



DOC

LE RENDEZ-VOUS
DES MÉDECINS
VAUDOIS

N° 12
AUTOMNE
2024

Entretien avec
Ignazio Cassis :
de la blouse blanche
au Conseil fédéral

Médecins
et politique :
au service de
l'humain et
de la société

Transformer un
cabinet en Sàrl

ASSURANCES
COMPLÉMENTAIRES

Un consensus
est-il encore
possible ?



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

 SOCIÉTÉ
VAUDOISE DE
MÉDECINE

FONDS DE
PRÉVOYANCE



AUTOMNE 2024

ÉDITO

LA MÉDECINE À DEUX VITESSES

A la façon de l'emblématique Sachs manuel, la médecine helvétique est un engin à deux vitesses. C'est sûr qu'à force de craindre une évolution vers une médecine à deux vitesses, on perd de vue l'évidence : notre système repose, par définition, sur deux vitesses, l'AOS et la LCA. L'obligatoire et la complémentaire. La base et la privée. L'assurance que l'on n'a même pas le choix de ne pas avoir et celle pour celles et ceux qui le veulent (ou le valent ?) bien. L'assurance pour la population dans son ensemble et celle des *happy few*... Que voilà des enjeux aux racines historiques profondes !

Alors y a toujours moyen de remonter aussi loin qu'on veut quand il s'agit de raccrocher des enjeux au flux de l'histoire, mais restreignons-nous, si vous le voulez bien, au XX^e siècle. D'abord parce qu'il a vu apparaître le boguet susmentionné mais surtout parce que je suis particulièrement dans l'ambiance en ce moment avec la lecture sur l'été de la trilogie *Le Siècle* de Ken Follett qui décrit de manière passionnante comment l'aristocratie et la lutte contre icelle-ci se sont dissoutes dans le capitalisme et les démocraties, libérant suffisamment d'énergie pour générer plusieurs guerres mondiales chaudes ou froides.

Bigre, LCA et AOS seraient-elles donc les rejetons de ces mêmes forces ? Ce numéro de DOC qui a la bonne idée de présenter conjointement le dossier LCA et le monde des médecins agissant en politique constitue une excellente occasion d'y consacrer de la réflexion. Et puisque je suis lancé, je vous livre un bout de la mienne, à focale médicale nonobstant les goûts et les couleurs que sont les orientations politiques.

En se méfiant de l'antagonisation tant au sein de notre corporation qu'en terme de fracture sociale, notre engagement politique devrait veiller à ce que les conditions dans chaque vitesse soient suffisamment superposables pour permettre le passage souple de l'une à l'autre tant des médecins que des patientes et patients pour le bénéfice et l'efficacité du système global. Il s'agit également de viser à garder la main haute sur les modalités d'exercice de notre art et se garder de devenir esclave d'une vitesse. Que notre vie soit financée via un produit premium vanté sur papier glacé ou un poussiéreux contrat de fonctionnaire, la seule garantie est que jamais, jamais, un administratif ne nous soulagera de la moindre parcelle de responsabilité médicale.

Ainsi, amies et amis qui agissez en politique, lorsque vous enfourcherez vos agiles pétroleuses pour monter vers les lieux de pouvoir, songez à vous maintenir en formation groupée !

Bonne lecture.



Dr David Knobel
Psychiatre
psychothérapeute FMH
et membre du
comité de la SVM

L'écoute de *Born to be wild* de Steppenwolf est recommandée pour la visualisation de la scène finale.



04

EN BREF

05

INFOS SVM

08

Ignazio Cassis
Conseiller fédéral

ENTRETIEN

10

DOSSIER ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES

12

Tour d'horizon

14

Financement des
prestations supplémentaires

16

Agrégateur GREG

17

Analyse juridique

18

LCA et honoraires hospitaliers

20

FHV et LCA

22

Check-up humour

23

Ce qu'en pense

Vincent Michellod,
Chef de région Genève, Swiss Medical Network

24

DOSSIER MÉDECINS ET POLITIQUE

27

Pourquoi et comment s'impliquer ?

28

Défendre les intérêts des médecins

31

Mon engagement, pas à pas

32

Témoignages

Évolution du statut de médecin
Parcours sous la Coupole
Un délicat équilibre à trouver
Engagement politique des soignant·es

35

InfoMed

AILLEURS

36

Changer le statut de son cabinet pour économiser

MA PRATIQUE

37

Rapport de base sur la santé pour le canton de Vaud

POLITIQUE

39

Dr Sébastien Jotterand

VISITE MÉDICALE

40

Médecine et politique, politique de la médecine

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

Nicolas Blanc
Spécialiste en communication
au sein 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
Dre Sandy Estermann
Dr Henri-Kim de Heller
Dre Catherine Léchaire
Dre Séverine Oppliger
Dr François Saucy

Maquette et mise en page

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

Photo de couverture

KEYSTONE/Peter Klaunzer

Impression

PCL Print Conseil Logistique 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 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

PRIO.SWISS

C'est le nom donné à la nouvelle faïtière des assureurs-maladie. Elle prendra la place de curafutura et santé suisse dès le 1^{er} janvier 2025.

TARDOC

L'OTMA APPROUVE LA RÉVISION DU TARIF AMBULATOIRE

Le 22 octobre 2024, les partenaires tarifaires réunis au sein de l'OTMA SA (Organisation tarifs médicaux ambulatoires) ont approuvé le paquet global des « Tarifs ambulatoires » et la convention qui l'accompagne. Celle-ci vise à renforcer les soins de premier recours et à apporter des corrections rapides aux erreurs identifiées dans les forfaits. La FMH salue cette décision puisqu'elle ouvre la voie à l'introduction du tarif TARDOC en janvier 2026, fruit d'un compromis ayant pour objectif de répondre aux besoins des hôpitaux et des médecins en cabinet privé. Malgré un large soutien, une minorité de sociétés de disciplines médicales a lancé un recours sous forme de référendum. La FMH suivra la question de près dans le cadre de son processus démocratique interne.

MANIFESTE CITOYEN POUR UN MEILLEUR SYSTÈME DE SANTÉ

Face à la hausse des primes d'assurance-maladie, 24 citoyennes et citoyens se sont réunies fin septembre pour débattre des défis agitant le système de santé. Ils et elles ont plébiscité des mesures drastiques, consignées dans un manifeste : caisse unique, primes basées sur les revenus, valorisation des médecins généralistes, plus de prévention, clarification des coûts et création d'un dossier électronique du patient font partie de leurs préconisations. Présenté au salon Planète Santé en novembre 2024, ce manifeste est le résultat d'un atelier de démocratie participative organisé à Morges par la Fondation Leenards. Une assemblée citoyenne réunissant une centaine de personnes lui a emboîté le pas pour réfléchir sur ces questions.

PUBLICITÉ

Partenaire des médecins

Pour vous ou votre activité,
un accompagnement sur mesure



www.bcv.ch/medecins



Ça crée des liens

FORMATION : PRESCRIPTION DE PSYCHOTHÉRAPIE POUR MPR



Inscription via
ce code QR

Dans le sillage du dossier sur la santé mentale paru dans le dernier DOC, plusieurs actrices et acteurs de la santé s'unissent pour proposer une formation aux médecins de premier recours. L'objectif est de répondre aux nombreuses questions liées à la nouvelle réglementation de prescription de psychothérapie pratiquée par des psychologues. Cette formation se déroulera sous la forme de discussions en groupes basées sur des cas cliniques présentés par des animatrices et animateurs médecins généralistes, pédiatres, psychiatres ou psychologues. Cet événement est rendu possible grâce au soutien de l'Office du Médecin Cantonal, de MFVaud, du CHUV et de la SVM, ainsi que des organisatrices et organisateurs : Dre Sandy Gay Estermann, Dre Ariane Gonthier et Dr Gilles Ambresin.

QUAND ?

JEUDI
5 DÉCEMBRE
13H30-17H30

INFOS SVM

3'000

C'est le nombre
d'abonné-es que vient
de dépasser la page
LinkedIn de la SVM.



agence.muto.ch

SOIRÉE SVM: QUAND LES MÉDECINS JOUENT LES PROLONGATIONS

Vendredi 1^{er} novembre dernier, près de 350 médecins se sont donné rendez-vous au Musée Olympique pour la soirée annuelle de la SVM sur le thème « Médecine et Sport ». La Dre Séverine Oppliger, présidente de la SVM, a donné le coup d'envoi aux côtés

de la Dre Jane Thornton, nouvelle directrice médicale du CIO, qui a partagé sa vision innovante du sport en médecine. Après cet échange inspirant, les médecins ont prouvé leur endurance, que cela soit sur les vélos d'entraînement en démonstration ou sur la piste de danse.



Retrouvez
toutes les
photos de
la soirée
en ligne

Cette soirée a été organisée avec le soutien de



ORGANISATION AD INTERIM DU SECRÉTARIAT GÉNÉRAL DE LA SVM

Faisant suite au départ du secrétaire général, le Comité de la SVM a nommé M^e Anaïs Rossi et M. Pascal Fernandez, collaboratrice et collaborateur de longue date du secrétariat général, pour lui succéder ad interim dès le 1^{er} septembre 2024. Cette organisation transitoire permettra au Comité de prendre le temps de la réflexion, indispensable pour mettre en place une solution pérenne et satisfaisante. Durant cette période, un appui renforcé des membres du Comité sur les dossiers clés sera également assuré. Le Comité remercie M^e Anaïs Rossi et M. Pascal Fernandez d'avoir conjointement accepté d'endosser cette nouvelle fonction à titre intérimaire.



DOC A UN NOUVEAU RÉDACTEUR EN CHEF

Depuis le 19 septembre, Nicolas Blanc, spécialiste en communication au sein de la SVM, est le nouveau rédacteur en chef de DOC.

PUBLICITÉ

AUDITION DIFFICILE ?

neo
life

entendre
tout simplement



LA SOLUTION POUR PROFITER D'UN TEST AUDITIF SANS SE DÉPLACER !

NeoLife offre un service personnalisé avec :

- Conseils sur mesure
- Accompagnement adapté à chaque besoin
- Essais d'appareils auditifs de pointe
- Ajustements et service après-vente complet

neo
life

entendre
tout simplement

« La visite d'une audioprothésiste diplômée à domicile ne coûte pas plus cher qu'une visite en magasin ».



Marie-Aurore Rochat-Smeyers

À propos de NeoLife

Marie-Aurore Rochat-Smeyers a créé il y a 10 ans NeoLife en associant expertise et passion. Ainsi, l'entreprise qui compte une équipe de professionnels passionnés se distingue par son service d'audition à domicile sur mesure. NeoLife est une entreprise familiale présente sur tout le territoire romand.

Pour profiter d'un essai
et d'un service sur mesure
sans se déplacer :

076 589 56 57

Avec une disponibilité étendue aux résidences, lieux de travail, ou même en établissement de retraite, NeoLife se déplace dans les régions de **Vaud, Fribourg, Genève, Neuchâtel, Jura, Jura-Bernois** et **Les Franches-Montagnes**.

CONFÉRENCE DES PRÉSIDENT-ES DE LA SVM DU 3 OCTOBRE

Une cinquantaine de président-es de groupements de la SVM se sont réunies à Lausanne pour traiter les dossiers en cours. Au menu de la soirée : valeur du point tarifaire 2024 (CSS) et 2025, négociations LCA avec les assureurs, organisation ad interim du secrétariat général, utilisation de la « taxe d'urgence » dans TARMED, votation du 24 novembre sur le financement uniforme, crédits de formation continue pour les président-es de groupements et soutien financier pour les groupements, sans oublier une partie conviviale finale bien méritée.



Nicolas Blanc - SVM

TARIF-CADRE : LE TAF DONNE RAISON À LA SVM

Dans un arrêt définitif rendu le 12 juin 2024, le Tribunal administratif fédéral (TAF) a donné raison à la SVM et a confirmé que lorsqu'un Canton approuve une convention tarifaire entre un assureur-maladie LAMal et une association de médecins, il doit simultanément édicter un tarif-cadre pour cette convention spécifique. Ainsi, en cas d'absence de nouvelle convention entre les mêmes partenaires tarifaires, c'est le tarif-cadre de la convention précédente qui s'applique par défaut, et non un autre tarif fixé unilatéralement par le Canton. Pour chaque convention, le

tarif-cadre est ainsi un « tarif de réserve obligatoire », fixé à l'avance, sous la forme d'une fourchette de quelques centimes en plus et en moins du tarif précédent. Son but est de permettre aux partenaires de continuer à travailler ensemble, même en cas de désaccord. Ou en d'autres termes : de pouvoir continuer à soigner les patient-es (et de rembourser leurs factures) à des conditions garanties et connues de toutes et tous. Au-delà d'une année, si aucun nouvel accord n'a été trouvé, le Canton peut, à partir de ce moment-là uniquement, utiliser sa compétence subsidiaire pour imposer un autre tarif.

