



DOC

LE RENDEZ-VOUS
DES MÉDECINS
VAUDOIS

N° 15
ÉTÉ
2025

Quel avenir pour l'hôpital?

Entretien
Anne-Geneviève
Bütikofer,
directrice H+

Médecines
complémentaires :
on a testé
pour vous

Sondage
médecins-
assureurs :
des relations
sous tension



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

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

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

Contactez-nous, sans engagement

www.retraitespopulaires.ch/svm

021 348 26 27



**FONDS DE
PRÉVOYANCE**



ÉTÉ 2025

ÉDITO

SE RECENSER, C'EST EXISTER – ENSEMBLE

A l'heure où la médecine évolue sous le poids croissant des enjeux sociétaux, réglementaires et technologiques, notre force collective réside dans notre capacité à nous organiser, à nous représenter équitablement et à agir avec légitimité. C'est dans cette perspective que la Société Vaudoise de Médecine (SVM) engage un processus essentiel et statutaire tous les quatre ans : le recensement de ses membres.

Ce recensement n'est pas un simple formulaire à remplir, ni un acte bureaucratique isolé. Il constitue un pilier fondamental de la démocratie médicale au sein de notre SVM. Par lui, chaque médecin vaudois-e est invité-e à désigner les groupements – régional (GR), de discipline médicale (GDM) et d'activité médicale spécifique (GAMS) – qui reflètent son lieu d'exercice, sa spécialité principale et d'éventuelles pratiques médicales spécifiques. C'est à travers ces groupements que les membres de l'Assemblée des délégué-es (AD) sont désigné-es, ces mêmes délégué-es qui décident des grandes orientations de notre organisation : budget, représentation, orientation politique, tarifs, convictions, attentes, services à développer, etc.

Participer au recensement, c'est donc faire entendre sa voix. C'est aussi reconnaître l'importance du lien entre nos réalités de terrain et la gouvernance de notre Société. Plus nous serons nombreux et nombreuses à nous recenser, plus nos représentant-es auront de poids et de légitimité. Ce processus garantit également une représentativité équilibrée des disciplines médicales et des pratiques spécifiques, assurant que la diversité de notre profession soit pleinement reflétée dans les décisions prises.

C'est enfin un moment de dialogue et de mobilisation : les données recueillies permettront aux président-es de groupements de mieux connaître les membres qu'ils et elles représentent, de dialoguer plus directement, de faire émerger de nouveaux besoins, de nouvelles idées, de nouveaux projets. Le recensement devient ainsi un outil dynamique de mise en réseau, de reconnaissance mutuelle et d'action collective.

Se recenser, c'est un acte simple, mais lourd de sens. C'est affirmer : « Je suis membre d'une communauté et je choisis de participer à son avenir. » La SVM a besoin de chacun-e de nous pour continuer à défendre notre métier dans sa richesse et sa complexité.

Ensemble, faisons vivre cette ambition!



Dr Paul Wiesel
Spécialiste FMH en gastro-entérologie
Président du Bureau
de l'Assemblée des
délégué-es de la SVM



05

EN BREF

06

INFOS SVM

08

Anne-Geneviève Bütikofer
Directrice H+

ENTRETIEN

10

DOSSIER Avenir de
L'HÔPITAL

12

L'hôpital du futur

14

Interview : Laurence Boland, Direction générale de la santé

16

Interview croisée médecin/réseau de soins :
Dre Myriam Ingle et Dr Mikael de Rham

18

Hôpital Intercantonal de la Broye

19

Collaboration entre assureurs et hôpitaux

20

Interview croisée cliniques privées :
Tulay Ulutas (La Prairie) et Alain Flückiger (CIC)

23

Rôle du médecin hospitalier

24

Check-up humour

25

Ce qu'en pense

Lukas Engelberger

Conseiller d'État du canton de Bâle-Ville et président de la
Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé

26

DOSSIER MÉDECINES
COMPLÉMENTAIRES

28

Lire la santé dans les yeux

29

Soigner par les fréquences

30

Réflexologie

31

Cryothérapie

32

Le point de vue d'une psychiatre

32

Label ASCA

36

Sondage SVM: relations médecins-assureurs

MA PRATIQUE

37

Limiter les admissions

POLITIQUE

38

Hôpital de Wetzikon

AILLEURS

39

Dr Albert Mudry

VISITE MÉDICALE

40

Dr Philippe Vuillemin

HISTOIRE D'EN PARLER

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

Gaël Saillen,
secrétaire général de la SVM

**Concept et secrétariat
de rédaction**

ftc communication SA
www.ftc.ch

Comité de rédaction

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

**Maquette et
mise en page**

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

Illustration de couverture

Nicolas Zentner

Impression

PCL Print Conseil Logistique SA,
Renens

Régie publicitaire

Urbanic Régie publicitaire
Avenue de Cour 74
1007 Lausanne
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 auteurs.

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

Handicaps auditifs : une diversité de réalités



Environ 10% de la population est touchée par un handicap auditif, à divers degrés, et de différentes manières, allant d'une malaudition légère à une perte auditive profonde et totale. Derrière le terme de « personne malentendante ou sourde » se trouvent de multiples réalités. Comprendre ces différences permet d'appréhender plus justement les besoins des personnes concernées.

Des populations aux profils et aux besoins variés

L'intérêt nécessaire qui est porté aux personnes sourdes qui pratiquent la langue des signes peut avoir tendance à faire oublier que les populations concernées par un handicap auditif sont bien plus grandes et diverses. Les sourds-signeurs sont en effet environ 8'000 en Suisse, alors que **le nombre de malentendants aux caractéristiques et aux besoins multiples avoisine 1 million**. Certaines personnes revendiquent fièrement leur culture et leur identité sourde, d'autres souhaitent s'intégrer discrètement : toutes et tous méritent notre attention et un soutien adapté.

Des parcours et des défis multiples

Les « façons » d'être malentendant·e sont trop nombreuses pour être listées. Pour donner quelques exemples, nous pourrions citer les enfants qui naissent avec un handicap auditif, les personnes qui deviennent soudainement sourdes à la suite d'une maladie ou d'un accident, ou encore un cas très courant : celui des personnes qui perdent l'ouïe de manière insidieuse avec l'avancée en âge. L'un des points communs saillants est le fait que leur handicap est généralement invisible.

Des solutions pour une meilleure inclusion

Une multitude de solutions existent pour **permettre aux personnes malentendantes et devenues sourdes d'être ou de rester incluses dans le « monde » des personnes entendantes**. En fonction du degré de perte auditive, il est possible par exemple de porter des appareils

auditifs ou des implants cochléaires, d'apprendre la lecture labiale, ou encore d'utiliser de nombreuses technologies dont les évolutions continues facilitent toujours plus l'inclusion des personnes malentendantes. Ces divers dispositifs et apprentissages sont souvent utilisés de manière complémentaire.

FoRom écoute : un acteur clé du réseau

Il existe une constellation d'organisations actives dans le domaine du handicap auditif, chacune avec ses spécificités. **En Suisse romande, FoRom écoute est la référence en matière de malaudition**. Elle se bat pour l'inclusion et la qualité de vie des centaines de milliers de personnes malentendantes qui y vivent.

FoRom écoute, la Fondation romande des malentendants, est **une organisation indépendante, créée en 2002**. Elle est née d'un besoin majeur, exprimé il y a plus de vingt ans par les associations cantonales, de disposer d'une entité dédiée, à l'échelle romande, pour défendre les intérêts des personnes malentendantes et devenues sourdes. Héritant de la longue histoire et des ressources de ces associations, la Fondation s'est engagée à remplir cette mission et porte depuis lors la voix de ses bénéficiaires.

