecter son but premier : faire de la bonne médecine et non diminuer les coûts.

TARDOC : L'AVENIR DE LA MÉDECINE INTELLIGENTE

Smarter Medicine met volontiers l'aspect économique en exergue : « moins (de prestations) c'est parfois plus (d'économies) ». Mais pour rester intelligente, elle ne doit pas dispenser de tenir compte des cas individuels. Autrement, l'ombre d'un rationnement des soins se dessinerait. Le futur système tarifaire TARDOC permettra-t-il d'exploiter le plein potentiel de ce mouvement ?

Le caractère prétendument inutile de divers examens et traitements ne doit pas prendre le pas sur la personnalisation de la prise en charge. Renoncer à un geste médical n'est justifiable que lorsque son efficacité ou son utilité est discutée ou limitée dans la situation particulière d'un-e patient-e. Et pour cela, il faut avoir la possibilité, et donc le temps, d'offrir un accompagnement sur mesure, permettant de peser le pour et le contre. Comme l'évoque le nom de l'homologue québécois de *Smarter Medicine* : « Choisir avec soin ».

TARMED : UN FREIN À SMARTER MEDICINE

Malheureusement, le système tarifaire TARMED est mal adapté à cette stratégie. En limitant le temps de consultation et les possibilités de le prolonger, l'intervention autoritaire du Conseil fédéral de 2019 compromet le déploiement de *Smarter Medicine* et de son immense potentiel. Il est en effet plus rapide de prescrire un examen ou un traitement que d'en discuter avec un-e patient-e. L'acharnement des assureurs à multiplier les demandes de justifications pour nous faire « rentrer dans la moyenne » contribue également à décourager les meilleures volontés en la matière.

VERS UNE TARIFICATION ADAPTÉE

Aujourd'hui, le succès de *Smarter medicine* dépend de TARDOC, dont le Conseil fédéral devrait enfin avoir le courage d'accepter la mise en œuvre. Ce nouveau système tarifaire permettrait

non seulement de construire des forfaits ambulatoires exploitables avec les sociétés médicales prêtes à le faire, mais aussi de créer des positions tarifaires spécifiques à l'application des préceptes de *Smarter Medicine*, pour celles et ceux qui montreraient leur capacité à les suivre et à les documenter.

PUBLICITÉ



La Dre **Alba Santos**
Spécialiste FMH
en neurologie
et médecine interne

**a le plaisir de vous annoncer
l'ouverture de son cabinet**

Rue de l'Ale 25,
1003 Lausanne

Contact et prise
de rendez-vous :
021 729 60 60

(RE)VALORISER LE
TEMPS DE PAROLE

**Elisa Milcent-
Fernandez**

Etudiante en médecine à la Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne

**Giorgio Angelo
Mariotti**

Etudiant en médecine à la Faculté de biologie et de médecine, Université de Lausanne

Cet article se base sur les conclusions d'un travail d'études réalisé par les auteur-es, à consulter ici :



MOINS C'EST PARFOIS PLUS... DE TEMPS ?

Subtil mélange entre art et science, la médecine ne peut pas s'appliquer à toutes et tous de la même façon. En encourageant les médecins à discuter avec leurs patient-es de la pertinence à mener certains examens, Smarter Medicine souhaite notamment favoriser le dialogue. Mais cela nécessite du temps, et des conditions-cadres permettant de le prendre.

Le temps de parole en consultation, sous-valorisé, est un élément primordial de la relation médecin-patient-e. Il permet non seulement de recueillir des informations nécessaires au diagnostic mais aussi d'instaurer une relation de confiance par le biais d'une écoute attentive et empathique.

Plusieurs études montrent que l'anamnèse (étude des antécédents médicaux), à elle seule, permet de faire le tri au cours du diagnostic différentiel : en moyenne, 50% des diagnostics sont posés à l'anamnèse, 30% au cours de l'examen clinique et seulement 20% grâce aux examens complémentaires. Dans le domaine de la cardiologie, par exemple, 78% des diagnostics sont même établis au cours de ces deux premières étapes.