INFOS SVM

Erratum : prescription et prolongation de psychothérapie

Une erreur s'est glissée dans notre dossier consacré à la santé mentale (DOC n°11, encadré page 35). Il était indiqué que la prolongation des séances de psychothérapie avec un-e psychologue nécessitait une évaluation psychiatrique après 15 séances. Or, un-e médecin de premier recours ou un-e pédiatre peut prescrire deux séries de 15 séances de manière autonome. Au-delà, une évaluation par un-e spécialiste en psychiatrie et psychothérapie est effectivement requise. Cas à part : ce nombre est limité à 10 séances au total dans le cas d'une prescription réalisée par un-e médecin issu de toute autre spécialité ou un-e médecin praticien-ne, et ce uniquement dans le cas d'un nouveau diagnostic, d'une intervention de crise ou d'une thérapie liée à une maladie grave. Les médecins détenant un diplôme en médecine psychosomatique et psychosociale (ASMPP) peuvent travailler sans avis externe.



En savoir plus sur la nouvelle réglementation (site de la Confédération)

« GRÂCE À MON PARCOURS, J'AI UNE VISION À 360° DU SYSTÈME DE SANTÉ »

*Le rendez-vous est fixé au Palais fédéral, aile ouest. Nous avons 30 minutes pour interviewer le **Conseiller fédéral Ignazio Cassis** et le photographe, nous informe le responsable médias du Département fédéral des affaires étrangères (DFAE).*

Durant l'entretien, Ignazio Cassis fait régulièrement référence – parfois avec une pointe de nostalgie – à son passé de médecin omniprésent dans son parcours professionnel. Soigner son prochain ou la collectivité, faut-il vraiment choisir ? À la fin de nos douze questions, la « garde » du conseiller fédéral le presse de reprendre ses obligations. Après quelques échanges en italien devant la salle des ministres, nous quittons un politicien calme et affable. Prendre le temps pour discuter... serait-ce un héritage de son passé médical ?

Est-ce la médecine, ou plus largement le domaine de la santé, qui vous a conduit vers la politique ?

Tout à fait. Après mes études de médecine et quelques années de pratique clinique, je me suis orienté vers la santé publique. Travailler avec des patient-es atteint-es du VIH m'a fait prendre conscience que leur souffrance sociale – licenciement ou exclusion due à leur maladie et aussi parfois à leur orientation sexuelle – pouvait surpasser leur douleur physique. Mon intérêt s'est étendu au-delà de la relation entre médecin et patient-e pour englober la compréhension des dynamiques humaines face à la maladie, ainsi que les stratégies pour protéger la santé publique. À 35 ans, j'ai ainsi été nommé au poste de médecin cantonal pour le Tessin. Cela m'a permis de découvrir la politique et ses capacités à « soigner » le système de santé. J'ai ensuite pris différentes fonctions qui m'ont conduit jusqu'au Conseil fédéral. C'est un parcours très linéaire qui n'aurait probablement pas eu lieu sans cette première expérience aux côtés des patient-es atteint-es du VIH.

Parmi vos nombreux rôles dans le système de santé suisse, lequel vous a le mieux préparé à vos responsabilités actuelles ?

Aucun en particulier, mais l'ensemble de ces expériences m'a bien préparé. Le système de santé est central pour la population, c'est aussi le plus grand employeur en Suisse. Mon parcours – médecin, médecin cantonal, vice-président FMH, président de CURAVIVA Suisse (EMS) et également de curafutura – m'a permis de développer une vision à 360 degrés du système. J'ai pu comprendre à la fois l'impact de la maladie sur l'individu, les dispositifs collectifs de réponse à la souffrance et les défis du financement solidaire. Ces différentes expériences m'ont permis de développer une méthode de travail qui, une fois élu au Conseil national, m'a aidé à aborder divers autres domaines comme les assurances sociales.

Lors des votations de juin 2024 sur deux sujets liés à la santé (frein aux coûts et allègement des primes), le Tessin a voté deux fois « oui », allant à l'encontre des recommandations du Conseil fédéral. Comment l'expliquez-vous ?

Au Tessin également, les primes d'assurance-maladie pèsent sur le budget des assuré-es, surtout de la classe moyenne. Depuis 30 ans, entre assuré-es, payeurs/euses et régulateurs/trices, on se renvoie la balle de la responsabilité de l'augmentation des coûts et – au vu de leur mutualisation – des primes. Entretemps, le système de santé est devenu un grand « supermarché » dont le chiffre d'affaires annuel dépasse les 90 milliards de francs (env. 10'000 francs par habitant-e), et chacun-e y défend ses avantages. Lorsque



Retrouvez l'interview
complète sur
svmed.ch/doc-mag



KEYSTONE / Peter Klaunzer

la médecine fonctionnait comme une « épicerie de quartier », le libre choix des prestations se justifiait, car l'offre était limitée à quelques centaines de produits. Mais un changement de paradigme a eu lieu : l'assurance-maladie est devenue la source de financement de la santé, avec tous nos besoins (ou désirs) face à une industrie virtuellement illimitée. Ce thème nous accompagnera encore un bon bout de temps.

Comment voyez-vous l'évolution du système de santé en Suisse et qu'est-ce qui vous préoccupe le plus pour les années à venir ?

Ce qui m'inquiète le plus, c'est la durabilité du financement. Nous avons à disposition un arsenal thérapeutique considérable. Nous devons toutefois apprendre à l'utiliser uniquement lorsque cela est médicalement indiqué et lorsque les bénéfices pour l'individu, mais aussi pour la collectivité, sont supérieurs aux inconvénients. Il est également urgent de cesser de sur-réglementer le système de santé, ce qui entraîne notamment une augmentation des coûts. Les dernières initiatives populaires sur la

santé reflètent une exaspération face à une situation devenue insoutenable. Voter en faveur de ces initiatives, c'est avant tout espérer un changement.

Pensez-vous que davantage de médecins devraient s'engager en politique ?

Je trouve regrettable qu'en 176 ans, seuls deux médecins aient siégé au Conseil fédéral : Adolf Deucher entre 1883 et 1912 et moi-même depuis 2017. C'est surprenant, compte tenu de l'importance de ce domaine pour la population. Les médecins sont probablement satisfait-es de leur travail, ils et elles gagnent plutôt bien leur vie et estiment que leur impact est plus direct qu'en se lançant en politique. C'est aussi une profession gratifiante. Lorsque je pratiquais la médecine, je pouvais aider immédiatement quelqu'un et obtenir sa reconnaissance en retour.

On ne vous dit pas merci en politique ?

Jamais (*rires*). Non, en vérité il n'est pas rare de recevoir des remerciements écrits par les citoyen-nes, ce qui met du baume au cœur.

BIO EXPRESS

1961

Naissance à Sessa (TI)

1987

Diplôme de médecine de l'Université de Zurich

1996

Doctorat à l'Université de Lausanne et Master en santé publique à l'Université de Genève. Responsable de la consultation VIH à l'Hôpital de Lugano.

1996-2008

Médecin cantonal (TI)

1998

Spécialiste FMH en médecine interne et en prévention et santé publique

2004-2014

Membre du Conseil communal de Collina d'Oro

2007-2017

Conseiller national PLR, membre de la Commission sécurité sociale et santé publique

2008-2012

Vice-président FMH

2012-2017

Président de CURAVIVA Suisse

2013-2017

Président de curafutura

Depuis 2017

Conseiller fédéral (DFAE)

2022

Président de la Confédération



Les patient-es bénéficiant d'une assurance privée ou semi-privée s'attendent, lors d'une hospitalisation, à des prestations supplémentaires à celles fournies dans le cadre l'assurance de base: choisir son médecin, avoir une relation privilégiée avec elle ou lui, participer à l'élaboration du plan thérapeutique et à son organisation. Un confort hôtelier supplémentaire est également sollicité. Ces coûts sont financés par les primes d'une assurance complémentaire. Environ 1 Vaudois-e sur 3 payant ses primes d'assurance choisit de bénéficier de ces prestations supplémentaires, malgré leur prix élevé.

LA LCA EN CRISE DANS LE CANTON DE VAUD

Ainsi ce ne sont pas les patient-es qui paient leur médecin, mais les assurances complémentaires sur la base de factures médicales. Le système ressemble à celui d'une assurance casco pour véhicule à moteur: le/la propriétaire du véhicule paie les primes, le garagiste répare et l'assureur paie. Dans le domaine des assurances-maladie/accident privées, les assureurs ont de plus en plus tendance à penser qu'ils peuvent, à l'instar de la casco, décider ce qui vaut la peine ou non de «réparer».

Pour compliquer la situation, en Suisse, l'assuré-e privé-e est obligatoirement aussi un-e assuré-e d'une assurance de base sociale et obligatoire (LAMal/LAA/autre). Ce système d'assurances sociales prévoit qu'une partie du remboursement soit destinée au salaire du médecin. Malheureusement cette partie n'est pas quantifiée. Il en résulte que les établissements privés ou publics, seuls à même de facturer à la charge des assurances sociales, savent qu'ils encaissent une part destinée au revenu des médecins, mais sans savoir combien! Et donc ne la reversent pas aux médecins.

VERS LA PERTE DE L'INDÉPENDANCE DES MÉDECINS ?

La FINMA, autorité de surveillance des assureurs (et non des médecins ni des établissements hospitaliers), exige avec de plus en plus de fermeté que soit clairement indiquée quelle part de revenu en provenance des assurances sociales est versée aux médecins qui sont également sommés d'indiquer à quoi correspondent les montants facturés à titre de prestation supplémentaires.

Il s'établit un ménage à trois – assureur-établissement-médecins – loin du polyamour. Les établissements hospitaliers et les assureurs sont fort bien équipés pour mener des négociations dures et les poursuivre avec constance. Ce n'est pas le cas des médecins, dépendant de structures associatives et non professionnelles, défavorisées dans les ressources qu'elles ont à disposition face aux deux autres instances. Si les médecins ne se fédèrent pas avec énergie, les deux autres membres du troupe vont s'arranger pour mettre en place une structure type DRG privé, sur laquelle les médecins n'auront aucune prise.

Ceci est particulièrement inquiétant dans le canton de Vaud qui a inscrit dans sa planification 2024 l'obligation que les médecins soient salarié-es pour accorder des mandats de prestations. Même si cette mesure absurde n'est pas entrée en force pour le moment, le risque est grand que les autorités vaudoises profitent d'une situation où les médecins ne contrôlent plus ni leur facturation ni leur revenu pour imposer le salariat que la planification prévoit déjà.

Un espoir résiderait dans la création d'un organe plus agile dédié aux négociations tarifaires des médecins tant avec les assurances qu'avec les établissements.

INTRODUCTION

DOSSIER ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES

Dr Vincent Bettschart

Ancien président du Groupement des médecins travaillant en clinique privée (GMCP)

Dr David Petermann

Président du Groupement des médecins hospitaliers (GMH)

TOUR D'HORIZON

Dr Philippe
Eggimann

Ancien président
de la SVM
Président de la SMSR

À RETENIR

La distinction entre l'assurance-maladie de base (AOS) et les assurances complémentaires (LCA) suscite des tensions, notamment depuis l'introduction des forfaits DRG en 2012, qui couvrent les soins hospitaliers de base. Il existe depuis des cas de double facturation où certaines prestations incluses dans l'AOS sont également facturées en LCA. Les autorités exigent désormais la transparence entre les deux régimes, sous peine de ne pas valider les contrats LCA proposés aux patient-es. L'Association Suisse d'Assurances (ASA) impose des directives strictes et des contrats limitant l'autonomie tarifaire des médecins. La Société Vaudoise de Médecine (SVM) milite pour un cadre de facturation conventionnel plus équitable. Celui-ci permettrait de clarifier les coûts pour les patient-es et de préserver l'indépendance des médecins afin de garantir la liberté thérapeutique.

ÉTAT DES LIEUX

En quoi consiste l'assurance complémentaire facultative qui s'ajoute à l'assurance-maladie de base obligatoire en Suisse ? Et quels sont les impacts sur la pratique des médecins depuis que la FINMA a mis la pression sur les assureurs pour que ces derniers exercent un meilleur controlling des factures pour les prestations complémentaires ?

AOS VERSUS LCA

En Suisse, l'assurance-maladie est obligatoire (AOS) et à la charge de l'assuré-e dans le cadre de la LAMal (loi fédérale sur l'assurance-maladie), tout comme l'assurance-accident prise en charge la plupart du temps par l'employeur dans le cadre de la LAA (loi fédérale sur l'assurance-accidents). Les assurances complémentaires sont facultatives et régies par la LCA (Loi sur le contrat d'assurance).