Une approche centrée sur le vivre ensemble

L'approche de FoRom écoute est basée sur la reconnaissance d'une diversité de handicaps auditifs et de modes de communication, où **chaque personne est libre de choisir les dispositifs et les apprentissages qui répondent le mieux à ses besoins et à ses souhaits d'inclusion**.

La Fondation défend le droit de chaque personne malentendante ou devenue sourde à **participer de manière pleine et entière à toutes les sphères de la société, au même titre que les personnes entendantes**. Elle œuvre pour que les personnes malentendantes et entendantes puissent vivre ensemble et faire société. Il s'agit alors, par tous les moyens, de permettre à chacune et à chacun de s'intégrer (lorsque la malaudition est présente à un âge précoce) ou de conserver les liens existants (lorsque la malaudition vient plus tardivement dans la vie).

Un engagement à tous les niveaux et des compétences spécifiques

En tant que référence romande en matière de malaudition, FoRom écoute rassemble un réseau de compétences pour **conseiller et aider les personnes touchées par un handicap auditif, leurs proches, ainsi que toutes les entreprises et organisations qui peuvent être amenées à intégrer, interagir, accueillir ou travailler avec des personnes malentendantes**. Elle mène aussi des actions politiques pour promouvoir la juste prise en compte des besoins des personnes malentendantes.

Les besoins et les caractéristiques des publics concernés par les différentes formes de handicap auditif étant très variés, des connaissances spécifiques à chaque domaine sont nécessaires, ce qui explique pourquoi la Fondation ne délègue aucune tâche qui lui incombe, notamment en termes de défense des intérêts des personnes malentendantes, d'information, de formation et de sensibilisation.

NOUVELLES RÈGLES POUR LA PRESCRIPTION DE PHYSIOTHÉRAPIE DÈS LE 1^{er} JUILLET 2025

Une nouvelle structure tarifaire et un nouveau formulaire de prescription sont entrés en vigueur le 1^{er} juillet 2025 pour les prestations de physiothérapie relevant des assurances accidents (AA), militaires (AM) et invalidité (AI). Cette mise à jour concerne directement les médecins prescripteurs et les physiothérapeutes. Pour connaître les différents changements, rendez-vous sur physioswiss.ch ou consultez la notice explicative via le QR code ci-contre.



Consulter la
notice explicative

TARDOC ATTENTION AUX DÉLAIS POUR LA RECONNAISSANCE DES DROITS ACQUIS!

Avec l'entrée en vigueur du TARDOC et des forfaits ambulatoires prévue en 2026, les demandes de reconnaissance des droits acquis doivent être déposées entre le 1^{er} juillet et le 30 septembre 2025 via Legi-Data (OTMA SA). Les unités fonctionnelles doivent, quant à elles, être déclarées avant le 31 décembre 2025.

Plus d'informations sur
svmed.ch/fil-dinformation-tardoc

EN BREF

Laurent Kurth nommé président du Conseil d'Unisanté
Le Conseil d'État a nommé Laurent Kurth à la présidence du Conseil d'Unisanté en tant que représentant de l'État de Vaud. Il succédera à Dominique Arlettaz dès le 1^{er} septembre 2025, pour un mandat courant jusqu'au 30 juin 2027. (photo: Aline Henchoz)



PUBLICITÉ

Nouveau Centre du Pied et de la Cheville de la Côte à la Clinique de Genolier



Depuis le 1^{er} avril, la **Dr Lisca Drittenbass**, présidente de la Swiss Foot and Ankle Society et chirurgienne au Centre ASSAL de Genève depuis 12 ans, a repris l'activité du Centre de Chirurgie du Pied et de la Cheville de La Côte à Genolier.

En collaboration avec le **Dr Filippo Pierobon**, également chirurgien au Centre ASSAL, ils partageront leurs temps entre les deux structures.

Notre équipe assure une prise en charge spécialisée en pathologies et en traumatologies du pied et de la cheville, pour les patients présentant des douleurs chroniques affectant leur mobilité ou leur pratique sportive.

Nous vous remercions de votre confiance et nous réjouissons de collaborer à la prise en charge de vos patients au Centre de Chirurgie du Pied et de la Cheville de la Côte.

Pour prendre RDV ou nous contacter:

022 366 93 86 - cpcc@svmed-hin.ch

www.piedchevillelacote.ch

CENTRE
DU PIED ET
DE LA CHEVILLE
LA CÔTE



BIENVENUE AUX NOUVELLES ET NOUVEAUX MEMBRES, HOMMAGE AUX HONORAIRES

Le 17 juin, la SVM a accueilli plus de 40 nouvelles et nouveaux membres lors d'une soirée conviviale. Depuis le 1^{er} janvier 2025, ce sont 173 membres qui ont rejoint l'association. Quelques semaines plus tôt, le 22 mai, ce sont 14 membres honoraires qui ont été célébrés au Domaine vinicole de Serreaux-Dessus à Begnins, avec la remise d'un diplôme honorifique (photo ci-dessus).

Prochaine soirée d'accueil : 18 septembre 2025

PROTÉGEZ VOTRE CABINET MÉDICAL DES CYBERMENACES

Pour sensibiliser les professionnel·les de santé en matière de cybersécurité, la SVM propose une formation sous la forme de trois webinaires interactifs, en collaboration avec SYRMA et ELCASecurity. La participation à toutes les sessions est recommandée et donne droit à deux crédits de formation continue élargie.

Quand ? Lundi 16 juin, mardi 9 septembre et jeudi 18 septembre 2025 de 12h15 à 13h45.
 Tarif membres SVM : CHF 65.- par session ;
 tarif normal : CHF 95.- par session.

PUBLICITÉ

CLF+ Clinique de La Source

Propriété d'une fondation à but non lucratif

La Clinique de La Source a le plaisir d'annoncer l'installation de **trois nouveaux médecins accrédités indépendants,**

Prof. Pietro di Summa, MD, PhD
Dr Gianluca Sapino, MD

Spécialistes en Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique

Dr Loïc Lelièvre, MD

Spécialiste en Gynécologie et obstétrique
 Spécialiste en Gynécologie et obstétrique opératoire
 Sénologie gynécologique et Oncologie gynécologique

Rue du Valentin 27 - 1004 Lausanne
 Tél. : +41 21 641 38 20

CLF+ Clinique de La Source

Propriété d'une fondation à but non lucratif

La Clinique de La Source a le plaisir d'annoncer l'installation d'un nouveau médecin accrédité indépendant au **Neurocentre - Centre du dos :**

Dr Nicolas Penet, MD
 Spécialiste en Neurochirurgie
 Spécialiste en Chirurgie de la colonne vertébrale

Avenue Jomini 8 - 1004 Lausanne
 Tél. : +41 21 312 49 59

PASCAL FERNANDEZ FAIT SES ADIEUX À LA SVM



© Rui Rodrigues

Bien connu des membres de la SVM et de ses collaboratrices et collaborateurs, Pascal Fernandez a décidé de se laisser porter hors de la Suisse par de nouveaux projets personnels. Après 15 ans d'activité au sein de l'association, il quittera ses fonctions de responsable opérationnel et Centre de Confiance (CdC) au 31 octobre 2025. La SVM lui adresse ses vifs remerciements pour son engagement durant toutes ces années et pour avoir assuré avec succès la conduite ad intérim du secrétariat général de la SVM. Plein succès à lui!

APPEL À VOLONTAIRES : ENGAGEZ-VOUS AVEC LA SVM !