TARMED : UN CONTRE-LA-MONTRE

Pourtant, le système tarifaire TARMED tend à valoriser les actes techniques au détriment du temps de parole, en distinguant les actes cliniques des gestes techniques. Avec une consultation limitée à 20 minutes – 30 si le médecin possède une formation complémentaire –, TARMED dévalorise l'anamnèse, le temps de parole et l'examen clinique. Or, ces éléments devraient être utilisés pour soutenir l'hypothèse diagnostique et non la poser. Cela a pour conséquence d'encourager la démultiplication des examens



15.6
MINUTES

Le temps de consultation moyen en Suisse

complémentaires et, potentiellement, d'engendrer de la négligence.

Par ailleurs, une intervention chirurgicale, majeure ou mineure, n'englobe pas seulement les actes réalisés en bloc opératoire ou en cabinet, sous anesthésie générale ou locale. Le médecin, toutes spécialités confondues, se doit d'expliquer la procédure à son ou sa patient-e. Il doit s'assurer que le ou la patient-e comprenne également les risques, les complications et le suivi de ces interventions. Cela exige un discours clair de la part du médecin et de la disponibilité pour répondre aux questions, un temps variable selon les besoins. Nous pouvons donc comprendre que limiter le temps de parole peut porter préjudice à une bonne prise en charge.



SMARTER MEDICINE: COMPLÉMENT D'UNE APPROCHE PERSONNALISÉE

Si les recommandations de *Smarter Medicine* ont l'avantage de faciliter la prise de décision, leur application reste limitée par les faiblesses du système tarifaire en vigueur. Elles n'ont du reste pas vocation à remplacer le médecin auprès de ses patient-es. Car, comme le laissent notamment entrevoir les questions actuelles autour de l'intelligence artificielle, il existe un risque d'inciter les professionnel·les de santé à s'appuyer sur des listes et des algorithmes standardisés.

Ni *Smarter Medicine*, ni TARMED ne doivent occulter le fait que, derrière chaque symptôme, il existe un être humain avec ses caractéristiques propres. Son langage corporel, son expression, son rapport à la maladie ne peuvent pas être codés uniformément. A ce titre, la démarche de *Smarter Medicine* doit nous rappeler l'importance d'une évaluation médicale individualisée et d'une prise de décision concertée avec les intéressé-es. Pour cela, le système doit revaloriser le temps de parole sans dévaloriser les actes techniques.

50%

Des doléances des patient-es portent sur l'aspect relationnel plus que technique

PUBLICITÉ

Gastroentérologie | Hépatologie | R3

LE DOCTEUR GIAN-MARCO STAMM

Spécialiste en gastroentérologie,
membre FMH
Ancien chef de clinique universitaire
au CHUV

a le plaisir de vous annoncer
l'ouverture de son cabinet médical
en association avec la
Dre Roxane Hessler, le
Dr Christopher Doerig et le
Dr Philippe Maerten
dès le 1^{er} mars 2024.

Adresse du cabinet :

R30 Sàrl
Avenue Louis Ruchonnet 30
CH-1003 Lausanne
T +41 21 566 53 50
gastro-r30@svmed-hin.ch

Clinique de
La Source

Propriété d'une fondation à but non lucratif

La Clinique de La Source a le plaisir d'accueillir depuis le
1^{er} mars 2024 les

Dre Sandrine MARIAUX et Dr Paolo FORNACIARI

Spécialistes FMH en chirurgie orthopédique
et traumatologie de l'appareil locomoteur
Spécialisés en chirurgie de l'épaule et du coude
et en médecine du sport

Avenue Vinet 30
Bâtiment École
1004 Lausanne
Tél. + 41 21 641 36 60
cvec@lasource.ch
www.cvec.ch

CVEC
Cabinet Vaudois
Epaule et Coude

LA SOURCE, PARTENAIRE DE VOTRE SANTÉ TOUT AU LONG DE VOTRE VIE.

LE 9 JUIN, NE FREINONS PAS L'ACCÈS DE LA POPULATION AUX SOINS !