L'assurance complémentaire peut couvrir différents types de prestations comme les soins alternatifs et médecines douces, les soins dentaires, lunettes et lentilles de contact, les cures et réhabilitations. Concernant les soins stationnaires, les couvertures hospitalières d'assurance privée ou semi-privée garantissent à l'assuré-e un confort supplémentaire lors d'une hospitalisation, mais surtout des prestations médicales supplémentaires qui sont définies sous trois aspects principaux :

- Le libre choix du médecin ainsi que de l'hôpital ou de la clinique ;
- La coordination par le médecin référent, impliquant que le médecin choisi se voit confier la responsabilité de sélectionner les intervenant-es lors d'un traitement stationnaire à l'hôpital ;
- La disponibilité accrue du médecin choisi et son implication personnelle dans la prise en charge et le traitement ou l'intervention du/de la patient-e.

L'acte médical ou chirurgical est couvert par l'assurance de base (LAMal ou LAA). Les prestations additionnelles sont quant à elles couvertes par l'assurance complémentaire, comme cela est prévu par la LCA.

HISTORIQUE DE LA DOUBLE FACTURATION

La problématique de la double facturation des honoraires médicaux dans le domaine stationnaire est apparue en 2012 avec l'introduction des forfaits DRG (ou forfaits par cas) dans l'assurance de base (AOS). Incriminant la facturation de prestations incluses dans les DRG, également facturées à charge des assurances médicales complémentaires (LCA) au titre de prestations médicales supplémentaires qui seules peuvent l'être, l'OFSP a demandé aux cantons, en 2017, d'intervenir pour rectifier cette situation.

Les cantons n'ont pas de compétence dans le domaine LCA. C'est à la FINMA qu'incombe la surveillance et le respect des règles de transparence. Au terme de plusieurs réunions à l'initiative de l'OFSP, il avait été acté, en 2019, que les partenaires présenteraient à la FINMA et à la COMCO une « solution de branche ». Soit des règles de facturation des suppléments d'hospitalisation et d'honoraires médicaux à charge de la LCA distincts des prestations financées par l'AOS.

En 2020, après s'être retirés des groupes de travail, les assureurs ont dénoncé leurs contrats LCA avec les hôpitaux et cliniques pour instaurer une facturation unique, sous forme de contrats combinant les prestations AOS et LCA. La FINMA a alors modifié les conditions d'approbation des contrats proposés aux assuré-es en imposant une transparence accrue avec une séparation stricte des prestations AOS et LCA. Elle a fixé une échéance au 01.01.2025 et précisé que les assuré-es restaient couvert-es même en cas de vide contractuel ou conventionnel.

DEUX CONCEPTIONS DE
FACTURATION OPPOSÉESLes
modèles
des
assureurs

L'Association Suisse d'Assurances (ASA) impose des lignes sectorielles qui vont au-delà des exigences de la FINMA et que de nombreux assureurs semblent s'engager à respecter. Ces lignes sectorielles sont imposées via des contrats avec les médecins, intégrés aux accords d'hospitalisation pour les tarifs des prestations supplémentaires.

Le
modèle de
la SVM

Face à cette situation, la Société Vaudoise de Médecine (SVM) propose aux assureurs, depuis 2021, le conventionnement de la facturation des honoraires médicaux supplémentaires à charge de la LCA. Ce conventionnement définit pour celles et ceux qui y adhèrent des modalités contraignantes de facturation pour le médecin et de remboursement des patient-es par l'assureur. Il décrit de manière explicite ce qui est entendu par prestation médicale supplémentaire et comment les documenter au moyen d'un agrégateur (GREG, voir aussi p. 16). Un système de points valorise les prestations supplémentaires concernant les actes et gestes médicaux pris en charge dans les forfaits DRG. La répartition par GREG permet à l'assureur et au/à la patient-e de vérifier que ces prestations supplémentaires ont bien été effectuées par les médecins librement choisis (voir le tableau de répartition, accessible via le code QR ci-contre et sur la version en ligne du magazine). Les conventions sont complétées par une annexe tarifaire dans laquelle la valeur de point est négociée en tenant compte de la part médicale des forfaits DRG que les établissements s'engagent à verser aux médecins dans le cadre d'accords séparés, indépendamment des contrats d'hospitalisation entre ces établissements et les assureurs.

UNE SITUATION
CONFLICTUELLE

Après avoir tergiversé pendant plus de 18 mois, considérant que les fondements même du principe de conventionnement proposé par la SVM ne sont pas conformes à sa ligne sectorielle, usant de sa position dominante et n'hésitant pas à prendre les institutions et les patient-es en otage en les menaçant de ne plus payer les factures, ni de rembourser les patient-es, l'ASA a récemment mis en demeure les partenaires à choisir parmi cinq contrats de facturation LCA.

Outre qu'ils ne remplissent pas les exigences de transparence en ce qui concerne la part médicale des forfaits DRG, ces contrats ne permettent pas au/à la patient-e de faire le lien entre les prestations médicales supplémentaire et celles couvertes par l'assurance de base. En rompant le lien entre le médecin et son/sa patient-e, ils impliquent à terme de renoncer à l'indépendance thérapeutique et tarifaire indispensables pour que les responsabilités éthiques, civiles et pénales puissent entièrement être garanties en ce qui concerne les prestations supplémentaires, alors que seule leur responsabilité pénale peut être engagée pour les prestations incluses dans les forfaits DRG, le cas échéant.

C'est pour ces raisons que la SVM et ses groupements refusent le diktat de l'ASA et continuent de négocier le conventionnement avec les assureurs qui en ont accepté le principe. Seul celui-ci permettra de garantir, dans un cadre conciliant, l'ensemble des obligations et responsabilités de chaque partenaire dans le respect des patient-es et des demandes de la FINMA. Tout en préservant l'autonomie des médecins vaudois et en assurant la neutralité des coûts, le conventionnement proposé par la SVM garantit la transparence nécessaire à un système de facturation géré en commun par les médecins et les assureurs.

« Les cantons n'ont pas de compétence dans le domaine LCA. C'est à la FINMA qu'incombent la surveillance et le respect des règles de transparence. »



Consultez en ligne le
tableau de répartition
entre prestations
AOS et LCA

FINANCEMENT
DES PRESTATIONS
SUPPLÉMENTAIRES

Mauro Poggia
Avocat
Conseiller aux États
(Genève)

LE JEU DANGEREUX DE LA FINMA

Notre système de santé est de qualité, mais son financement est complexe et les stratégies peuvent profiter de la méconnaissance ambiante.

Jusqu'à 2012, le financement des coûts du stationnaire était basé sur l'établissement (hôpital ou clinique) plutôt que sur les prestations. La contribution des cantons variait ainsi selon les régions et les types d'établissement.

La réforme du financement hospitalier de 2012 est venue brouiller les cartes en introduisant un financement axé sur les prestations et en obligeant les cantons à participer aussi aux coûts du stationnaire pour les patient-es privé-es dans les hôpitaux listés. Les progrès techniques ont, quant à eux, permis davantage d'opérations en ambulatoire, réduisant également la facture pour les assureurs complémentaires. Pour autant, les assuré-es complémentaires n'ont pas vu leurs primes diminuer de manière reconnaissable.

UNE IMPULSION ATTENDUE PAR LES ASSUREURS

L'Autorité de surveillance des assureurs privés, jusque-là peu active, s'est exprimée sur le sujet le 17 décembre 2020. Constatant que les factures (des cliniques et des médecins) sont souvent opaques, la FINMA attendait un controlling plus efficace des contrats avec les fournisseurs.

Constatant des variations d'un hôpital à l'autre (sic), la FINMA relève des « indices laissant penser que dans certains cas, les coûts d'hôtellerie facturés dans les hôpitaux dépassent systématiquement les coûts réels ». Faudrait-il facturer au prix coûtant ?

Effet immédiat : dès 2021, l'Association Suisse d'Assurances (ASA) édicte onze principes destinés à garantir « une transparence et une lisibilité accrues », afin qu'au plus tard en décembre 2024, toutes les conventions soient dénon-

cées ou remplacées. Sous menace de la FINMA de ne pas approuver les nouveaux produits d'assurance complémentaire d'hospitalisation.

QUE VEULENT LES ASSUREURS PRIVÉS ?

Pour éviter la double facturation avec l'AOS, les assureurs exigent une justification des marges bénéficiaires des hôpitaux privés et bientôt des médecins. Bien que le marché de la santé du secteur privé, contrairement à l'assurance sociale, réponde largement aux règles du marché, et donc de la concurrence. Cette pression aura un impact sur l'offre et sur la qualité, certaines prestations ne pouvant pas être maintenues aux tarifs imposés par certains assureurs.

Comment estimer la valeur du libre choix du/de la patient-e ? La valeur de la confiance en un médecin, en un établissement où les visites des proches se dérouleront aisément ?

Choisir par qui et où se faire opérer est central dans l'assurance complémentaire. Or, sans information proactive à leurs assuré-es, les assureurs modifient des « listes négatives », excluant des établissements – et sans doute bientôt des médecins – exerçant ainsi une sélection opaque entre fournisseurs, et privant les médecins de leur lieu d'opération de choix.

ET LES ASSURÉ-ES DANS TOUT CELA ?

La FINMA voulait rassurer le 17 décembre 2020 : « Il est important pour les assurés de savoir que leur couverture est maintenue, indépendamment du fait qu'il y ait un contrat entre l'assurance-maladie complémentaire et les fournisseurs de prestations. »

La réalité est autre. Si une personne assurée est opérée dans un hôpital non admis, tout est à sa charge selon les CGA, l'assureur ne versant même pas ce qu'il accorderait dans l'établissement agréé le plus proche. C'est un droit de vie et de mort économique d'un hôpital ou d'un médecin.

Le Tribunal fédéral, dans un récent arrêt du 15 août 2023 (4A_142/2023), n'a pas considéré que la possibilité pour un assureur d'établir une liste négative des établissements assurés, et de la changer en cours de contrat, pouvait être une clause insolite susceptible d'être écartée, tous les assureurs y ayant recours (voir aussi article p.17). L'inadmissible, lorsqu'il est répandu, devient ainsi un critère de normalité... Par ailleurs, cette clause étant claire et non équivoque, l'assureur pouvait refuser totalement ses prestations, y com-

pris pour les médecins ayant opéré dans un tel établissement. À quoi ont donc servi les primes versées?

QUE FAIRE ?

Seule la force respective des parties en présence semble être à même d'équilibrer les négociations. La FINMA, à qui il incomberait de rappeler le rôle complémentaire de la médecine privée dans notre système de santé, n'ayant pas (encore) saisi la distorsion que ses incitations ont engendré, il appartient aux faïtières des hôpitaux privés, des associations médicales et des associations d'assurés et de consommateurs/trices d'imposer les principes de la bonne foi sans lesquels il n'y aura plus d'intérêt à souscrire de telles assurances. À défaut, le législateur fédéral devra se saisir de cette question.

« L'inadmissible, lorsqu'il est répandu, devient ainsi un critère de normalité. »

PUBLICITÉ

Confort-lit
DEPUIS 1989

35
ans

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



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

www.confort-lit.ch

AGRÉGATEUR
GREG

Pascal Fernandez
Co-secrétaire
général a.i.

UNE SOLUTION SIMPLE POUR UN SUJET COMPLEXE

Dans le cadre de l'élaboration de son concept de tarification LCA, la SVM a rapidement réalisé que la solution passerait par la création d'un outil informatique.

Deux possibilités étaient offertes : demander à tous les éditeurs de logiciels de facturation médicale de modifier leur logiciel pour intégrer le système SVM ou développer un outil complémentaire. La première option, bien que mieux intégrée, représentait un défi incompatible avec les délais imposés et mettait les médecins facturant des prestations supplémentaires en situation de dépendance vis-à-vis des éditeurs de logiciels.

La SVM a donc opté pour la seconde option, en développant GREG, un agrégateur simple et pratique.

Pour rappel, l'objectif de GREG est de valoriser les prestations supplémentaires fournies au/à la patient-e, en lien avec les gestes et actes médicaux qui les ont engendrés. En termes plus concrets, il s'agit de marier le concept de prestations supplémentaires avec le catalogue d'actes médicaux, puis d'agréger tout ceci dans un document récapitulatif simple, clair et transparent.

COMPLÉMENT À LA FACTURATION

GREG n'est pas un outil de facturation, il ne crée pas de facture, ne gère pas les encaissements, les rappels, la comptabilité, etc. Toutes ces fonctions restent dévolues au logiciel de facturation du/de la médecin qui ne change ainsi pas ses habitudes.

Avec GREG, chaque médecin facturant en LCA peut saisir simplement des cas, en indiquant pour l'essentiel :

- son rôle ;
- le numéro de séjour, tel que fourni par l'établissement ;
- la liste des actes médicaux fournis.