La SVM recherche des candidat·es pour rejoindre son comité, ainsi que des médecins motivé·es pour participer à un groupe de travail visant à évaluer et à développer la communication de la SVM. Intéressé·e·s à contribuer activement à l'évolution de la profession ou à ce projet innovant ? Contactez-nous au 021 651 05 05 ou par e-mail : info@svmed.ch

LA SVM VA LANCER SA « E-ACADÉMIE »

Et automne, la SVM inaugurera sa plateforme digitale de formation continue. Accessible à toutes et tous, avec un tarif préférentiel pour les membres, elle intégrera des vidéos, supports de cours, QCM et permettra de suivre les formations en différé, mais aussi d'accumuler des crédits ISFM. À noter: les Jeudis de la Vaudoise, qui commenceront plus tard cette année, se tiendront désormais en présentiel au CHUV, sans diffusion en direct. Ils resteront toutefois disponibles temporairement en rediffusion.



© SVM

84^e ASSEMBLÉE DES DÉLÉGUÉ·ES

RÉÉLECTIONS, COMPTES ET RECENSEMENT

Réunie le 26 juin 2025, la 84^e Assemblée des délégué·es de la SVM a accueilli Gaël Saillen, nouveau secrétaire général de la SVM depuis le 1^{er} mai, et a procédé à deux réélections: celle du Dr Arido Agrifoglio à la Commission de déontologie et celle du Dr Michael Hagmann en tant que représentant de la SVM à la Chambre médicale de la FMH. Parmi les points traités, elle a approuvé les comptes 2024 de la SVM et les comptes 2024 de la Caisse d'allocations familiales de la SVM (CAFMED); elle a aussi adopté le rapport annuel du comité sur sa gestion et approuvé 58 candidatures de futur·es membres. Last but not least, les délégué·es ont adopté la procédure de recensement et les trois listes de groupements auxquels les membres pourront s'identifier. Les documents sont disponibles sur le site de la SVM.

INFOS SVM

0.94

CENTIMES
C'est la valeur du point TARMED enfin négociée pour 2025 dans le canton de Vaud entre la SVM et l'assurance-maladie CSS, après de longues discussions.

**JEUDI
6 NOVEMBRE
DÈS 15H**

JOURNÉE DE LA SVM : RÉSERVEZ VOTRE PLACE !

Ne manquez pas l'événement annuel de la SVM, organisé sur le thème de l'innovation. Places limitées : inscrivez-vous dès maintenant sur svmed.ch/jsvm-25

À quand remonte
votre dernier
check-up ?

Mars 2025, par
hasard, après
avoir retrouvé un
médecin de famille
extraordinaire

Avez-vous un DEP ?
Non

Votre remède
anti-stress ?

Ecouter de la bossa
nova ou du jazz

Quelle spécialité,
si vous aviez été
médecin ?

Neurochirurgie
pour explorer la
complexité du
cerveau humain

Si vous pouviez
changer une chose
dans le système de
santé suisse,
ce serait quoi ?

Je standardiserais
et digitaliserais
pour améliorer
les diagnostics et
optimiser la prise
en charge des
patient-es

HÔPITAUX SUISSES : LE STATU QUO N'EST PLUS UNE OPTION

Sous-financement chronique, pénurie de personnel, digitalisation à la traîne: les hôpitaux suisses font face à des défis majeurs.

Dans cet entretien, Anne-Geneviève Bütikofer, directrice d'H+ (organisation nationale des hôpitaux, cliniques et institutions de soins publics et privés), appelle à une réforme profonde du système, à la collaboration entre toutes les actrices et acteurs et à une meilleure adaptation des financements pour construire un modèle de santé durable, innovant et centré sur le ou la patient-e.

Une grande partie des hôpitaux suisses rencontre des difficultés financières malgré des mesures d'économie. Quelles en sont les raisons principales ?

La principale raison est un financement hospitalier inadéquat, en particulier dans le secteur ambulatoire qui souffre d'un sous-financement estimé à 25 %. Les tarifs, qu'ils soient ambulatoires ou stationnaires, ne sont pas indexés à l'inflation, rendant impossible tout investissement nécessaire au maintien d'un hôpital et d'une prestation de qualité. Malheureusement, le système légal actuel ne permet guère de poser les bases d'une réforme en profondeur de notre système, conçu avant tout pour financer la maladie plutôt que la promotion de la santé – un modèle qui ne peut plus reposer uniquement sur les primes d'assurance.

Quel impact auront le financement uniforme des prestations (EFAS) et le nouveau système tarifaire (TARDOC et forfaits ambulatoires) sur les finances des hôpitaux ?

Le nouveau système tarifaire, qui entrera en vigueur dès 2026 et que H+ soutient, devrait permettre de contenir la hausse des coûts de la santé, notamment grâce au développement des forfaits ambulatoires. Cependant, la limite fixée par le Conseil fédéral à 4 % d'augmentation annuelle des coûts jusqu'à fin 2028 pénalise fortement les hôpitaux, dont la croissance moyenne des coûts atteint 7 %.

Quant au financement uniforme (EFAS), effectif dès 2028, il n'apportera

pas de solution immédiate. Pour en tirer pleinement parti, il faudrait que les hôpitaux transfèrent davantage de prestations vers l'ambulatoire, ce qui nécessite des investissements qu'ils ne sont actuellement pas en mesure de réaliser. De plus, il est essentiel que ces prestations ambulatoires ne soient pas réalisées à perte.

La pénurie de personnel médical et soignant devient critique, notamment dans les régions périphériques. Quelles solutions concrètes H+ propose-t-elle ?

La pénurie de personnel médical est généralisée, bien qu'elle soit plus aiguë dans les régions périphériques. L'initiative sur les soins infirmiers permet d'investir dans la formation. Cependant, il est illusoire d'espérer améliorer les conditions de travail sans financement adéquat. Réduire le temps de travail hebdomadaire, par exemple, nécessite plus de personnel formé et donc davantage d'établissements qui forment, alors même que l'on évoque la suppression de lits, voire d'hôpitaux. Il est notable que, sur les dix dernières années, le nombre de soignant-es formé-es travaillant dans nos hôpitaux a augmenté de 24 % pour répondre à la demande croissante de soins. La question du financement reste centrale : tant qu'elle ne sera pas résolue, toute amélioration des conditions de travail sera difficile à mettre en œuvre.

Pour sa part, H+ est très impliquée dans la formation, notamment via ses deux centres spécialisés.



© Laura Tielli



« Il est indispensable de cesser de travailler en silo et de penser en termes de réseaux et de régions de soins. »

Comment renforcer la collaboration entre hôpitaux, médecins de ville et autres acteur-trices du système de santé pour garantir la continuité des soins ?

H+ représente les hôpitaux mais aussi les 212'000 collaborateur-trices qui y travaillent. Il est indispensable de cesser de travailler en silo et de penser en termes de réseaux et de régions de soins. Dans notre stratégie 2030+, qui sera soumise à l'Assemblée générale en novembre, nous souhaitons développer ces partenariats. Cette stratégie est le fruit d'une analyse menée avec des acteur-trices externes, des politiques, des membres H+ et des personnes internes à l'association. Il est temps de chercher ensemble des solutions et, surtout, de se coordonner pour les mettre en œuvre.

Quelles relations H+ entretient-elle d'ailleurs avec les assureurs ?

Nous sommes des partenaires tarifaires poursuivant le même objectif, mais par des

voies différentes : les hôpitaux en fournissant les meilleurs soins, les assureurs en les finançant. Nous avons développé des collaborations fructueuses, comme la convention de qualité ou le développement conjoint des forfaits ambulatoires. Mais il arrive aussi que nous soyons en total désaccord, par exemple sur la question de l'assouplissement de l'obligation de contracter : pourquoi donner aux assureurs le pouvoir de planifier l'offre, alors qu'on ne donne pas le choix aux hôpitaux de travailler avec certains assureurs. Cela crée un déséquilibre flagrant.