Le peuple suisse devra se prononcer le 9 juin prochain sur l'initiative « pour un frein aux coûts ». De multiples actrices et acteurs de la santé s'insurgent contre ce projet visant à plafonner la prise en charge des coûts dans l'assurance de base selon la conjoncture, sans tenir compte des besoins réels. DOC fait le point avec le Dr Sébastien Jotterand, vice-président de Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe).

L'initiative « pour un frein aux coûts » demande de lier les dépenses de santé à la conjoncture. Que pensez-vous de cette approche ?

Elle est absurde et ce pour une raison très simple : ce n'est pas la conjoncture de l'année d'avant, mais bien les besoins réels des patient-es à un moment donné qui doivent influencer les dépenses de santé ! Si cette initiative avait été introduite en l'an 2000, plus d'un tiers des prestations de l'assurance de base ne serait plus remboursé aujourd'hui. Imaginez les conséquences sur la qualité et l'espérance de vie des personnes à revenu modeste ! Et que ferions-nous si une nouvelle pandémie survenait après une année de récession ? On limiterait encore plus strictement l'accès aux prestations en vertu de ce mécanisme ? C'est une vision cynique à laquelle personne ne peut sérieusement se rallier.

C'est déjà assez absurde que ce soit l'évolution défavorable de la bourse en 2001 (11 septembre), en 2008 (crise des subprimes) ou encore depuis 2022 (guerre en Ukraine), qui ait entraîné à chaque fois une augmentation massive des primes l'année suivante pour reconstituer les réserves vilipendées ! L'IPAM (Indice des primes d'assurances maladies) calculé depuis peu par l'Office fédéral de la statistique (OFS) démontre d'ailleurs clairement que l'impact des primes sur le revenu disponible des ménages avait été très stable entre 2018 et 2022.

Sur le fond, il ne fait surtout pas sens de laisser le système de santé manquer

d'efficacité pendant des années si la conjoncture est bonne et la situation sanitaire stable, puis de soumettre la population à un rationnement sévère en cas de dégradation de la situation sanitaire ou économique. C'est tout le contraire qu'il faut faire, mais ce n'est pas ce que l'initiative prévoit !

Si cette initiative était acceptée, quelles en seraient les conséquences pour la population ?

Comme les actrices et acteurs de la santé continueront de toute façon à faire des efforts pour maîtriser les coûts dans la durée, tout dépendra de la conjoncture. Le risque existera donc que l'on demande aux assuré-es de payer de leur poche ou de leur santé le prix des mauvaises performances économiques de l'année écoulée (voire même de l'année précédente, le temps de disposer de chiffres consolidés). Car en cas d'acceptation de l'initiative, ce ne sont pas les coûts immédiats de la santé qui seraient freinés, mais bien leur remboursement ! Les personnes ne pouvant pas ou plus les prendre en charge elles-mêmes devraient donc y renoncer, au moins temporairement.

C'est en complète contradiction avec l'article 117a de notre Constitution qui prévoit que « la Confédération et les cantons veillent à ce que chacun ait accès à des soins médicaux de base suffisants et de qualité ». Avec cette initiative, ce principe serait enterré. Et la médecine à deux vitesses deviendrait plus que jamais une réalité !

Et quel en serait l'impact sur le corps médical et les professionnel-les de la santé ?

En 2027, ce sont d'abord 1 à 2 milliards de coupes « pour l'exemple » répartis sur les fournisseurs de prestations, en vertu de la disposition transitoire brutale prévue dans l'initiative. A plus long terme, c'est difficile de le savoir, tant la mise en œuvre définitive de cette initiative dépendrait des travaux du Parlement, via une loi d'application. Théoriquement, les prestataires concernés devraient se mettre autour d'une table pour décider comment limiter de la manière la moins mortifère l'accès de la population aux soins si les

coûts de l'assurance de base augmentent plus vite que les salaires. Mais au final, après des heures de palabres, les actrices et acteurs les plus influent-es du système (pharmas, assureurs) risquent bien de conserver leurs prérogatives au détriment de toutes et tous les autres. Et de transformer les professionnel-les de terrain en agent-es du rationnement, sous une surveillance bureaucratique forcément encore accrue. Pour mfe, cette perspective doit être combattue avec la dernière énergie. Enfin, sachant que notre priorité en 2024 est la relève, comment voulez-vous attirer des nouvelles vocations dans notre métier si on menace de nous rationner ?