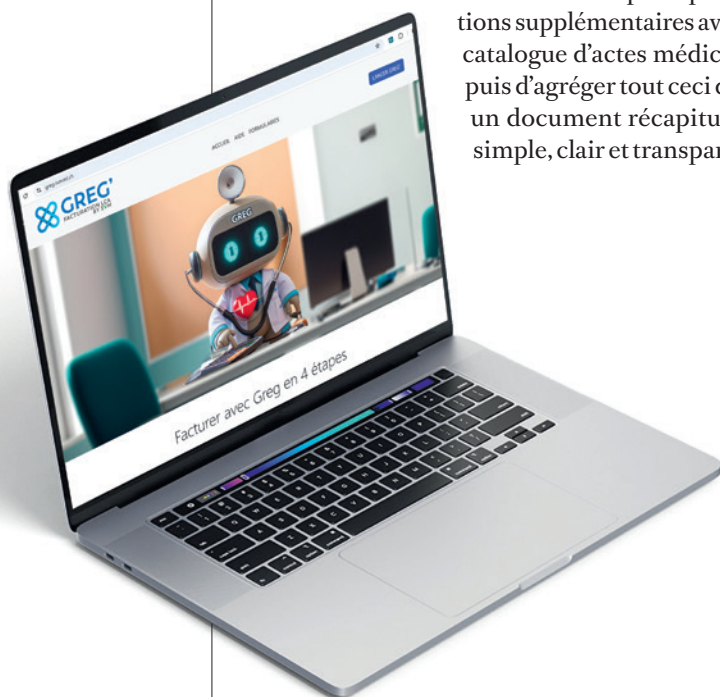
À partir de ces données, GREG est en mesure de générer simplement une annexe à la facture qui récapitule tous les éléments utiles et valorise chaque prestation supplémentaire. Les trois montants calculés (libre choix du médecin, disponibilité accrue, coordination du cas) peuvent ensuite être facilement facturés via le processus habituel.

L'annexe doit être transmise, avec la facture, à l'assureur qui pourra réconcilier toutes les factures d'un même cas grâce au numéro de séjour.

UTILE POUR LES NÉGOCIATIONS

L'utilité de GREG est double : il aide ses utilisateurs/trices à valoriser leurs prestations supplémentaires ; ce faisant, il alimente la base de données de cas de la SVM, offrant ainsi un outil de négociation précieux aux médecins.

Durant la phase actuelle de négociation des conventions, GREG permet de modifier les montants proposés pour chaque acte médical de son catalogue. Chaque médecin peut donc facturer ses prestations comme il en a l'habitude. À terme, les conventions devraient fixer ces tarifs qui ne seront plus simplement suggérés.



LES CONSÉQUENCES D'UN VIDE CONVENTIONNEL

Et si, le 1^{er} janvier 2025, il n'y avait plus aucune convention tarifaire entre fournisseurs de soins et assurances, que se passerait-il ?

La plupart des conditions générales relatives aux contrats d'assurance complémentaire (voire toutes ?) conditionnent la prestation d'assurance à l'existence d'une convention tarifaire avec les hôpitaux et/ou médecins concernés.

Actuellement, il existe une grande incertitude quant au succès des négociations en cours entre les assurances et les prestataires de soins en matière de conventions tarifaires. La question se pose de savoir ce qu'il adviendra, dès le 1^{er} janvier 2025, des factures médicales si une clinique ou un médecin n'a pas de convention tarifaire en vigueur avec une, plusieurs, voire toutes les assurances complémentaires.

QUE DIT LA LOI ?

L'article 35 de la loi sur le contrat d'assurance (LCA) stipule que les conditions générales d'assurance ne peuvent être modifiées en cours de contrat au détriment du preneur ou de la preneuse d'assurance, sans le consentement de ce dernier ou cette dernière. À notre sens, la modification des listes d'établissements/médecins pris en charge par l'assurance constitue une modification des conditions générales d'assurance. Cet avis n'est toutefois pas partagé par les tribunaux suisses qui ont (étonnamment) déclaré que ces modifications ne constituent pas une modification des conditions générales d'assurance, à tout le moins lorsque ces dernières prévoient le droit pour l'assurance de modifier en tout temps ses listes (TF 4A_142/2023) – ce qui sera certainement presque toujours le cas.

Ces clauses des conditions générales permettant d'exclure certains prestataires en tout temps seraient-elles insolites ? En substance est insolite une clause de conditions générales qui est inhabituelle dans la branche et qui ne pouvait être attendue de la part du/de la co-contractant-e. En l'espèce, les tribunaux ont déjà eu l'occasion de trancher qu'il est tout à fait admissible pour les assurances de prévoir de telles clauses dans leurs conditions générales, à tout le moins

lorsque l'attention du preneur ou de la preneuse d'assurance a été expressément attirée sur ce point, par exemple au moyen d'un tableau explicatif (cf. ATF 133 III 607 ou, plus récemment, TF 4A_142/2023).

ET LA CONCURRENCE DÉLOYALE ?

L'article 8 de la loi contre la concurrence déloyale qualifie de déloyales les dispositions de conditions générales prévoyant, au détriment du consommateur ou de la consommatrice, une disproportion notable entre les droits et obligations résultant du contrat. Dans sa récente décision précitée, notre Haute Cour n'a pas fait application de cette disposition, expliquant que « compte tenu du nombre restreint de prestataires ne figurant pas sur la liste des hôpitaux inclus dans l'assurance (12 cliniques sur un total d'environ 310 dans toute la Suisse), on ne saurait parler d'une disproportion importante et injustifiée entre les droits et obligations au détriment du preneur ou de la preneuse d'assurance » (TF 4A_142/2023, c. 5.5.2). On en déduit que si l'assurance avait soudainement une proportion notable de prestataires non pris en charge par rapport aux prestataires pris en charge, et seulement dans ce cas, il pourrait être question de concurrence déloyale au détriment des consommateurs/trices. Dans un tel contexte, la clause deviendrait probablement insolite également. Elle ne serait en définitive plus opposable aux patient-es.

Cela signifie que les tribunaux n'interviendront vraisemblablement en faveur d'une couverture des coûts de la médecine privée ou semi-privée que si les patient-es n'ont plus suffisamment de prestataires vers lesquels se tourner en vertu de leur couverture d'assurance.

En cas de refus valable de couverture par l'assurance (ou de couverture partielle seulement), fondé sur les conditions générales applicables, les médecins devront adresser leur facture complémentaire à leurs patientes et patients qui auront à déboursier de leur poche pour les soins médicaux reçus.

LCA ET HONORAIRES
HOSPITALIERS

Dr Alec Cikes
Président du
Groupement des
Orthopédistes Vaudois
de la SVM

LE POINT DE VUE D'UN CHIRURGIEN ORTHOPÉDISTE

Dans le cadre de soins stationnaires, les honoraires liés aux prestations supplémentaires sont facturés séparément des prestations de la clinique ou de l'hôpital (division privée), ce qui permet de bien les différencier des prestations de confort pour l'assuré·e. Pour certains spécialistes pratiquant une médecine hospitalière, comme les chirurgien·nes ou les anesthésistes par exemple, cette part d'honoraires en LCA peut constituer l'essentiel du revenu du médecin.

La population a parfois peu conscience de ces prestations supplémentaires. Celles-ci sont toutefois très prisées par nombre d'assuré·es qui tiennent avant tout à conserver le libre choix du médecin, et contractent de ce fait ce genre de couverture d'assurance.

DES PRESTATIONS PRISEES PAR LA POPULATION

L'assuré·e avec une couverture d'assurance complémentaire en LCA va bénéficier d'une prise en charge privilégiée par le médecin de son choix. Si une intervention chirurgicale est nécessaire, le/la spécialiste choisi·e sera responsable de toute la prise en charge du/de la patient·e. Il ou elle sera également garant·e et responsable du traitement chirurgical, ainsi que du suivi du/de la patient·e durant son séjour hospitalier.

Il est vrai que certaines assurances complémentaires, notamment les assurances-maladie complémentaires, sont parfois onéreuses en fonction du profil de l'assuré·e, de son âge et de ses facteurs de risque. Il n'en est pas forcément de même pour les couvertures en assurances-accidents (LAA), ces dernières restant relativement abordables et payées la plupart du temps par l'employeur ou l'employeuse. Chaque assuré·e peut également contracter une assurance complémentaire en plus de sa couverture de base en accident LAA.

Il existe des variations de primes et différents produits d'assurance disponibles sur le marché. C'est en principe à l'assuré·e de faire son choix dans ce domaine, en fonction de ses attentes (libre choix du médecin, confort hospitalier, etc.) et bien entendu du budget de chacun·e.

Dans ma spécialité qu'est la chirurgie orthopédique et la traumatologie, plus de la moitié des traitements est entreprise dans le secteur privé, que ce soit en ambulatoire ou en hospitalier stationnaire. L'accès au secteur privé est en principe garanti par une couverture complémentaire

PUBLICITÉ



LA DOCTEURE SOPHIE VORUZ

Spécialiste en hématologie et médecine interne, membre FMH

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

Adresse du cabinet :

Avenue du Servan 4-6, CH-1006 Lausanne
T +41 21 619 69 26
secretariat.voruz@hirslanden.ch
www.hirslanden.ch

en LCA. Les cliniques privées bénéficient d'une structure et d'une organisation adaptées à ce secteur d'activité.

Depuis que la FINMA a interpellé les assureurs en 2020 en vue d'améliorer la transparence de la facturation LCA (voir aussi p. 12), la SVM négocie avec eux pour trouver une solution qui satisfasse aux exigences de la FINMA mais aussi de la COMCO. Cette dernière étant vigilante sur une éventuelle entente cartellaire, la marge de manœuvre se révèle très étroite. La SVM a proposé une solution de facturation sous forme d'un logiciel (GREG) qui aide les médecins à établir leur note d'honoraires en LCA simplement et en toute transparence (voir aussi p. 16). Cependant, les assurances tentent d'imposer d'autres modalités de facturation, dont le fonctionnement serait confié aux institutions dans un modèle « single invoice ». Le médecin n'aurait dès lors plus la maîtrise de ses honoraires et perdrait ainsi en autonomie et en indépendance.

Dans ma pratique, et depuis mon installation en 2013, mes honoraires n'ont pas augmenté pour les prestations hospitalières en LCA. Malgré tout, depuis environ deux ans, certaines de mes factures sont parfois contestées par les assurances, comme pour une majorité de mes collègues chirurgien·nes. Le remaniement du système actuel semble représenter une aubaine pour certaines assurances, qui y voient une opportunité de revoir les honoraires des médecins à la baisse et de maximiser leurs profits.

À mes yeux, une convention tarifaire entre médecins et assurances est une évolution positive, dans la mesure où cela permettrait de cadrer et surtout de clarifier l'activité dans le secteur des prestations en LCA, tout en remplissant les exigences que la FINMA a imposé au secteur assécurologique dans le canton de Vaud.

« Les assurances tentent d'imposer d'autres modalités de facturation, dont le fonctionnement serait confié aux institutions dans un modèle *single invoice*. »

PUBLICITÉ

ASSYMB
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

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

La Clinique de La Source
Propriété d'une fondation à but non lucratif

La Clinique de La Source, le Docteur **Christian Gygi** et le Docteur **Christian Jayet**, Spécialistes en urologie et urologie opératoire ont le plaisir d'annoncer l'arrivée du

- Dr Nuno GRILO
Spécialiste en urologie, urologie opératoire et neuro-urologie

Avenue Jomini 8
1^{er} étage
1004 Lausanne - Suisse
Tél. : +41 21 646 14 17
uroclinique@svmed-hin.ch

Depuis le 2 septembre 2024

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

Carole Dubois
Présidente de la FHV

Patricia Albisetti
Secrétaire générale
de la FHV

ÉVITER LE VIDE CONVENTIONNEL, POUR LES MÉDECINS ET LES PATIENT·ES

Les hôpitaux de la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV) traitent en leur sein des patient·es au bénéfice d'une assurance privée (LCA), complémentaire à l'assurance de base (LAMal). Il est important pour les personnes au bénéfice d'une assurance de ce type de disposer d'une offre la plus large possible dans le canton, en plus de l'offre proposée par les cliniques privées vaudoises.

L'année 2004 a marqué un tournant important dans le domaine de l'assurance-maladie privée en Suisse. Cette année-là, le Tribunal fédéral (TF) a rendu une décision cruciale concernant les prestations offertes à un patient bénéficiant d'une assurance-maladie privée. Le cas examiné portait sur une question fondamentale : un patient disposant d'une assurance privée et se faisant soigner dans un établissement hospitalier peut-il recevoir des prestations supplémentaires à celles couvertes par l'assurance obligatoire des soins (AOS) ? Le TF a répondu par l'affirmative, tout en posant des conditions importantes qui sont encore en vigueur à ce jour. La décision stipule que de véritables prestations supplémentaires peuvent être facturées en sus de ce que paie l'AOS, pour autant qu'elles soient dûment prodiguées et documentées.

Un exemple concret de ces prestations supplémentaires est l'hôtellerie. Pour être facturée en sus, celle-ci doit être d'une qualité supérieure à ce qui est proposé dans les divisions générales des établissements hospitaliers. Cela peut inclure des chambres individuelles plus spacieuses, un choix de repas élargi ou encore des services additionnels comme un service de blanchisserie ou une tablette en prêt.