L'intelligence artificielle et la digitalisation sont présentées comme des leviers d'efficacité et de durabilité pour le système de santé. Quels freins et opportunités identifiez-vous pour leur déploiement à grande échelle dans les hôpitaux suisses ?

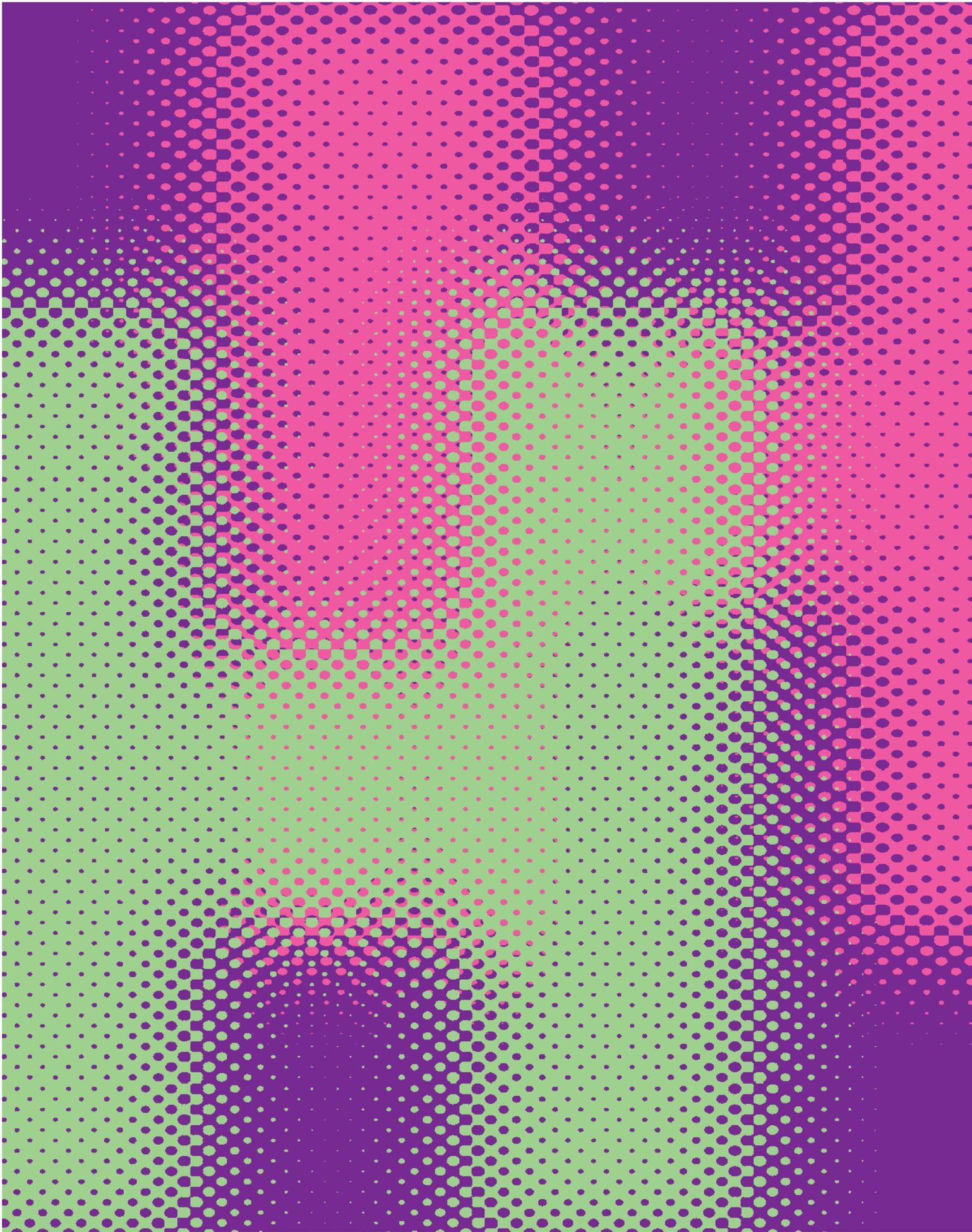
Les hôpitaux détiennent une immense

quantité de données, mais la Suisse accuse un retard important en termes de digitalisation, probablement en raison de sa structure fédérale qui n'a pas permis une approche centralisée. Il est urgent de remédier à cette situation, comme le vise le programme Digisanté de la Confédération qui cherche à établir un langage commun. De nombreux outils efficaces ont été développés dans les hôpitaux ; il s'agit maintenant de les coordonner et de mettre en place des interfaces communes.

Au sein d'H+, j'ai créé un domaine dédié à la digitalisation, qui vise à réunir les expert-es du secteur hospitalier pour favoriser l'échange de bonnes pratiques et optimiser ensemble le système.

Quel est aujourd'hui le message principal d'H+ à l'attention des élus politiques pour garantir l'avenir des hôpitaux ?

Il faut déréguler un système de santé devenu excessivement réglementé, dont le coût ne cesse d'augmenter sans réelle plus-value pour son développement. Pour planifier ensemble le système du futur, il est impératif de réunir les différent-es acteur-trices autour de la même table.



Le système hospitalier suisse vacille. Entre excellence clinique, attentes croissantes de la population et réalité financière sous tension, l'équation devient intenable. Primes en hausse, personnel soignant sous pression, réformes mal calibrées : l'hôpital est sommé d'en faire toujours plus avec toujours moins.

AU SECOURS, J'AI MAL À MON HÔPITAL !

Pendant longtemps, on a cru le modèle helvétique solide. Aujourd'hui, il craque. Le vieillissement de la population, l'explosion des maladies chroniques, la pénurie de personnel et les contraintes budgétaires forment une tempête parfaite. À cela s'ajoutent des réformes structurelles qui peinent à convaincre : financement par forfaits DRG trop rigide, virage ambulatoire lancé sans accompagnement suffisant et, désormais, l'arrivée du financement uniforme des prestations (EFAS), porteuse d'espoirs, mais aussi de fortes incertitudes.

Car une chose est claire, si les nouveaux tarifs ambulatoires ne couvrent pas les coûts réels, ce basculement ne fera qu'accroître les déséquilibres. Le risque est grand de faire plonger les établissements dans une précarité durable, tout en dégradant l'accès aux soins pour la population.

Et pourtant, les attentes restent élevées. Les patient-es veulent des soins sûrs, humains, rapides. Les équipes médicales s'engagent au quotidien avec professionnalisme. Mais sans réforme du financement, sans vision stratégique partagée entre Cantons, Confédération et assureurs, la charge devient insoutenable.

Des solutions existent. Certaines régions expérimentent des réseaux de soins intégrés, des modèles de coordination renforcée entre hôpitaux, médecins de premier recours et structures ambulatoires. Des hôpitaux repensent leur rôle en misant sur l'agilité, la mutualisation, la technologie. Toutefois, ces dynamiques restent isolées, portées à bout de bras par des équipes motivées mais souvent seules face à la complexité du système.

L'hôpital de demain devra être différent : moins centré sur ses murs, plus connecté à son territoire. Il traitera les cas complexes, mais accompagnera aussi la prévention, la réadaptation, la continuité des soins. Il devra être numérique, interopérable, économe... et humain. Ce n'est plus une option : c'est une condition de survie.

Encore faut-il en créer les conditions. Le courage politique, l'engagement collectif et une réforme équitable du financement sont les piliers d'un hôpital repensé. L'heure n'est plus au constat, mais à l'action.

Ce dossier donne la parole à celles et ceux qui agissent, innovent, alertent. Issu-es d'hôpitaux publics et privés, de la politique de la santé, de réseaux ou d'assurances, des professionnel·les partagent leur regard. À lire absolument pour comprendre ce qui se joue et imaginer ensemble un futur hospitalier à la hauteur des enjeux.