« Si l'initiative est acceptée, ce ne sont pas les coûts immédiats de la santé qui seraient freinés, mais leur remboursement ! »

PUBLICITÉ

Confort-lit
DEPUIS 1989

35
ans

Un gain de place grâce au canapé-lit avec le confort d'un vrai matelas

Modèle en exposition à notre magasin de Lausanne



photos non contractuelles

LAUSANNE Rue Saint-Martin 34 021 323 30 44
YVERDON Av. de Grandson 60 024 426 14 04
LAUSANNE Rue Saint-Martin 34 021 323 30 44



Scannez-moi

www.confort-lit.ch

BETTERDOC : UN BON CHEMIN VERS LE BON MÉDECIN ?

Plusieurs modèles d'assurances alternatifs proposent de passer par la solution BetterDoc pour trouver un médecin spécialiste. Lancé en Allemagne en 2012, ce service s'est depuis étendu à notre pays. Plus d'un million d'assuré-es suisses peut ou doit faire appel aujourd'hui. Si la démarche peut sembler innovante, elle soulève un certain nombre de questions.

Le principe de BetterDoc est simple : avant de consulter un-e spécialiste, la patiente ou le patient ayant souscrit un modèle d'assurance alternatif faisant appel à ce service contacte la hotline de BetterDoc pour expliquer son problème de santé. Une équipe médicale dispose ensuite de deux jours ouvrables pour identifier les trois spécialistes les plus appropriés pour le ou la prendre en charge. « BetterDoc prend en considération dans ses recherches tous les médecins spécialistes et les hôpitaux pratiquant en Suisse », garantit Lucas Müller, responsable du développement des affaires dans l'assurance-maladie auprès de BetterDoc. Le passage par BetterDoc est obligatoire pour certaines spécialités : cardiologie, chirurgie cardiaque et vasculaire, chirurgie de la main et neurochirurgie, gastro-entérologie, chirurgie viscérale, urologie et orthopédie. En dehors de celles-ci, le service est pour l'heure optionnel.

Pour traiter des cas rares ou complexes, BetterDoc s'appuie sur un panel semblé-t-il composé de plus de 2500 médecins experts, représentant plus de 400 sous-spécialités. Jusqu'à 20 avis sont récoltés, afin de donner trois choix de spécialistes aux patient-es. La Suisse compterait toutefois une centaine d'expert-es seulement. Et combien en Suisse romande, ou dans le canton de Vaud ? Contacté, le service de presse de BetterDoc n'a pas souhaité en fournir la liste. Cette poignée d'expert-es a-t-elle une connaissance assez fine du tissu médical régional pour orienter chaque

« Le système développé par BetterDoc propose une forme de « Tripadvisor » des spécialistes, sans aucun droit de recours pour les médecins qui seraient écartés par BetterDoc. »

patient-e vers le médecin spécialiste le plus approprié parmi les plus de 40'000 médecins actifs au sein du pays ? Rien ne permet de le savoir.

On ignore aussi comment ces expert-es sont sélectionné-es. Les critères annoncés sont les suivants : publications, certifications et qualifications, nombre de cas de diagnostics ou traitements effectués, engagement dans des sociétés scientifiques spécialisées et des congrès, ou encore recommandations d'expert-es. Ce « jury » ne serait pas rémunéré. En revanche, pour chaque recommandation de spécialiste, BetterDoc verse un don d'environ CHF 100.- au nom de l'expert-e à une sélection de trois projets de santé publique à but non lucratif en... Allemagne. Des dons a priori financés par les assuré-es, via la rémunération de BetterDoc par les caisses-maladie. De nombreux médecins étant déjà surchargés, les motivations à s'impliquer dans ce système posent aussi question.