PRESTATIONS SUPPLÉMENTAIRES FACTURÉES PAR LES MÉDECINS

S'agissant des prestations supplémentaires médicales, cela signifie que les médecins sont rémunérés pour les actes médicaux par l'AOS, mais que d'autres prestations, par exemple la possibilité pour le ou la patient·e de choisir son médecin (libre choix), peuvent être facturées en sus aux assurances complémentaires LCA.

Dans le canton de Vaud, les médecins qui interviennent dans les hôpitaux et cliniques facturent ces prestations supplémentaires sur la base de recommandations tarifaires édictées au début des années 2000 par la SVM. C'est en 2019 que la FIMNA, organe de surveillance des assureurs privés, est intervenue auprès des partenaires tarifaires en publiant des exigences contraignantes. Puis, c'est l'Association suisse des assureurs (ASA), regroupant les assureurs privés, qui a publié des lignes sectorielles en 2021. Ces lignes exigent que les fournisseurs de prestations (hôpitaux, cliniques et médecins) fassent preuve d'une totale transparence dans leur facturation et identifient clairement les prestations supplémentaires fournies et leur prix. Faisant suite aux interventions de la FINMA et de l'ASA, les assureurs complémentaires ont résilié toutes les conventions en vigueur. Les partenaires tarifaires ont dès lors débuté des négociations dans l'objectif de se conformer au nouveau cadre réglementaire.

COLLABORATION ENTRE LA SVM ET LA FHV

S'agissant des prestations hospitalières et hôtelières, la FHV a pu conclure des accords répondant aux exigences. Afin de répondre aux injonctions de la FINMA et de l'ASA en ce qui concerne les prestations médicales, la SVM – qui est en charge du dossier dans le canton de Vaud – s'est mise à la tâche en élaborant une nouvelle structure tarifaire LCA pour les médecins vaudois-es.

Construire une nouvelle structure tarifaire pour les prestations médicales supplémentaires est un travail long et fastidieux. La FHV est en soutien constant de la SVM pour atteindre cet objectif. Il est en effet primordial que les médecins travaillant au sein des hôpitaux de la FHV puissent exercer leur art dans les meilleures conditions possibles.

À cette fin, la FHV s'est mise à la disposition de la SVM pour lui fournir toutes les données nécessaires à l'élaboration d'une nouvelle structure tarifaire. Ce long processus a permis d'aboutir à un agrégateur (GREG, voir page 16) permettant, d'une part, de documenter les prestations médicales supplémentaires et, d'autre part, de mener les négociations tarifaires.

LES ASSUREURS FONT PRESSION

Mais les assureurs LCA ont des exigences additionnelles : non seulement la structure tarifaire doit répondre à leurs critères, pour la transparence par exemple, mais elle doit également permettre la négociation des prix relatifs aux prestations fournies par les médecins. Ce dernier point est fondamental pour les médecins et la FHV : les prestations fournies par nos médecins sont de qualité et doivent être rémunérées comme telles.

Le temps est désormais compté. Les assureurs, confortés par l'exigence de la FINMA, affirment que le délai pour mettre en œuvre une nouvelle structure tarifaire est fixé au 31 décembre 2024. Passé cette date et sans solution validée et acceptée par les différentes parties (assureurs, médecins et hôpitaux), il ne

« Pour les patient-es vaudois-es, les médecins et les hôpitaux de la FHV, il est inenvisageable de se retrouver dans un vide conventionnel. »

sera pas possible de contractualiser en 2025. Pour les patient-es vaudois-es, les médecins et les hôpitaux de la FHV, il est inenvisageable de se retrouver dans un vide conventionnel. La FHV reste pleinement investie aux côtés de la SVM afin de pouvoir respecter cette échéance.

PUBLICITÉ



CHAILLY
CENTRE
MIGROS

Quartier de Chailly à Lausanne
Emplacement de premier ordre dans un immeuble rénové

- Deux surfaces disponibles, de 87 m² et de 103 m²
- Idéal pour bureaux, cabinets, agences, études, etc.
- Aménageable au gré du preneur, aux frais du propriétaire
- Transports publics et parking souterrain à disposition

CPM
CAISSE DE PENSIONS MIGROS
IMMOBILIER

T : +41 21 652 92 22

Illustration:
Caro



VERS UN BLACK-OUT AU 1^{er} JANVIER 2025 ?

C'est la question brûlante du moment (en Suisse romande du moins) pour qui s'intéresse à la facturation des honoraires stationnaires privés.

MAIS COMMENT EN EST-ON ARRIVÉ LÀ ?

En décembre 2020 déjà, la FINMA annonçait dans un communiqué de presse que les décomptes de prestations devaient être profondément remaniés. Cette injonction sanctionnait plusieurs années d'audits au cours desquels l'autorité de surveillance a acquis la conviction, pour la faire courte, que les assureurs-maladie réglaient les notes d'honoraires comme elles leur parvenaient, sans grande influence sur leur montant ni compréhension quant à leur contenu.

La menace était suffisamment sérieuse pour affoler l'Association Suisse d'Assurances (ASA) qui, une année plus tard, négociait une période transitoire de « mise en conformité » qui s'étendrait jusqu'à la fin 2024. Cette période devait ménager aux partenaires tarifaires un délai raisonnable pour contracter, et donner ainsi une assise réglementaire au remboursement des honoraires.

Or nous y voilà justement, à quelques semaines du délai fatidique. Et force est de constater que les progrès attendus ne sont pas au rendez-vous.

Les sociétés médicales romandes ont tardé à prendre la mesure de l'enjeu, et n'ont pas su proposer une structure tarifaire susceptible de faire l'objet d'un consensus de branche. Elles en avaient pourtant l'opportunité. Elles étaient légitimes pour la faire. Il eût fallu pour cela s'intéresser plus sérieusement aux tendances du marché et aux exigences des autorités.

ET OÙ VA-T-ON ?

Au lieu de cela, elles se sont engagées désunies dans des travaux tardifs, en sous-estimant la tâche démiurgique que représente la refonte complète d'une structure tarifaire.

La fenêtre de temps semble aujourd'hui trop étroite pour qu'un nouveau tarif romand n'émerge et ne serve de base aux négociations de fin d'année.

Vers quoi se dirige-t-on donc ? Vers un bras de fer entre assureurs, médecins et hôpitaux ? Vers un gel des admissions ? Vers une guerre médiatique ? Ou peut-être simplement vers un plafonnement arbitraire des remboursements par le biais de modifications des conditions des produits d'assurance ? Tous les scénarii sont aujourd'hui possibles, et ne s'excluent pas mutuellement.

Une seule chose est certaine : l'incapacité de la branche à dialoguer nuit gravement au marché que nous avons tous en commun, celui des produits complémentaires.

L'abcès devra être crevé, mais je prends le pari qu'il nous laissera à toutes et tous un extraordinaire sentiment de gâchis. Et la désagréable impression que la culture du dialogue et du compromis qui a longtemps fait le succès du modèle suisse ne parvient plus à convaincre dans un domaine de la santé en crise.



Nuno Azeiteiro

CE QU'EN PENSE

Vincent Michellod
Chef de région Genève,
Swiss Medical Network



Quelles lectures que celles des articles de nos collègues engagées et engagés en politique! Volonté de défendre les patient-es et le corps médical, désirs d'équité et d'équilibre, reconnaissance de l'importance de la prise en compte des facteurs environnementaux dans l'appréciation globale du système de santé: voilà autant de motivations qui les ont poussé-es à endosser la double casquette de médecin et de politicienne ou politicien.

SOIGNER LES PATIENT-ES ET LA SOCIÉTÉ

Citons quelques chiffres: il y a quatorze médecins dans les conseils communaux et municipalités des communes de plus de quinze mille habitants du canton de Vaud (sans compter celles et ceux engagé-es dans les communes plus petites), et trois médecins au Grand Conseil vaudois. À l'échelon fédéral, il y a en a trois au Conseil national et un au Conseil fédéral, dont vous pouvez lire l'interview dans notre rubrique « Entretien ».

ELLES ET ILS NE SONT PAS NOMBREUX-ES. POURQUOI?

Parmi les obstacles cités, présent également dans l'imaginaire collectif: le temps! Où en trouver? Que sacrifier dans son emploi du temps? L'engagement en politique doit-il être un sacerdoce? Le sentiment du devoir accompli doit-il être la seule récompense pour celles et ceux qui font des compromis dans leur vie personnelle et, dilemme entre les dilemmes, dans le temps consacré aux patient-es?

Mais si le temps n'est pas extensible, le ressenti est bien différent selon la qualité de l'action effectuée: l'investissement en politique ne permet-il pas des rencontres incroyables, le développement de compétences, la découverte de ressources dont nous n'avions pas conscience?

Et d'ailleurs, ne pourrions-nous pas commencer par nous engager autrement, par exemple en politique professionnelle ou dans des comités d'associations, par développer la visibilité des médecins et des soignant-es dans les médias et sur les réseaux sociaux, par nous engager dans notre commune ou notre quartier? Tant de possibilités s'offrent à nous pour « soigner », non plus directement nos patient-es, mais également notre société dans son ensemble.

Dans un système de soins dont le financement devient très complexe, exercer la médecine n'est plus aussi simple et gratifiant. Engageons-nous toutes et tous à notre manière pour éviter l'évolution du système vers une machine à broyer les prestataires, patient-es et citoyen-nés. Et œuvrons ensemble pour que notre système de soins reste ce qu'il doit être: un moyen d'assurer le bien-être de la communauté.

INTRODUCTION

DOSSIER MÉDECINS ET POLITIQUE



Dre Sabine Delachaux-Mormile
Ophtalmologue
Membre du Comité de rédaction

Demande d'ordonnance sans délai d'attente sur le site du cabinet médical

Le traitement des demandes d'ordonnance est une tâche fastidieuse qui entrave les activités courantes du cabinet. L'outil de demande d'ordonnance de Zur Rose destiné à chaque site web de cabinet médical réduit le nombre d'appels concernant les demandes d'ordonnance, rend les demandes d'ordonnance plus claires et permet de gagner beaucoup de temps.

Avec la nouvelle demande d'ordonnance gratuite de Zur Rose, les patientes et les patients saisissent leurs demandes d'ordonnance directement sur le site web de leur cabinet médical. Il suffit pour cela d'ajouter un bouton «Demande d'ordonnance» sur le site du cabinet médical.

L'intégration de cette fonction sur le site du cabinet médical simplifie considérablement le processus de gestion des ordonnances pour le cabinet. En outre, les patientes et les patients ont désormais la possibilité de faire leurs demandes d'ordonnance 24 heures sur 24, indépendamment des heures d'ouverture du cabinet. Cela signifie moins d'interruptions pendant les heures de consultation, une gestion efficace des demandes d'ordonnance et une satisfaction accrue de la patientèle. Les avantages de l'outil de demande d'ordonnance pour le cabinet sont les suivants:

- ✓ **Moins d'appels téléphoniques:** les appels pour les demandes d'ordonnance sont redirigés vers le site web du cabinet.
- ✓ **Plus grande flexibilité dans la répartition du personnel:** le traitement des demandes d'ordonnance peut être effectué de manière groupée pendant les heures creuses. Le personnel du cabinet est ainsi disponible pour d'autres tâches pendant les heures d'ouverture.
- ✓ **Demandes claires:** les médicaments peuvent être saisis dans l'outil par code-barres ou sélectionnés dans une liste. Les demandes sont ainsi plus claires que si elles étaient faites par téléphone.



Site web d'un cabinet modèle avec bouton intégré pour la demande d'ordonnance.

Simplicité de mise en œuvre et d'utilisation

L'implémentation de la bannière sur le site web du cabinet est très simple. Après avoir commandé le service gratuit, le cabinet reçoit un lien qu'il suffit d'insérer sur le site web du cabinet. L'interface utilisateur de l'outil est intuitive et facile à utiliser, tant pour les patientes et les patients que pour l'équipe du cabinet.

En saisissant clairement les médicaments souhaités, soit par code-barres, soit en les sélectionnant dans une liste prédéfinie, le risque de malentendus ou d'erreurs lors de l'établissement de l'ordonnance est minimisé. Il en résulte une plus grande satisfaction des patientes et des patients et une réduction considérable de la charge administrative dans le cabinet.

Conseil: message directement sur le répondeur

Une bonne façon d'encourager l'utilisation de ce service est de personnaliser votre répondeur téléphonique en in-

diquant par exemple: «Si vous avez besoin d'une ordonnance, veuillez en faire la demande directement sur le site web de notre cabinet.»

Testez-le

Nous vous invitons à tester la fonctionnalité et l'utilité de cet outil sur le site web du cabinet modèle «Familydoc»:
zurrose.ch/webwidget



Pour plus d'infos et commande:

sebastien.glauser@zurrose.ch,
+41 79 578 07 89

zur Rose

POURQUOI ET
COMMENT
S'IMPLIQUER ?