INTRODUCTION

DOSSIER AVENIR DE L'HÔPITAL



Dr Hervé Probst
Spécialiste FMH en
chirurgie vasculaire
et générale,
Ensemble Hospitalier
de la Côte (EHC)



Dr François Saucy
Spécialiste FMH en
chirurgie vasculaire
et générale,
Ensemble Hospitalier
de la Côte (EHC)
Membre du comité
de rédaction

Patricia Albisetti
Secrétaire générale
de la Fédération
des Hôpitaux
Vaudois (FHV)

SITUATION DES HÔPITAUX VAUDOIS

En vingt ans, les prises en charge ambulatoires ont doublé dans le canton de Vaud, atteignant 2,74 millions en 2023. Les séjours stationnaires sont passés de 105'000 à près de 129'000. La capacité d'accueil recule : 4,03 lits en soins aigus /1'000 hab. contre 4,27 en Suisse (4,42 et 4,58 en 2014). Le canton est sous-doté en psychiatrie (0,64 lits contre 1,03). Côté coûts, Vaud dépense moins que la moyenne suisse : 720 francs par assuré en stationnaire contre 788 en Suisse. Enfin, le poids du privé reste stable avec env. 17 % des journées d'hospitalisation, loin derrière les hôpitaux publics. (DGS, Obsan/SASIS, STATVD/OFS)

VERS UNE MÉDECINE PLUS CONNECTÉE, PERSONNALISÉE, HUMAINE... ET DURABLEMENT FINANCÉE

Le système de santé suisse est reconnu pour son excellence. Toutefois, les hôpitaux doivent aujourd'hui relever des défis majeurs : pression démographique, vieillissement de la population, essor préoccupant des maladies chroniques, pénurie de personnel soignant et tensions financières. Dans ce contexte, l'hôpital de demain ne sera plus seulement un lieu de soins, mais un acteur clé d'une santé connectée, intégrée et centrée sur la personne. Alors que les difficultés budgétaires s'aggravent, la question du financement devient cruciale.

SOINS INTÉGRÉS ET CONNECTÉS

L'augmentation des pathologies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires ou respiratoires nécessite une transformation du modèle hospitalier. L'hôpital ne peut plus fonctionner en vase clos : il doit s'inscrire dans une logique de suivi à long terme, en coordination étroite avec la médecine de premier recours, les soins à domicile et les patient-es.

Les technologies connectées (capteurs, montres intelligentes, dispositifs de télésurveillance) joueront un rôle central. Elles permettront un suivi personnalisé à domicile, réduiront les hospitalisations et renforceront la prévention.

VALORISER L'HUMAIN À L'AIDE DE LA TECHNOLOGIE

La pénurie de personnel médico-soignant constitue un défi majeur, lié à des conditions de travail exigeantes, à des départs prématurés et à une désaffection progressive des métiers du soin.

La digitalisation devient alors un levier essentiel : dossiers patient-es informatisés interopérables, intelligence artificielle pour le triage, gestion des flux et aide au diagnostic, téléconsultations, outils prédictifs... Ces technologies permettront d'optimiser la prise en charge, d'améliorer la coordination et de libérer du temps pour les soignant-es, recentré-es sur l'accompagnement humain.

DES FINANCES HOSPITALIÈRES SOUS TENSION

Les hôpitaux subissent une pression financière croissante, en partie due aux réformes structurelles introduites par la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), visant à renforcer la concurrence et à optimiser l'utilisation des ressources.

L'introduction des forfaits par cas (DRG – Diagnosis Related Groups) a profondément modifié le financement hospitalier. Ce système attribue un montant fixe par séjour hospitalier en fonction du diagnostic et de la complexité du cas, que ce soit pour les soins aigus, la réadaptation ou la psychiatrie.

Bien que ce financement ait amélioré l'efficacité, il a aussi généré des effets pervers : souvent, les tarifs et les subventions cantonales ne suffisent pas à couvrir les coûts des prestations dispensées, ne permettant plus aux hôpitaux d'assumer leurs missions publiques sans déficit.

DES RÉFORMES À VENIR PORTEUSES D'INCERTITUDES

L'introduction de TARDOC et des forfaits ambulatoires en 2026 suscite de vives inquiétudes. Le virage ambulatoire offre des avantages évidents pour les patient-es – moins d'immobilisation, réduction des risques d'infection, retour plus rapide à domicile – mais pourrait accentuer les déséquilibres financiers des établissements si les tarifs ne couvrent pas les coûts réels.

En novembre 2024, la population a approuvé la modification de la LAMal pour un financement uniforme des prestations (EFAS, voir encadré). Cette réforme introduira un financement identique des prestations stationnaires et ambulatoires par les assureurs et les Cantons, selon une même clé de répartition. Elle représente une opportunité pour les hôpitaux vaudois subventionnés et le Canton de repenser leur modèle de financement.

TROUVER L'ÉQUILIBRE ENTRE EFFICIENCE ET QUALITÉ DES SOINS

Les réformes à venir nécessiteront une réflexion stratégique sur le financement des hôpitaux. L'objectif est clair : garantir la pérennité des établissements, assurer leur mission de service public, préserver la qualité des soins et répondre durablement aux besoins d'une population en mutation.

LA RÉFORME EFAS SOUS LA LOUPE

Dès 2028, toutes les prestations ambulatoires et stationnaires de l'assurance obligatoire des soins seront financées par les assureurs et les cantons selon une même clé de répartition (financement uniforme — EFAS, voir aussi p. 19). À partir de 2032, les prestations de soins seront également financées selon cette nouvelle clé de répartition (au maximum 73,1% pour les assureurs et au moins 26,9 % pour les cantons). Le Conseil fédéral mettra les ordonnances d'application en consultation dès 2026.

Cette réforme incitera les assureurs-maladie et les cantons à favoriser les traitements les plus efficaces pour les patient-es. Elle devrait accélérer le transfert des prestations de l'hospitalier vers l'ambulatoire.

Le financement uniforme encouragera la collaboration entre

médecins, soignant-es, hôpitaux et EMS, facilitant ainsi la coopération entre les différent-es acteur-trices du système de santé.

Pour les hôpitaux vaudois subventionnés par le canton, cette réforme revêt une importance capitale. Actuellement, le système de financement des hôpitaux repose sur un budget global, dans lequel la part fixe garantie par le canton (55 %) contraste avec la part variable des assureurs (45 %), dépendant de l'activité hospitalière. Ce modèle limite les recettes des hôpitaux face à une augmentation d'activité, ne reflétant pas toujours les prestations délivrées. La réforme EFAS sera l'occasion de réévaluer le système cantonal afin de trouver des équilibres financiers plus justes pour toutes les parties, payeurs et hôpitaux.

PUBLICITÉ

LA PHILOSOPHIE DE TERRE VAUDOISE S'INCARNE EN TROIS ACTIVITÉS



LE TRAITEUR

Le meilleur du terroir vaudois, cuisiné avec amour et servi avec le sourire des paysannes vaudoises.



LA BUVETTE

Le seul parlement d'Europe à ouvrir son restaurant au public.
labuvette-vaudoise.ch



LES PANIERS CADEAUX

L'inventivité des artisanes et artisans du canton en matière de gourmandise n'a pas de limites.

021 614 25 65
terre-vaudoise.ch



« LA NOUVELLE PLANIFICATION HOSPITALIÈRE A FAIT L'OBJET DE CONSULTATIONS AVEC LES PARTENAIRES »

Malgré ses avantages en termes d'efficacité et d'économicité, la nouvelle planification hospitalière du canton de Vaud suscite aussi, depuis le 1^{er} janvier 2024, des interrogations sur la continuité des soins et la participation des cliniques privées. Laurence Boland, directrice générale adjointe et responsable de la Direction Hôpitaux au sein de la Direction générale de la santé, nous expose les implications et enjeux de cette révision caractérisée par l'introduction d'une nouvelle approche basée sur les groupes de prestations.