J'ai appris par un patient que je figurais dans le choix de spécialistes que BetterDoc lui a soumis, sans jamais avoir été informé auparavant de ces démarches par BetterDoc ou Assura/Qualimed. Cette société est mandatée par certains assureurs-maladie pour évaluer les médecins à leur insu, obligeant ensuite les patient-es à consulter un des spécialistes shortlistés... En l'occurrence, comble du ridicule, un chirurgien de Genève figurait dans la liste des spécialistes recommandés à mon patient, alors qu'il dispose uniquement d'une assurance-maladie de base et ne peut donc pas être opéré hors canton!

Personnellement, je trouve cette pratique tout à fait honteuse. Elle contrevient à tous les principes de liberté de choix pour les patient-es, et de liberté thérapeutique pour les médecins. Je suis contre ce genre de dérive arbitraire, à savoir le business visiblement fructueux de notation des médecins.

Bien entendu, l'idée de confier à une entité externe comme BetterDoc le rôle de conseiller pour le choix d'un spécialiste est problématique sans une totale transparence sur les critères considérés. Cependant, cette initiative peut se révéler bénéfique pour toutes les parties concernées. Pour une organisation médicale, ne pas s'engager activement (ou rester dans une posture purement défensive) dans un processus qualité pour les gestes spécialisés dans l'ambulatorio, revient à se faire imposer à moyen terme des mécanismes arbitraires et inadéquats. D'un point de vue éthique et politique, les médecins ont tout à gagner à s'impliquer activement dans des projets qui influencent positivement les coûts du système de santé.

DES MÉDECINS VAUDOIS S'INTERROGENT

J'ai été récemment confronté à BetterDoc suite au rejet d'une facture par l'assurance, la patiente concernée n'ayant pas fait appel à ce service avant son examen chez un spécialiste. J'avais pourtant déjà effectué des examens endoscopiques auprès d'elle par le passé. Il s'agissait donc d'un simple suivi, et ce refus m'a surpris. Par téléphone, on m'a assuré que le nécessaire serait fait, même si je n'étais a priori pas sur leur shortlist de spécialistes pour cette patiente. A ce jour, la facture reste impayée et la patiente est fâchée contre moi.

LÉGITIMITÉ REMISE EN CAUSE

Prenons le cas d'un médecin vaudois qui a contacté la rédaction à ce sujet. Des patient-es ont été orienté-es vers lui par BetterDoc alors qu'il n'avait jamais entendu parler de ce service, ni ses collègues spécialistes. Ceux-ci étaient donc étonnés d'apprendre qu'une société privée allemande, bien que dotée d'une succursale à Bâle, pouvait librement déterminer qui était un bon médecin ou non, choisir vers qui elle allait orienter les patient-es, puis récolter et analyser des questionnaires de satisfaction. Quid de la protection des données et du secret médical? Se peut-il qu'un médecin risque l'exclusion de la liste de BetterDoc et se retrouve dans l'impos-

sibilité de soigner certain-es patient-es? Un-e patient-e qui change de modèle d'assurance pourra-t-il/elle rester chez son ou sa spécialiste habituel-le?

Rappelons que l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) délivre des titres de spécialistes reconnus aux médecins suisses, dans un cadre très régulé, et ce au terme de longues et exigeantes études. Le système développé par BetterDoc met en doute cette légitimité (comme son nom que d'aucuns jugeront discriminant en soi), en proposant une forme de «Tripadvisor» des spécialistes, sans aucun droit de recours pour les médecins qui seraient écartés par BetterDoc.

Omar Gisler
Responsable
communication,
Hôpital cantonal
de Baden

PLUS D'EFFICACITÉ GRÂCE AU SERVICE DE VIDÉO-INTERPRÉTATION

L'Hôpital cantonal de Baden (KSB) est l'un des premiers hôpitaux suisses à avoir introduit un service de vidéo-interprétation. Depuis le 1^{er} février 2024, ces traductions virtuelles constituent une alternative efficace et avantageuse à la mobilisation d'interprètes sur place.

En collaboration avec la start-up DolmX de Baden, le KSB a développé son nouveau service de vidéo-interprétation dans le cadre d'un projet pilote d'un an, de manière à ce qu'il puisse désormais répondre à toutes les exigences réglementaires. Par rapport à l'interprétation sur site, le service vidéo s'avère plus rapide, plus efficace et moins cher.