Dre Brigitte Crottaz
Diabétologue-
endocrinologue,
Conseillère nationale

ENGAGÉE POUR LA SANTÉ

Mon engagement en tant que médecin pour aider les gens à affronter et gérer leurs maladies est le même que celui qui m'a, plus tard, conduite à m'engager en politique au sein du parti socialiste. Ma motivation était de défendre les personnes les moins favorisées de notre société, des personnes côtoyées quotidiennement dans mon cabinet de diabétologue-endocrinologue.

Au cours des années, j'ai constaté avec inquiétude les augmentations des primes d'assurance-maladie, conduisant à une médecine à deux vitesses. Les soins devenant inaccessibles à une partie de la société, celle-ci est alors contrainte de choisir la franchise maximale et de retarder à tout prix les consultations, avec toutes les conséquences délétères que cela implique sur la santé des malades et sur les coûts de la santé.

ENGAGÉE POUR LES PATIENT-ES

Face à la hausse incontrôlée des coûts de la santé, j'ai choisi de défendre les intérêts des patient-es avant ceux du corps médical. Certes, les médecins ont besoin d'être représenté-es en politique pour contrebalancer les puissants lobbies des assureurs et des pharmas, surreprésentés sous la Coupole fédérale, paralysant ainsi toute velléité de réforme. Toutefois, ma priorité reste la protection des patient-es, que ce soit au Conseil national, au comité de la Fédération suisse des patients (FSP) ou de l'association des « Engagés pour la santé » qui propose de nombreuses pistes de réforme pour maintenir un système de santé accessible, équitable et respectueux de l'environnement.

ENGAGÉE POUR UNE RÉFORME DU SYSTÈME DE SANTÉ

Chaque actrice ou acteur du système de santé devrait se sentir concerné-e par la hausse des coûts, mais chacun-e rejette la faute sur les autres. Toute tentative de maîtrise des coûts se voit ainsi aussitôt neutralisée, ce qui menace l'accès équitable aux soins.

À Berne, je défends un gel des primes pour forcer les actrices et acteurs à prendre leurs responsabilités et la création d'une caisse publique pour enfin stopper la pseudo-concurrence entre assureurs. Pour limiter les coûts, diverses mesures doivent être prises : adapter les prix des médicaments aux coûts réels de recherche et développement, promouvoir une médecine de premier recours, établir un meilleur équilibre entre généralistes et spécialistes, arrêter de laisser les lobbies « créer » des malades (tabac, sucre, alcool, pesticides), ou encore lutter contre le dérèglement climatique qui va décupler les besoins en soins et donc les coûts de santé.

Vaste programme dans lequel j'investis toute mon énergie de médecin devenue politicienne à plein temps !

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

« SI TU NE T'OCCUPES PAS DE POLITIQUE, LA POLITIQUE S'OCCUPERA DE TOI ! »

La maxime citée en titre résume à elle seule l'intérêt nécessaire de la SVM pour la politique vaudoise, voire fédérale. Bien sûr, la SVM ne fait pas de politique au sens partisan du terme, mais elle se doit d'être au courant et de pouvoir se positionner, voire d'interagir avec les différents acteurs et actrices politiques pour faire valoir les intérêts légitimes de ses membres, conformément à ses statuts.



Dans notre système fédéraliste suisse, il faut rappeler que la santé est un domaine de compétence des cantons. À l'exception notable de la législation assurantielle, c'est bien ici à Lausanne, et pas à Berne, qu'on crée les lois, règlements et autres directives qui impacteront ensuite le quotidien des médecins et patient-es vaudois-es. Les sociétés cantonales de médecine sont donc au bon niveau décisionnel. Mais que fait concrètement la SVM ? On peut ici tenter de résumer notre action « politique » en trois volets.

NOUS SUIVONS LES DOSSIERS

En premier lieu, la SVM est une observatrice attentive de ce qui se dit, se prépare ou se passe dans le champ politique en lien avec le domaine de la santé ou impactant la pratique des médecins vaudois-es. Outre une veille quotidienne

des médias, nous effectuons chaque semaine notre propre « monitoring » des débats au Grand Conseil (nouveaux objets déposés ou en cours de traitement), ainsi que des communications du Conseil d'État. Cette étape est un prérequis indispensable pour pouvoir ensuite agir à temps. Pour le suivi des affaires fédérales, nous bénéficions d'une veille similaire de la FMH.

NOUS ENTRETENONS UN DIALOGUE RÉGULIER AVEC LES AUTORITÉS ÉLUES

Depuis 2010, nos échanges « politiques » avec le Canton se déroulent d'abord dans le cadre d'une convention-cadre de partenariat DSAS-SVM. Plusieurs fois par année, le comité de la SVM rencontre ainsi la cheffe du Département de la santé et de l'action sociale (DSAS) pour travailler sur un cer-

tain nombre de dossiers. Une première rencontre conviviale et ouverte avec les député-es vaudois-es s'intéressant à la santé a aussi été organisée par la SVM en 2023, permettant d'échanger sur les sujets importants du moment, et ces rencontres devraient devenir régulières. La SVM est aussi à disposition des élu-es et les informe régulièrement de nos préoccupations professionnelles, notamment via ce magazine.

NOUS FAISONS DES PROPOSITIONS EN AMONT ET AGISSONS EN AVAL EN CAS DE BESOIN

Lorsque des projets de loi qui concernent le corps médical sont en préparation, nous répondons d'abord systématiquement aux consultations organisées par l'administration cantonale

« La SVM est aussi à disposition des élu-es et les informe régulièrement de nos préoccupations professionnelles, notamment via ce magazine. »

ou fédérale, pour faire entendre notre voix en amont. Le cas échéant, nous tentons de faire valoir la position des médecins vaudois-es auprès des parlementaires, et de corriger le tir en plénum. Enfin, lorsque l'application des textes votés nous paraît défailante, nous n'hésitons pas à entreprendre toute démarche juridique utile pour les faire respecter.

PUBLICITÉ



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

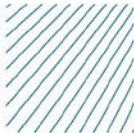
La Lignière 5, 1196 Gland
022 999 80 80

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

www.la-ligniere.ch

 Parking gratuit

MEDIGROUP



Centre d'Imagerie Lausanne Gare

Le **Centre d'Imagerie Lausanne Gare**
(ex centre IRIMED), Medigroup
et ses médecins spécialistes en radiologie,
les Docteur-e-s P. Browaays,
C. Campolini, N. Keller, S. Pawlak,
ont le plaisir de vous faire part de l'installation du

Dr Raphaël RICHARD,
spécialiste en radiologie
membre FMH

dans des locaux entièrement rénovés
avec un plateau technique de dernière génération
au cœur de Lausanne

Centre d'Imagerie Lausanne Gare
Avenue de la gare 15, 1003 Lausanne
021 323 00 48 | 077 521 01 19
cilg@medi-group.ch
cilg.ch | medi-group.ch





SOCIÉTÉ
VAUDOISE DE
MÉDECINE

FORMATION



PROGRAMME FORMATIONS JVD 2024-2025

- 05.12.2024 Microbiologie: nouvelles technologies pour le cabinet
16.01.2025 Acquisitions thérapeutiques: **conférence exceptionnelle du philosophe M. Alexandre Jollien**
13.02.2025 Bien vieillir avec ou sans gériatre?
13.03.2025 Des soins palliatifs précoces: un bienfait pour la vie
10.04.2025 Don d'organes et transplantation: mise à jour
22.05.2025 Médecine des addictions
19.06.2025 «Smarter medicine»: faire mieux avec moins en médecine de premier recours

Programme sous réserve de modifications

Commission de Formation Continue (CFC): Prof. Olivier Lamy (Président), Dre Sanae Mazouri, Dre Sophie Paul, Dre Francine Pilloud, Dr Alain Birchmeier, Dr Marc-Antoine Bornet, Dr Serge Félix, Dr David Gachoud, Dr Philippe Staeger, Dr Jean-Luc Vonnez

TARIFS TTC	Membre SVM	Non membre SVM
Session*	CHF 65.00	CHF 75.00
Abonnement**	CHF 345.00	CHF 395.00

*Session unitaire, valable pour un seul JVD. Facture à 30 jours net.

**Abonnement valable pour toutes les sessions JVD de la saison (8X)

INFORMATIONS, HORAIRES, ACCRÉDITATION

Formation en présentiel à l'Auditoire César-Roux (CHUV) et / ou en visioconférence.

Inscription obligatoire pour chaque session. Les conférences peuvent être visionnées sur le site de la SVM (valable uniquement pour les membres SVM).

HORAIRES: 9h00 - 12h00. Accueil à 8h30 si présentiel.

ACCRÉDITATION: Une session JVD donne droit à 3 crédits certifiés SSMIG.

Renseignements et inscriptions - Formation continue SVM
email: formationcontinue@svmed.ch
Tél. 021 651 05 05

www.svmed.ch/jvd



L'organisation de cette offre de formations JVD est rendue possible grâce à nos partenaires:

 Clinique de
La Source

AstraZeneca 

HIRSLANDEN 
CLINIQUE BOIS-CERF
CLINIQUE CECIL

Dr Blaise Vionnet
Médecin généraliste
Député au Grand
Conseil vaudois
Membre de la
Commission de la
santé publique

« DÉFENDRE LES VALEURS DE NOTRE MÉTIER »

Pendant 50 ans, la politique n'a pas eu de place particulière dans ma vie. Je concevais mon engagement sociétal au travers de mon activité de médecin généraliste. Et soudain, à 54 ans, préoccupé par l'évolution de notre planète, une profonde conviction est née en moi de m'engager. Ce fut le départ de mon réveil tardif en politique.

Après avoir acquis la conviction de m'engager en politique, j'ai dû ensuite réfléchir à rejoindre un parti. Mais lequel choisir ? L'écologie étant au cœur de mes préoccupations, cela simplifiait mon choix entre les deux partis porteurs dans leur ADN de cette thématique, les Vert·e·s et les Vert'libéraux. Comme je suis convaincu de la nécessité de l'économie pour faire fonctionner notre société et qu'elle peut se transformer en économie plus verte, j'ai rejoint les Vert'libéraux.

L'ASCENSEUR POLITIQUE

Pour gravir les échelons politiques, il faut accepter de se porter candidat·e pour des élections à tous les échelons. Comme médecin, nous bénéficions de grands privilèges en politique, surtout si l'on réside en campagne. L'aura du médecin nous donne une notoriété qui est appréciable et qui nous évite de multiplier des rencontres pour serrer des mains. Sans mener de grandes campagnes, j'ai obtenu d'excellents scores pour le Conseil national et j'ai été élu après deux scrutins au Grand Conseil vaudois. Il faut rester conscient que la carrière politique est assimilable à un trajet en ascenseur. On peut monter rapidement mais dégringoler tout aussi vite, une non-réélection étant toujours possible.

LE TEMPS, TOUJOURS LUI

Un engagement politique prend beaucoup de temps. Les député·es vaudois·es siègent tous les mardis et le travail en commission prend un à deux jours de plus par mois. À cela s'ajoute encore le temps de préparation des séances, ce qui représente au total un taux de travail de 30 à 40%. Le fait d'être installé en cabi-



net de groupe me donne la possibilité de m'impliquer en politique sans délaisser mes patient·es, ce qui est très agréable. Aujourd'hui, je suis le seul médecin généraliste au Grand Conseil (ndlr: le corps médical y est aussi représenté par le Dr Jacques-André Haury, ORL et spécialiste en chirurgie cervico-faciale, ainsi que la Dre Yolanda Müller Chabloz, responsable de recherche clinique en médecine de famille à Unisanté). Occuper un tel poste est capital pour défendre les valeurs de notre métier et prendre des décisions impliquant notre environnement pour les prochaines décennies.

Chères consœurs et chers confrères, je ne peux dès lors que vous encourager à vous engager vous aussi en politique, il reste de la place !

ÉVOLUTION
DU STATUT
DE MÉDECIN

Dr Eric Rochat
Médecin de famille
Ancien Conseiller
aux Etats VD

UN RÔLE SOCIÉTAL DEVENU MOINS CENTRAL

L'engagement des médecins n'est pas différent aujourd'hui de celui du reste de la population et leurs objectifs politiques ne diffèrent guère de ceux affichés dans d'autres professions.

Leur rôle sociétal a cependant régulièrement décliné - horaires réduits, accessibilité diminuée, déconnexion cabinet-habitat - et leur poids politique est moindre que lorsqu'ils habitaient proches de leurs patient-es, et s'impliquaient naturellement dans leurs activités familiales, culturelles et même religieuses.

Ainsi, je fus certainement élu « parce que » j'étais un médecin connu de ma région; je fus certainement non réélu « parce que » mes patient-es me reprochaient mon éloignement trop fréquent du cabinet médical.

Quant à savoir si les jeunes médecins

s'impliquent autant qu'avant, je me garde de me prononcer. L'intérêt pour la politique vient tant de la méconnaissance initiale du monde que d'aspirations personnelles à le rendre meilleur. S'y ajoute l'étincelle de l'occasion offerte! Personne n'est élu tout seul; chacun s'appuie sur un corps d'amis et de critiques. Le choix partisan tient lui comme avant du contexte familial et de la situation professionnelle.