Quels bénéfices concrets cette attribution des mandats par prestations — et non plus globalement par établissement — apporte-t-elle aux patient-es, médecins et établissements ?

C'est la première fois que le Canton a utilisé la méthode standardisée des Groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) développée par le Canton de Zurich. Celle-ci permet une répartition plus fine de l'offre en soins à l'échelle régionale, visant à offrir aux patient-es un accès aux soins de proximité pour les missions non spécialisées, tout en centralisant les groupes de prestations qui nécessitent un haut degré de spécialisation. Cette approche définit des exigences spécifiques et des critères à remplir par GPPH, de manière à garantir des prises en charge sécuritaires et de qualité pour les patient-es. Elle permet également de regrouper les compétences des professionnel·les pour éviter les redondances, ce qui améliore l'économicité du système de santé. À l'échelle du Canton, cela nécessite une bonne coordination interinstitutionnelle. Depuis la mise en œuvre de la nouvelle planification hospitalière au 1^{er} janvier 2024, l'expérience a montré que cette collaboration entre établissements hospitaliers fonctionnait.



Le partenariat public-privé DSAS-SVM a-t-il eu une influence sur la nouvelle planification hospitalière ?

La planification hospitalière a fait l'objet de consultations avec les partenaires, dont la SVM et les cliniques privées (ces dernières ayant la possibilité de postuler), pour comprendre les enjeux respectifs. Lors de l'évaluation des offres reçues, le Conseil d'État a reconnu la place des cliniques dans la couverture des besoins et leur a ainsi attribué des mandats dans les différentes régions.

Plusieurs acteur·trices, notamment du secteur privé, estiment que les critères techniques imposés rendent difficile, voire impossible, leur participation effective à la planification hospitalière. Que leur répondez-vous ?

Le Canton de Vaud a établi sa planification hospitalière en suivant les recommandations de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé et de l'ordonnance sur l'assurance maladie (OAMal). Il est difficilement justifiable de s'écarter de critères admis par l'ensemble des autres cantons ou de conditions édictées par l'OAMal. Néanmoins, le système de notation et la prise en compte des besoins régionaux ont démontré que les cliniques avaient leur place dans la couverture des besoins et le Conseil d'État leur a ainsi attribué des mandats dans les différentes régions.

Quels enseignements le Canton de Vaud peut-il tirer de l'exemple de Wetzikon (voir aussi p. 22) pour anticiper ou éviter une telle situation ?

Le processus de planification hospitalière intègre l'analyse de la pérennité économique des établissements hospitaliers, ce qui permet d'identifier d'éventuelles fragilités financières chez les établissements candidats. Le Canton de Vaud est attentif aux établissements hospitaliers qui présentent des situations financières difficiles. Il met en place, lorsque cela s'avère nécessaire, des commissions d'accompagnement visant à s'assurer que ceux-ci sont en mesure de maintenir ou retrouver un équilibre financier à court ou moyen terme.

Quels sont les mécanismes de suivi, d'évaluation et d'ajustement prévus pour cette nouvelle planification, afin de garantir qu'elle reste adaptée aux besoins et évolutions du système de santé vaudois ?

Un suivi du respect des conditions d'octroi et des prestations attribuées sera réalisé annuellement par la Direction générale de la santé à compter de l'automne 2025, sur la base des séjours hospitaliers réalisés en 2024. Le Canton prévoit, à l'instar de la plupart des autres cantons, une révision de sa planification hospitalière tous les dix ans environ, de manière à garantir l'adéquation de l'offre aux besoins de la population et leurs évolutions.

PUBLICITÉ

HUGUENIN
Orthopédie
Depuis 1955

Nos spécialités :

- Supports plantaires sur mesure
- Bas de compression et de contention
- Exoprothèses de sein
- Ceintures lombaires ou herniaires
- Chaussures adaptées pour supports plantaires
- Protections d'orteils en silicone sur mesure

Rue de la Louve 5
1003 Lausanne
021 312 60 50

Av. du Servan 21
1006 Lausanne
021 616 23 43

www.huguenin-orthopedie.ch

Propos recueillis par
Aurélie Michielin

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

SOINS INTÉGRÉS: REGARDS CROISÉS D'UN RÉSEAU ET D'UNE MÉDECIN DE FAMILLE

Coordonner, fluidifier, humaniser: derrière le terme de « soins intégrés » se dessine un nouveau modèle de collaboration entre médecins, prestataires de santé et hôpitaux. Dans cette interview croisée, la Dre Myriam Ingle, co-présidente de MFVaud, et le Dr Mikael de Rham, directeur de l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC), confrontent leurs visions et abordent sans détour les défis à relever pour améliorer concrètement le parcours des patient-es.

Qu'entendez-vous l'un-e et l'autre par « soins intégrés » ? Avez-vous un exemple de réussite ?

Dr Myriam Ingle : Pour moi, les soins intégrés, c'est la coordination entre le/la patient-e, son médecin de famille et tous les autres prestataires, avec pour objectif d'obtenir de l'efficacité pour les patient-es, notamment en rationalisant les examens et les coûts. En Suisse romande, le réseau Delta, mis sur pied par des médecins qui ont négocié avec les assurances, en est un bon exemple: il permet de lier les intervenant-es de santé tout en proposant un produit d'assurance moins cher. Un autre modèle inspirant est le système danois centré sur le médecin de famille, impliquant l'État et les citoyen-nes et dans lequel l'hôpital intervient pour son expertise et ses plateaux techniques.

Mikael de Rham : Je partage ce point de vue. Le modèle hospitalo-centré et le cloisonnement actuel ont atteint leurs limites. Il faut passer d'une approche à l'acte à une approche coordonnée du parcours de santé, où l'ensemble des actrices et acteurs collaborent autour du/de la patient-e. À l'EHC, nous avons rapproché médecins de famille, spécialistes et médecins hospitaliers grâce

notamment à un système d'information partagé. Un exemple de réussite? Il y en a plusieurs, dont celui des soins palliatifs, où le parcours du/de la patient-e est organisé entre différentes unités et professionnel-les (équipe mobile, unité hospitalière, pharmacie, EMS, etc.). Le fait d'être partie prenante du même parcours de soins permet d'anticiper les transitions et d'éviter les ruptures pour une sécurité accrue dans le parcours de soins.

Qu'est-ce qui a motivé l'EHC à monter un réseau de soins intégrés et comment cela a-t-il été perçu par les médecins installés de votre région ?

MDR : Nous sommes partis du constat que les patient-es atteint-es de maladies chroniques, polymorbides ou âgé-es vivent des parcours fragmentés, coûteux humainement et financièrement. L'EHC, en tant qu'établissement de proximité, a une responsabilité populationnelle. La création du réseau répond donc à une logique de santé publique autant que de qualité des soins.

Les médecins installé-es ont, pour la plupart, perçu positivement cette initiative, car elle reconnaît leur rôle pivot. Certain-es ont exprimé des craintes initiales sur une possible perte d'autonomie, mais le travail de co-construction a permis de renforcer la confiance, qui est aujourd'hui très forte.



Dre Myriam Ingle
Co-présidente
de MFVaud

La liberté thérapeutique est-elle menacée dans les réseaux de soins ?

MI : Dans toute institution, il existe des contraintes, mais dans la pratique libérale aussi. L'indépendance peut être très contraignante quand il s'agit d'affronter seul-e les différentes démarches administratives, financières, architecturales. C'est ce qui fait l'attrait de ces réseaux, tant que notre liberté thérapeutique reste garantie !