« Les interventions d'interprétation in situ entraînent des coûts considérables, car l'interprète est toujours payé pour une heure complète. A cela s'ajoutent les forfaits d'intervention et les frais

de déplacement », explique Jeannette Bock, responsable du service d'interprétation au KSB. « Comme les statistiques montrent que la plupart des interventions ne durent qu'une demi-heure environ, nous avons décidé d'explorer de nouvelles voies ».

DISPONIBILITÉ ACCRUE

Si des collaboratrices et collaborateurs du KSB ont besoin d'une traduction, ils et elles peuvent dès à présent se connecter à la plateforme mise à leur disposition et saisir leur demande. Celle-ci envoie ensuite automatiquement un e-mail aux interprètes certifiés qui travaillent en freelance pour DolmX.

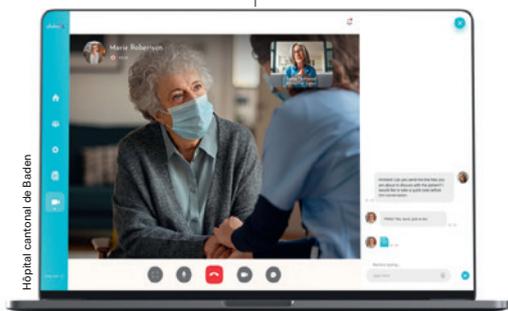
Une fois la mission acceptée, les deux interlocutrices ou interlocuteurs peuvent

se connecter et démarrer la conversation par vidéo. La connexion se fait via un iPad ou un ordinateur portable équipé d'une caméra. L'interprète peut ainsi suivre pleinement la consultation et la traduire dans la langue souhaitée. Des documents PDF peuvent également être échangés et traduits en direct. « La mobilisation rapide d'une ressource de traduction est un grand avantage », explique Jeannette Bock. « Le fournisseur du service garantit de trouver l'interprète souhaité dans les 30 minutes. L'objectif est de réduire ce temps à 15 minutes ».

PROTECTION DES DONNÉES GARANTIE

Le nouvel outil a été immédiatement adopté : « Tant le corps médical que les patient-es n'ont eu que des réactions positives ». Selon Jeannette Bock, l'importance accordée à la protection des données y est aussi pour quelque chose : « Pour des entretiens aussi sensibles, la confidentialité est très importante. C'est pourquoi nous n'enregistrons aucune donnée. Dès qu'un entretien est terminé, aucun contenu ne peut être reproduit. Les données des patient-es ou les documents traduits sont également effacés. De plus, le serveur de DolmX est situé en Suisse ».

L'utilisation de l'outil numérique a aussi ses limites, et un arbitrage reste à faire selon les situations : « En cas d'entretiens émotionnellement difficiles, il est évidemment toujours possible de convoquer des interprètes sur place », souligne Jeannette Bock.



UN PARCOURS QUI EXIGE DE NE PAS AVOIR FROID AUX YEUX

DRE SABINE DELACHAUX-MORMILE

VISITE MÉDICALE

Suivie depuis mon plus jeune âge pour un strabisme et fascinée par le monde de l'ophtalmologie, je devais avoir 5 ou 6 ans quand j'ai commencé à dire que je voulais en faire mon métier.

?

A quel âge et pourquoi avez-vous eu envie de devenir médecin ?

Sans hésitation le Dr Jacques Durig, qui m'a appris la valeur de la bienveillance et qui m'a incitée à persévérer dans les moments de doute. Sans lui, j'aurais probablement abandonné ma formation pendant l'assistantat.

?

Qui a été votre mentor et quel meilleur conseil vous a-t-il donné ?

Quelle a été votre expérience la plus marquante avec un-e patient-e ?

?

D'innombrables patientes et patients m'ont appris quelque chose, du prématuré à l'ultra-centenaire, de la personne atteinte de tumeur intraoculaire à celle qui ne se sent pas entendue dans sa pathologie qualifiée de « banale ».



?

Quelle activité vous occupe le plus hors de votre cabinet ?