Les formes d'engagement et les motivations ont en revanche peut-être évolué.

Intuitivement, le médecin est aujourd'hui plus éloigné de ses patient-es, et de la société qu'il y a trente ans. Sans être Madame ou Monsieur Tout-le-monde, il est rentré dans le rang. Sommairement, il est perçu de gauche quand il parle de ses patient-es et de droite quand il défend sa profession!

PARCOURS SOUS
LA COUPOLE

Dr Michel Matter
Président de
l'Association des
médecins du canton
de Genève (AMGe)

LA SANTÉ EST POLITIQUE

TOUT EST POLITIQUE

S'intéresser au domaine de la santé, c'est obligatoirement faire de la politique cantonale et nationale. Le cadre de travail des professionnel·es de la santé, leur rémunération, leur formation, les normes à respecter, les orientations stratégiques et sociétales, les équilibres entre le public et le privé, entre l'assurance de base et les complémentaires, et même, crime de lèse-majesté, le temps de consultation: tout est politique, tout se décide à Berne ou dans les cantons.

PARCOURS LOGIQUE ET VALEURS

Président des ophtalmologues genevois puis président des médecins de mon canton depuis 2014, membre du Conseil d'administration des HUG et un temps vice-président de la FMH, ce parcours m'a amené naturellement à politique. D'autant plus que j'ai présidé le référendum national plébiscité par la population contre la

loi dite « Managed Care » en 2012. Ce sont les valeurs fortes du secret médical, du libre choix du médecin, de l'éthique, du refus de tout rationnement des soins, du maintien d'une haute qualité des soins et d'une formation médicale solide qui m'ont fait avancer dans mon parcours personnel et politique.

BERNE

Élu conseiller national en 2019, j'ai mesuré les vents contraires, les courants de pensées et la force du lobbyisme. Membre de la Commission des finances - mon parti ayant décidé qu'un médecin engagé ne devait pas siéger à la Santé, une erreur indéniable et reconnue - j'ai pu à travers mes votes, mes motions et le partage de mes convictions profondes permettre ce travail si important qui se passe dans la salle des pas perdus sous la Coupole fédérale: aider à trouver des compromis majoritaires car c'est ainsi que fonctionne notre démocratie.

UN DÉLICAT ÉQUILIBRE À TROUVER

Dre Bettina Balmer-Schiltknecht

Spécialiste
en chirurgie
pédiatrique FMH
Membre du Comité
de la Société de
médecine du
canton de Zurich
Conseillère
nationale PLR (ZH)

POLITIICIENNE, MÉDECIN ET MÈRE DE FAMILLE

Lorsque j'ai décidé d'étudier la médecine dans les années 1980, je n'avais pas encore l'ambition de devenir un jour conseillère nationale. La conciliation du travail et de la famille m'a politisée et s'est accompagnée d'une réduction de mon activité professionnelle ; avec trois enfants, des compromis étaient nécessaires.

En tant que médecin, je m'engage principalement dans la politique de la santé. Trop de consœurs et confrères ne peuvent pas le faire en raison de notre profession qui nous prend déjà beaucoup de temps. La conséquence est connue : la voix du corps médical n'est guère entendue dans les tranchées politiques. C'est donc avec plaisir que je tente de remédier à cette lacune en représentant la profession au Parlement fédéral.

Un engagement en politique professionnelle est une conséquence logique de mon parcours, mais il doit aller de pair avec l'indépendance et la capacité d'autodétermination inhérentes à la fonction. Ainsi, en tant

que conseillère cantonale zurichoise de 2015 à 2023 et aujourd'hui encore au Parlement, je n'ai pas été et ne suis pas le « bras armé » de la Société de médecine du canton de Zurich, même si nous avons une large convergence de vues sur les dossiers relatifs à la santé.

Je m'écarte de la ligne politique de mon parti, le PLR, uniquement lorsque ma propre conscience ne me permet pas de suivre sa recommandation. Cela arrive heureusement rarement, le dernier exemple en date étant l'initiative pour l'interdiction de la publicité sur le tabac aux mineur-es en février 2024, à laquelle j'étais favorable. Plus récemment, je suis particulièrement heureuse d'avoir pu combattre de toutes mes forces et avec succès, conjointement avec ma profession et mon parti, l'initiative « pour un frein aux coûts » dans le système de santé. À présent, je milite notamment haut et fort pour un OUI au financement uniforme des prestations de l'assurance obligatoire des soins (modification de la LAMal).

DES DÉFIS SUR LES TROIS NIVEAUX

On pourrait penser que les médecins et les politicien-nés n'ont rien en commun. Les une-s déclarent se consacrer au bien-être individuel de leurs patient-es, tandis que les autres disent œuvrer pour la collectivité. Se retrouverait-on sur la poursuite d'idéaux ? Contrairement à nos voisin-es, la politique suisse semble être un long fleuve tranquille, n'ayant pas besoin que les médecins s'en mêlent, il y a déjà pénurie !

ET POURTANT !

Au niveau cantonal, je rêve de voir le système de santé du canton de Vaud être nommé en tête du classement de Newsweek, comme le CHUV, mais sans que la moitié de la population ne puisse plus payer ses primes ! Au niveau fédéral, la dérégulation du climat et la

perte de la biodiversité sont reconnues par l'ONU et le LANCET comme les principales menaces pour la santé. Il va falloir en faire bien plus que de se passer des ordonnances papier. À l'échelle communale, le manque criant de médecins fait émerger certaines propositions simplistes, comme le remboursement des études, en ignorant totalement les aspirations des nouvelles générations. Vous le voyez, les défis sont nombreux !

Alors que la défense d'un système de soins de qualité, notamment des conditions de formation et d'exercice de ses soignant-es, devrait nous animer, gardons en tête que celui-ci exerce une influence modeste sur la santé des individus, comparé à leur environnement physique, social et économique. C'est là que l'engagement politique des soignant-es prend tout son sens !

ENGAGEMENT POLITIQUE DES SOIGNANT-ES

Dr John Nicolet

Vice-président des
Jeunes Médecins de
Familles Suisse | JHaS
Président des Vert-e-s
du Nord lausannois



La Source

CENTRE DE LA PROSTATE



UN RÉSEAU DE SPÉCIALISTES

Des colloques multidisciplinaires réunissant un réseau de médecins expérimentés pour vous proposer la solution la plus adaptée à votre type de cancer et à vos besoins.



DIAGNOSTIC, TRAITEMENT ET SUIVI

Un parcours de soins personnalisé et un accompagnement de proximité au quotidien.



DES ÉQUIPEMENTS MÉDICO-TECHNIQUES

de dernière génération au sein d'une Clinique à taille humaine.



ASSURANCES

Toutes les prestations ambulatoires sont accessibles avec une assurance de base, aux mêmes tarifs que ceux des hôpitaux publics.

Tél. 0800 033 111
www.lasource.ch/prostate

L'APPLICATION DES HUG QUI AIDE À LA DÉCISION

INFOMED

AILLEURS

Dans un contexte global de surcharge des structures d'urgence des pays occidentaux, on estime que 10 à 20% des patient-es venant aux urgences adultes des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG), surtout au niveau de la filière ambulatoire, auraient pu consulter auprès d'un médecin traitant. La perception de l'urgence, parfois très subjective, et un niveau de littératie en santé souvent insuffisant rendent plus complexes l'orientation et le choix de structure de la part des patient-es.

C'est dans cette idée que, en complément d'autres mesures, les HUG ont développé InfoMed, une application orientant les patient-es. Sur la base des symptômes auto-reportés, l'application préconise soit de se rendre dans un centre d'urgence ou chez son médecin traitant, soit de recourir à l'automédication. InfoMed a été financé et soutenu par la Fondation privée des HUG.

InfoMed permet également de consulter au bon moment. En effet, l'application indique en temps réel le nombre de patient-es en attente aux urgences et affiche, sur la base de données statistiques rétroactives, la charge horaire pour encourager le ou la patient-e à consulter pendant les creux d'activité.

LA FORCE DU RÉSEAU

Les contenus ont été élaborés grâce à une collaboration entre les urgences gériatriques, adultes (principalement l'Unité d'urgences ambulatoires), gynéco-obsté-

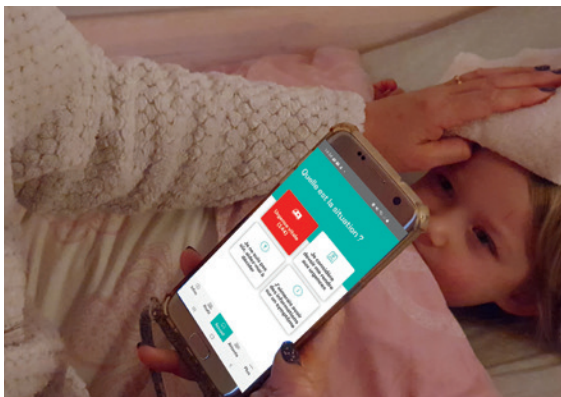
triques et pédiatriques des HUG. Au final, ce sont 150 fiches qui ont été produites afin d'orienter le ou la patient-e vers la bonne structure de soin. Capitalisant sur l'expérience acquise avec « InfoKids », une application dédiée aux urgences pédiatriques et déjà accessible depuis de nombreuses années, InfoMed étend la couverture à tous les types d'urgences. L'application est disponible pour les appareils Apple et Android. Une V2 intégrera plusieurs autres modules permettant :

- ▶ de transmettre ses données administratives et certains symptômes, préalablement documentés ;
- ▶ de se positionner dans une salle d'attente virtuelle, avec indication du temps s'écoulant pendant le déplacement ;
- ▶ de connaître l'évolution des différents examens effectués durant son séjour et de demander à attendre ailleurs qu'aux urgences, grâce à un système semi-automatique de rappel SMS ;
- ▶ d'obtenir, 24 heures après son passage aux urgences, une fiche d'information avec le diagnostic retenu, des renseignements sur les mesures préventives et thérapeutiques à adopter, et les signes à observer pour déterminer la nécessité d'une consultation en urgence.

InfoMed a été conçu dans l'optique de fonctionner en réseau afin de délivrer à la personne concernée les meilleurs soins possibles, au bon endroit et au bon moment. Il permet l'interfaçage avec de nombreux autres logiciels ouvrant un déploiement plus large au-delà des Hôpitaux Universitaires de Genève.

Hervé Spechbach
Médecin adjoint, responsable de l'Unité d'urgences ambulatoires, Service de médecine de premier recours, HUG

Frederic Ehrler
Responsable de domaine, Direction des systèmes d'information, HUG



CHANGER LE STATUT DE SON CABINET POUR ÉCONOMISER

En 2010, lorsque je me suis installé « de novo » en pratique privée, en raison individuelle, j'ai découvert tout ce qu'il fallait organiser. Personnel, appareillage, consommables et matériel informatique, sans compter les tracasseries administratives des assurances. Le coût en était élevé, mais cette démarche fait partie de l'esprit d'entreprise que nous devons assumer pour accéder à la pratique libérale.

A mesure qu'un cabinet se développe, on découvre la charge fiscale et asséculo-logique (surtout AVS) croissante en lien avec l'augmentation des revenus et la réduction de la dette bancaire. Fin 2017, je pose la question à ma fiduciaire d'une transformation en Sàrl. En effet, le Canton de Vaud venait d'annoncer l'entrée en vigueur dès 2019 d'une réforme de l'imposition des entreprises (RIE III), réduisant le taux d'imposition des bénéfices de 20.85% à 13.8%. À l'époque, mon conseiller m'a dit que cela ne vaudrait probablement pas la peine me concernant. Dans le doute, j'ai sollicité un second avis auprès d'une autre fiduciaire qui m'a dit... exactement le contraire.

UNE TRANSFORMATION PROFITABLE

A priori, la Sàrl ne présentait que des avantages :

- 1 Le médecin est employé, ce qui implique donc un revenu annuel prévisible et maîtrisé, non soumis à des fluctuations annuelles de la charge fiscale.
- 2 Une Sàrl étant constituée de parts sociales, sa vente future (par exemple lors de la remise du cabinet) se fera selon les règles du gain en capital exonéré (conditions à respecter) ; cette forme juridique permet également à de nouveaux partenaires de joindre la Sàrl facilement en contribuant à augmenter son capital.

3 Même si le revenu sous forme de salaire est fixe, une part variable découlant du dividende peut être attribuée au médecin sur la base du bénéfice réalisé ; lors de sa distribution, elle est soumise à un impôt anticipé et sera taxée à un taux spécial dans la fiscalité privée du médecin (conditions à respecter). Un rapide calcul permet d'estimer l'économie fiscale annuelle ainsi réalisée, multipliée par le nombre d'années d'activité.