MDR : Les médecins du réseau EHC peuvent vous confirmer qu'ils et elles bénéficient d'une liberté thérapeutique complète. La réduction de l'autonomie des médecins découle plutôt des contraintes liées aux différents modèles d'assurance.

Quels bénéfices concrets observez-vous pour les patient-es et les professionnel-les ? Et à l'inverse, y a-t-il des effets inattendus ?

MDR : Pour les patient-es, on observe une diminution des hospitalisations évitables (indicateurs de réadmissions, recours aux urgences), une meilleure continuité du suivi (notamment grâce aux coordinatrices) et une satisfaction accrue. Nous cherchons également à démontrer qu'une prise en charge au sein du réseau réduit les coûts. Nous allons tout faire pour qu'à terme la population de la région puisse bénéficier de primes d'assurances les plus compétitives possibles. Pour les professionnel-les, l'accès en continu à l'ensemble des informations du dossier patient informatisé est un atout majeur, le sentiment d'isolement diminue, la charge administrative est mieux répartie. Mais paradoxalement, le temps dédié à la coordination est insuffisamment valorisé. Un effet inattendu est le risque de surcharge informationnelle ou de dilution des responsabilités si les rôles ne sont pas clairement définis.

Si vous aviez une mesure phare à proposer pour développer la coordination des soins dans votre région et renforcer l'implication des médecins de ville, quelle serait-elle ?

MI : Il faut des outils de partage de l'information, mais aussi de communication entre les professionnel-les impliqué-es dans la prise en charge des patient-es, et donc un dossier électronique du patient qui soit fonctionnel pour tout le monde. Il faudrait aussi pouvoir bénéficier d'un mécanisme de financement qui évite que le temps que l'on passe à la coordination ne pèse pas sur notre rémunération.

MDR : Tout à fait d'accord, il faut instaurer un financement dédié à la coordination inter-professionnelle, indépendant des actes médicaux, ce qu'offre notre partenariat inédit avec la CSS. Il est urgent de reconnaître le temps passé par les professionnel-les, dont les médecins de premier recours, à la concertation, à la planification conjointe et au suivi des parcours, y compris entre acteurs non médicaux.

Pensez-vous que les réseaux de soins intégrés deviendront incontournables dans les prochaines années ?

MI : Oui, ce n'est pas une tendance néfaste. Le réseau EHC et d'autres exemples internationaux démontrent que c'est une voie à suivre pour augmenter l'efficacité et l'économicité, tout en préservant la qualité des soins pour le bénéfice avant tout du ou de la patient-e.

MDR : Oui. Les accélérateurs sont clairs : épidémiologie, vieillissement démographique, pression financière, standards de qualité, révolution numérique, évolution des métiers et exigences démesurées des normes. Cela devient quasi impossible pour le médecin en cabinet de respecter toutes les normes qu'on lui impose. Le risque est que ce soient des prestataires ou des financeurs cotés en bourse qui construisent ces réseaux indépendamment des professionnel-les de santé.



Dr Mikael de Rham
Directeur de
l'Ensemble hospitalier
de la Côte (EHC)

photo Maud Guye-Vuillème

Rodolphe Rouillon
Directeur général de
l'Hôpital Intercantonal
de la Broye

UNIR, INNOVER ET SOIGNER ENTRE VAUD ET FRIBOURG

L'Hôpital Intercantonal de la Broye (HIB), situé à la frontière des cantons de Vaud et Fribourg, incarne un modèle unique exigeant agilité et performance à tous les niveaux. Son statut d'hôpital intercantonal n'est pas seulement un défi : il est le moteur de sa réussite.

Avec un budget de près de 120 millions de CHF en 2025, l'HIB fonctionne selon une convention intercantonale qui impose une coordination constante entre deux systèmes législatifs et politiques. Cette double tutelle requiert une adaptation rapide : chaque décision stratégique ou projet d'investissement (comme l'agrandissement des urgences pour CHF 1,8 million en 2024) doit être validée par les deux cantons, obligeant l'établissement à anticiper et à dialoguer, au prix parfois de retards décisionnels. Ces retards peuvent avoir des répercussions financières regrettables pour l'HIB.

DE LA CONTRAINTE À LA PERFORMANCE

Après plusieurs années de déficits, l'HIB affiche désormais une santé financière exemplaire, avec trois exercices bénéficiaires consécutifs, une marge d'autofinancement en hausse (résultat net de CHF 1,46 million, résultat d'exploitation de CHF 5,97 millions en 2023). Cette performance résulte d'une gestion rigoureuse et d'une optimisation des ressources dans un environnement tarifaire contraint, tout en maintenant la qualité des soins. L'établissement a su transformer la complexité administrative en levier d'efficacité, démontrant que l'agilité est une nécessité vitale pour un hôpital intercantonal.

La mutualisation des ressources humaines, techniques et financières entre

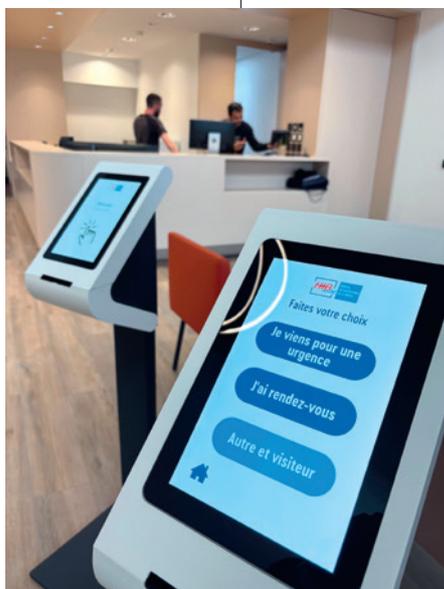
Vaud et Fribourg permet à l'HIB d'offrir un accès élargi aux prestations, de garantir la libre circulation des patient-es et de renforcer l'attractivité de la région pour les professionnel·les de santé (près de 850 collaborateurs et collaboratrices en 2025). Cette organisation innovante favorise la résilience face aux défis, qu'il s'agisse de la pénurie de personnel ou des exigences croissantes en matière de qualité et de sécurité des soins.

Si la complexité administrative et les divergences de politiques de santé sont des défis, l'HIB a su les transformer en opportunités : anticipation des décisions grâce à une gouvernance partagée, adaptation rapide aux évolutions réglementaires et développement de projets d'envergure, comme le futur bâtiment « Horizon » (prévu pour 2031).

L'INNOVATION AU CŒUR DES SOINS

L'activité hospitalière illustre cette dynamique : en 2024, plus de 5'600 patient-es ont été hospitalisé-es en soins aigus pour 27'700 journées d'hospitalisation ; 3'330 opérations ont été réalisées, 27'000 passages enregistrés aux urgences, 23'000 consultations en policlinique et 670 patient-es ont bénéficié d'une prise en charge en réadaptation.

Cette réussite repose sur l'engagement et le professionnalisme des médecins, soignant-es et de l'ensemble du personnel, qui œuvrent chaque jour au service des patient-es et de la région. L'HIB démontre ainsi que l'agilité, la performance et l'innovation sont les clés du succès pour un hôpital intercantonal – et un modèle inspirant pour la santé publique suisse.



VERS UN FINANCEMENT UNIFORME ET UNE PLANIFICATION INTERCANTONALE

Les assureurs représentent déjà aujourd'hui des partenaires essentiels des hôpitaux, finançant conjointement avec les cantons les prestations de soins fournies. L'entrée en vigueur du financement uniforme et le nouveau rôle des assureurs dans la planification hospitalière vont renforcer cette collaboration.