Observer la beauté de la vie et de la nature sous toutes ses formes : mes enfants, les lacs, les nuages, les arbres...

?

Pourquoi avoir décidé de vous engager dans la politique professionnelle (déléguée du groupement Nord) ?

Privilegiée dans mon activité de spécialiste qui me laisse du temps libre, j'ai voulu soutenir à ma manière la médecine de premier recours en la défendant en tant que déléguée de groupement régional.

?

Si vous n'étiez pas médecin, quelle voie auriez-vous choisi ?

Pendant mes études de médecine, il aurait été possible de tenter en parallèle une carrière de chanteuse lyrique professionnelle, mais les deux emplois du temps étant parfaitement incompatibles, j'ai choisi de privilégier la médecine.

BIO EXPRESS

• **Âge**
46 ans

• **Diplômes**
Diplôme fédéral de médecine en 2001, titre FMH de spécialiste en ophtalmologie en 2006, CAS en management de la santé en 2022

• **Cabinet**
Depuis 2009

• **Situation familiale**
Mariée, deux enfants

• **Hobbies**
Le chant, l'apprentissage de nouvelles langues

SMARTER MEDICINE: WHAT ELSE ?

Encore un slogan en anglais pour notre médecine : prudence, ça sent le « new management » ! Regardons de plus près, car le slogan « Moins, c'est parfois plus » nous rappelle « Faire plus avec moins... ».

Vérification faite, *Smarter Medicine* n'est pas une initiative de réduction des coûts, mais plutôt un ensemble de mesures d'optimisation proposées par les médecins eux-mêmes. La démarche est participative et les sociétés médicales contribuent à édicter leur « Top 5 » des procédures médicales généralement inutiles. De plus, les patient-es sont associés à la démarche. Rien à redire, tout ça semble très bien.

Il y a un « mais ». Car si nous prenons un peu de recul, tout cela paraît nécessaire, sans doute, mais peut-être pas suffisant pour aller à l'essentiel. En effet, dans la théorie systémique, on distingue les changements qui ne modifient pas l'équilibre du système et maintiennent l'homéostasie (changements de type 1), des changements qui modifient l'équilibre du système de manière allostatique (changements de type 2).

REPENSER LES GRANDS PRINCIPES

La *Smarter Medicine* propose d'utiles mesures d'optimisation, mais au sein du même paradigme, participant donc à maintenir l'homéostasie. Or notre système de santé et notre médecine ont besoin de changements de type 2 ! Nous avons besoin d'une véritable politique de la santé qui réfléchisse aux valeurs, aux principes de base et aux priorités pour la population, et non pas aux seuls aspects liés à l'administration des coûts.

« Nous avons besoin d'une véritable politique de la santé qui réfléchisse aux valeurs, aux principes de base et aux priorités pour la population, et non pas aux seuls aspects liés à l'administration des coûts. »

Par exemple, il est urgent de poser les principes d'une médecine intégrative évitant le saucissonnage et le clivage des traitements. La liaison et l'interdisciplinarité, elles, sont smart ! Le rôle des médecins de famille doit être précisé et priorisé et la liaison entre généralistes et spécialistes clarifiée en matière de santé publique. Il en va de même pour les besoins de santé mentale transversaux à tous les champs de la médecine et encore insuffisamment couverts.

Enfin, comme nous le rappelle la médecine de la personne, les patient-es ont un besoin et une volonté de sens, et pas seulement d'une technique même bien adaptée et optimisée. Ainsi, une fois l'opération *Smarter Medicine* réussie, what else ? Il faudra développer une véritable clinique du sens, pour le bien commun.



**PROXIMITÉ
RÉGIONALE POUR
DE MEILLEURS
RÉSULTATS**

RISCH.CH

Votre laboratoire –
aujourd'hui et demain



THE NEW iX2

100 % ELECTRIC.

Emil Frey SA
1023 Crissier
bmw-efsa-crissier.ch

Emil Frey SA
1022 Chavannes
bmw-efsa-lausanne.ch

Emil Frey SA
1110 Morges
bmw-efsa-morges.ch

17 kWh/100 km, 0 g CO₂/km, catégorie de rendement énergétique A