4 Le taux de cotisation AVS étant d'environ 10% du revenu brut, il est facile à anticiper si un salaire est fixe, sans « rat-trapage » nécessaire ultérieurement ; en revanche, le bénéfice, donc le dividende attribué au médecin salarié, n'est pas soumis aux cotisations sociales. Toutefois, certaines règles de répartition entre salaire et dividende doivent être respectées.

Six ans après le passage à une Sàrl, tout en m'associant à un autre médecin, le seul inconvénient identifié est le coût : environ 15'000 CHF (frais de fiduciaire et notariés, inscription au registre du commerce, renégociation de toutes les polices d'assurances). Cela dit, ce montant est largement compensé par l'économie fiscale et de cotisations AVS réalisée ensuite.

Seul regret : nous ne sommes pas assez préparés, durant notre cursus, aux tenants pragmatiques de l'installation en cabinet et de ses aspects économiques, fiscaux et juridiques. Pour cette raison, il est important d'être accompagné-es par les bons partenaires et prestataires de services.

RAPPORT DE BASE SUR LA SANTÉ POUR LE CANTON DE VAUD

La rédaction

En se fondant sur les résultats de l'enquête suisse sur la santé 2022, le DSAS a publié fin août son rapport de base sur la santé pour le canton. On y parle aussi des médecins.

LES VAUDOIS·ES NE CONSULTENT PAS PLUS QU'EN MOYENNE NATIONALE

En 2022, dans le canton de Vaud, sept personnes sur dix (72,6%) rapportent avoir consulté un médecin de famille (ou médecin généraliste) et près d'une personne sur deux (48,1%) avoir consulté un médecin spécialiste au cours des douze mois précédant l'enquête, ce qui correspond à la moyenne suisse (72,8% et 46,0%).

LES PATIENT·ES SONT CONTENT·ES DE LEURS MÉDECINS

La qualité de la dernière consultation chez le médecin de famille et le médecin spécialiste est jugée bonne, très bonne ou excellente dans 94,7% des cas, similaire à la moyenne suisse.

VAUD, CHAMPION NATIONAL DU RECOURS AUX SERVICES D'URGENCES

Le taux de recours des patient·es vaudois·es aux services d'urgence au cours des douze mois précédant l'enquête est le plus élevé de Suisse (VD: 21,8%; CH: 16,8%).

VAUD, CHAMPION NATIONAL DE L'AMBULATOIRE HOSPITALIER

La part de Vaudois·es ayant eu recours à au moins une prestation ambulatoire à l'hôpital sur une année (35,9%) est la plus élevée de Suisse, et celle qui concerne les prestations stationnaires la plus basse (9,5%). Le virage ambulatoire hospitalier s'est notablement renforcé ces cinq dernières années, passant de 25,1% à 35,9%.

POLITIQUE

Le rapport complet est disponible au téléchargement sur : www.infosan.vd.ch

Ce rapport de près de 300 pages fournit nombre d'informations utiles pour mieux appréhender l'état de santé et les problèmes de santé actuels de la population vaudoise. Il fournit aussi un certain nombre d'informations sur le recours au système de santé et aux médecins.

PUBLICITÉ



**Maîtriser
les coûts,
renforcer
les soins.**

oui⁺

le 24 novembre
**au financement
uniforme**

**Freiner les primes
et préparer l'avenir !**



Médecins et prévoyance : combler les lacunes grâce aux rachats d'années

Les longues études et les débuts tardifs dans la vie professionnelle entraînent souvent des lacunes importantes dans la prévoyance, notamment au niveau du 2^e pilier. Ces manques peuvent avoir un impact significatif sur les prestations futures, en particulier au moment de la retraite. Heureusement, des solutions existent pour pallier ces insuffisances. A ce titre, la procédure de rachats d'années d'assurance figure parmi les options à considérer et à évaluer avec sérieux.

Les rachats d'années permettent de compenser des cotisations manquantes dans la caisse de pension. Il s'agit d'un versement volontaire qui améliore les prestations futures, que ce soient de la retraite, de l'invalidité ou du décès. De plus, ces rachats offrent des avantages fiscaux, car les montants versés sont déductibles du revenu imposable. Cette déduction peut réduire de manière significative la charge fiscale, tout en augmentant le capital disponible et la rente au moment de la retraite.

Echelonner les rachats sur plusieurs années est une solution judicieuse pour optimiser la déductibilité fiscale et répartir l'effort financier sur le long terme. D'autant plus que ces rachats sont considérés comme des placements sûrs et rentables jusqu'à la retraite.

Avant d'envisager des rachats, nous recommandons de consulter votre caisse de pension, une conseillère ou un conseiller pour évaluer précisé-

ment vos possibilités de rachats. Ils pourront vous guider sur le montant à racheter et les conditions spécifiques à respecter.

Les rachats d'années constituent une solution efficace pour améliorer votre prévoyance tout en profitant d'avantages fiscaux significatifs. Bien que l'entrée tardive dans la vie professionnelle puisse entraîner des lacunes de prévoyance, des options existent pour assurer une meilleure sécurité financière à long terme.

Christophe Cavin

Responsable du Service entreprises
et institutions à Retraites Populaires

« NOS SUBJECTIVITÉS PEUVENT CREUSER NOS DIFFÉRENCES »

DR SÉBASTIEN
JOTTERAND

VISITE MÉDICALE

Comme mentor, je citerai mon père, Franck, qui s'était extirpé de la terre aubonnoise pour aller dans les étoiles de Paris, puis New York. Mon père aimait le cinéma et était la seule personne au monde à avoir été capable de m'expliquer le film *2001, l'Odyssée de l'espace*. La culture, pour lui, qu'elle soit populaire ou plus pointue, devait toujours être de qualité, par respect pour les gens. Et la culture se vivait en particulier à la maison, ouverte aux artistes. Je dormais à l'étage, bercé par le brouhaha de leurs échanges et leurs éclats de rire.

Qui a été
votre mentor
et que vous
a-t-il appris

?

À mes 10 ans, lorsque le Dr André Brot (voisin et ami de la famille), m'a emmené faire un tour dans les gorges de l'Orbe, nous sommes tombés sur une couche de mousse qui dénaturait un bassin ! Heureusement, il prit la décision d'aller signaler cette pollution à la gendarmerie, ce qui me soulagea beaucoup.

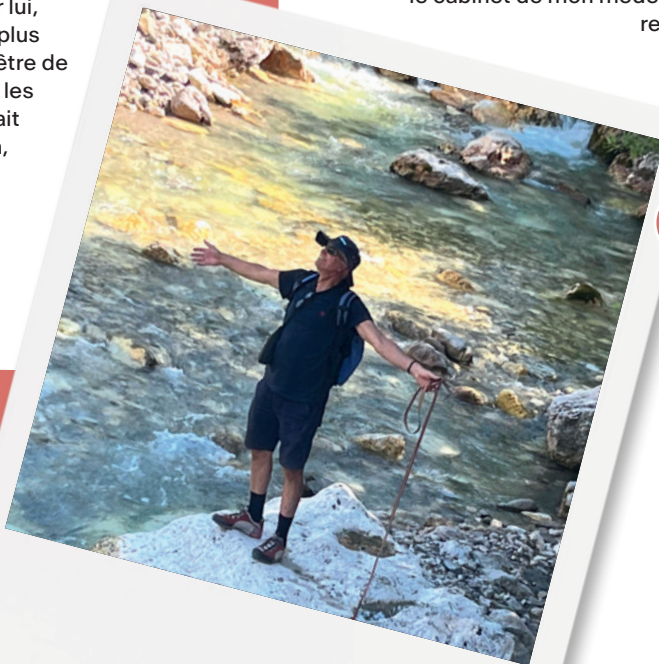
En rentrant, j'ai dit à mes parents que je voulais devenir médecin. D'ailleurs, près de trois décennies plus tard, je suis revenu avec ma famille à Aubonne pour reprendre le cabinet de mon médecin André Brot, un retour aux sources !

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

?

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

?



?

Pourquoi avoir décidé
de vous engager dans la
politique professionnelle

C'était lors d'un psychodrame Balint : je devais jouer un patient diabétique d'origine hongroise, aveugle, qui avait une longue liste de doléances. Le Dr Bachmann me conseilla de fermer les yeux : toute la détresse de ce patient confronté à un jeune médecin assistant (moi !), qui refusait de comprendre ce qu'il lui demandait, m'envahit d'un coup. Cette expérience de nos subjectivités réciproques qui peuvent creuser nos différences et nous empêcher d'être attentif à l'autre me marquera à jamais. Trouver le lien empathique nous permet de les combler.

Un nouveau chapitre de mon engagement a commencé lorsque, dans une télécabine, les Dres Fonjallaz et Decrey m'ont proposé de rejoindre le comité de Médecins de Famille Vaud dont elles font partie. Aujourd'hui, je préside la plateforme interprofessionnalite.ch, co-préside l'association Médecins de famille et de l'enfance Suisse (mfe) et partage ma pratique au sein d'un Centre médical interdisciplinaire et interprofessionnel de l'EHC.

BIO EXPRESS

Âge
61 ans

Diplôme
Spécialiste FMH en médecine interne générale (1990), Spécialisation en médecine tropicale (1994, Anvers), Diplôme d'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques (2002)

Activité
Pratique au Centre médical de l'EHC à Aubonne, co-président de mfe et président de la plateforme interprofessionnalite.ch

Situation familiale
Marié, deux enfants adultes, un berger suisse

Hobbies
Balade dans la nature, à pied, vélo, ski de fond ou voile, musées et jardinage



Jacques Besson
Professeur honoraire,
Faculté de biologie et
de médecine, UNIL
Membre du Comité
de rédaction

MÉDECINE ET POLITIQUE, POLITIQUE DE LA MÉDECINE

Quelles sont les valeurs des médecins? Peut-on s'inspirer du Serment d'Hippocrate, aussi en politique? Ou alors des Droits humains dans notre champ d'activité? Faut-il s'engager dans le combat politique pour défendre notre profession? Ou alors adopter une neutralité bienveillante dans les débats contemporains?

Comment prendre de la hauteur face aux affrontements entre la gauche et la droite, qui toutes deux se mêlent de notre profession? Bien sûr les médecins sont engagés dans la société civile et y jouent un rôle important. Mais nous subissons la dure loi de l'argent.

En milieu académique, nous observons des disciplines comme le droit de la santé, l'économie de la santé, la psychologie de la santé, la sociologie de la santé... Mais curieusement tout se passe comme si les autorités ne s'étaient pas dotées d'une politique de la santé. Même si la Confédération et les cantons disposent de services de santé publique.

LE TRIPLE LIEN

En effet, une vraie politique de la santé devrait établir une feuille de route, un cahier blanc, définissant objectifs et priorités dialectiques: prévention versus soins, jeunesse ou vieillissement, pilotage

par la communauté ou par des expert-es, transparence ou secret commercial des assurances? Les valeurs communautaires nécessitent certainement l'engagement de nos consœurs et confrères en politique pour défendre la profession, mais aussi pour assurer le bien commun. Car faut-il une politique de la médecine ou une politique de la santé?

Revenons aux principes des Droits humains: Liberté, Égalité, Fraternité. On observe que la droite se réclame de la liberté et que la gauche revendique l'égalité. Bien, mais qui s'inspire de la fraternité? C'est bien l'enjeu d'une médecine de la personne, une médecine qui défend l'humanisme dans notre monde plongé dans le mal, le malheur et la maladie. Une médecine du sens et du lien, du triple lien: le lien avec soi, le lien avec autrui, et le lien avec la nature et l'univers. Et c'est ce triple lien qui donne le sens.

Une spiritualité retrouvée en médecine: pour une Grande Santé, il faut une Grande Médecine!

PUBLICITÉ



Gland - Les Avouillons

Surfaces mixtes dès 500 m² dans construction de qualité

- Surfaces semi-brutes avec financement propriétaire
- Places de parc et dépôt disponibles
- Autoroute à 750 m
- Gare et transports publics à 5 min
- Dès Fr. 230.- / m² / an

Contactez
Alice Cherpillod
021 331 17 25
alice.cherpillod@bernard-nicod.ch

BERNARD Nicod SA
LAUSANNE
Depuis 1977

Immeubles commerciaux et d'artisanat



THE NEW i4

100 % ELECTRIC

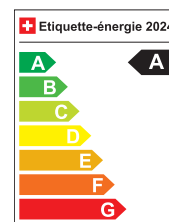


Sheer Driving **Pleasure**

Emil Frey SA

Crissier | Chavannes-près-Renens | Morges

BMW i4 eDrive40, 250 kW (340 ch), 16,4 kWh/100 km, 0 g/km, A.



Dr Risch fait désormais partie de Sonic Suisse, votre réseau de laboratoires régionaux en Suisse.

Nous sommes fiers de
notre ancrage régional et
de notre engagement
envers la Suisse romande,
particulièrement dans
le canton de Vaud.

risch.ch



DR RISCH

Votre laboratoire - aujourd'hui et demain