Adrien Kay
Membre de la direction et responsable communication prio.swiss – L'Association des assureurs-maladie suisses

La nouvelle association des assureurs-maladie, prio.swiss, travaille actuellement de manière intensive à la mise en œuvre du financement uniforme, en collaboration avec les cantons et les fournisseurs de prestations. Aujourd'hui, le financement est différent dans le stationnaire (assureurs: 45%; cantons : 55%) et l'ambulatoire (assureurs : 100%). Demain, les assureurs couvriront 75% et les cantons 25% des coûts, quel que soit le domaine. Les hôpitaux auront donc deux interlocuteurs financiers également pour le développement de l'ambulatoire et non plus uniquement pour le stationnaire.

DROIT DE RECOURS DES ASSUREURS

En amont du financement, prio.swiss souhaite assumer pleinement le nouveau rôle des assureurs dans la planification hospitalière. Celle-ci relève de la compétence des cantons, mais les assureurs disposent depuis 2024 d'un droit de recours contre les planifications non conformes à la législation fédérale. prio.swiss voit toutefois cet outil comme une mesure de dernier recours. Notre priorité est de nouer un dialogue avec les cantons lors des consultations sur le renouvellement des planifications hospitalières.

PLANIFICATION HOSPITALIÈRE INTERCANTONALE

Notre but est que la planification hospitalière devienne véritablement régionale (intercantonale). Cette planification doit répondre aux besoins de la population et fournir des prestations de haute qualité. La coordination intercantonale évite des doublons et permet de

mieux respecter les nombres minimaux de cas. Cela accroît la qualité et freine l'évolution des primes. Autre avantage pour les hôpitaux: une planification intercantonale réduit les difficultés de recrutement.

Tout en promouvant une planification intercantonale, prio.swiss défend le fédéralisme et s'oppose à un transfert de la planification hospitalière à la Confédération. Les cantons sont mieux placés pour analyser les besoins de leur population. Nous saluons donc la décision du Parlement de leur laisser cette prérogative, tout en prévoyant une compétence subsidiaire pour la Confédération, au cas où ils ne parviendraient pas à se coordonner.

ENCOURAGER LE TRANSFERT VERS L'AMBULATOIRE

Au niveau des établissements hospitaliers, prio.swiss souhaite encourager le transfert vers l'ambulatoire. Or, ces soins ambulatoires ne peuvent pas être dispensés efficacement avec les structures actuelles, qui ont trop souvent été conçues uniquement pour le stationnaire. Leur adaptation sera un enjeu majeur ces prochaines années. Elle constitue le pendant indispensable au financement uniforme, dont l'un des buts est précisément d'accélérer le virage ambulatoire.

prio.swiss se réjouit de relever ces défis et de s'engager dans un dialogue politique et avec les parties prenantes pour un système de santé de haute qualité et dont le financement soit durable. Ce n'est qu'ensemble qu'hôpitaux, assureurs et cantons pourront garantir des soins de santé optimaux pour la population.

Propos recueillis par
Aurélie Michielin

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

Tulay Ulutas
Directrice générale
Clinique La Prairie

CLINIQUES SOUS TENSION : DÉFENDRE LEUR RÔLE DANS LE SYSTÈME VAUDOIS

*Alors que la planification hospitalière vaudoise redéfinit l'attribution des mandats, les cliniques privées réaffirment leur rôle dans l'offre de soins de qualité et le désengorgement du secteur public. Dans cette interview croisée, **Tulay Ulutas**, directrice générale de la Clinique La Prairie, et **Alain Flückiger**, directeur général de la Clinique CIC, toutes deux situées à Montreux, livrent leur vision d'une meilleure complémentarité public-privé pour maintenir un haut niveau de prise en charge.*

À l'heure où la planification hospitalière cantonale attribue désormais les mandats par prestations (voir aussi pp. 14-15), comment cela impacte-t-il le fonctionnement de l'établissement que vous dirigez ?

Tulay Ulutas, directrice générale Clinique La Prairie : Notre demande d'intégration à la nouvelle planification a été refusée, ce qui réduit l'accès à des soins personnalisés et de haute qualité pour une partie significative de notre patientèle. Convaincu-es de notre rôle clé dans le paysage de soins du canton, nous avons déposé un recours auprès du Tribunal administratif fédéral et restons mobilisé-es pour défendre notre mission au service des patient-es.

Alain Flückiger, directeur général CIC : La dernière planification hospitalière nous a attribué tous les mandats pour lesquels nous sommes actifs, preuve de notre complémentarité avec les hôpitaux publics. Seul manque le mandat de chirurgie spinale, où nous avons pourtant des compétences reconnues. Cette planification nous pousse à améliorer nos prestations en continu, à garantir la qualité des soins et la sécurité des patient-es, tout en structurant la collaboration avec nos médecins accrédités pour répondre aux exigences cantonales. Mais attribuer les mandats par prestations fragmente l'offre de soins et pénalise les structures privées intégrées, pourtant agiles, performantes et capables de prises en charge complètes. Ce modèle favorise une logique d'appel d'offres au détriment de la complémentarité régionale et risque à terme de limiter l'accès équitable aux soins.

La complémentarité entre assurance obligatoire des soins (AOS) et assurances privées est-elle suffisamment reconnue et valorisée dans la planification hospitalière vaudoise ?

TU : Cette complémentarité est insuffisamment reconnue et les cliniques privées ont été marginalisées dans la planification entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2024. Alors que le CHUV reste saturé, le potentiel des cliniques privées, dotées de compétences établies et délivrant des prestations bien moins coûteuses, n'est pas exploité. La centralisation choisie entraîne des coûts plus élevés et des prises en charge ralenties.



« Nous n'avons ni subvention publique ni privée, alors que les tarifs baissent et les coûts augmentent. »

Tulay Ulutas

AF: Les cliniques privées absorbent une large part de patient-es AOS, avec des soins adaptés et des délais d'attente très courts, ce qui désengorge les hôpitaux publics. Pourtant, cette complémentarité reste peu reconnue. Il est essentiel que l'attribution des mandats valorise davantage notre contribution à la fluidité et à l'efficacité du système de santé.

Face aux changements tarifaires annoncés, quelles stratégies envisagez-vous pour garantir la viabilité financière de votre établissement tout en maintenant la qualité des soins ?

TU: Nous n'avons ni subvention publique ni privée, alors que les tarifs baissent et les coûts augmentent. Sans compromis sur la qualité, nous misons sur l'efficacité, l'innovation et la différenciation pour garantir notre viabilité sans renoncer à l'excellence.

AF: Nous optimisons nos processus internes, misons sur la spécialisation et l'innovation pour maintenir la qualité malgré la pression économique. Notre priorité : maintenir l'excellence tout en assurant une gestion durable, sécuritaire et responsable.

Le modèle des médecins agréés est-il fragilisé dans ce contexte ?

TU: Nous continuons à travailler avec des médecins indépendants, un modèle que nous considérons comme le plus adapté à la réalité des cliniques privées. Plutôt qu'une précarisation, nous observons une évolution vers plus de flexibilité et de collaboration, conforme aux attentes actuelles des praticien·nes et des patient-es.

AF: Avec près de 130 médecins accrédité·es, nous n'observons pas de précarisation mais une évolution: plus de

contractualisation, de mutualisation des risques et d'intégration dans des structures plus pilotées. Nos médecins exercent une médecine libérale, il est primordial de maintenir cette saine concurrence entre médecins en redéfinissant un cadre stable et attractif pour valoriser leur engagement, tout en assurant une continuité optimale des soins.

Dans 10 ou 20 ans, comment imaginez-vous la place des cliniques privées dans le système hospitalier vaudois ?

TU: Beaucoup de cliniques ont fermé ces vingt dernières années, fragilisées par des charges croissantes et une diminution constante des revenus, ce qui va à l'encontre des principes de la LAMal. Pour préserver leur rôle actif dans le système hospitalier vaudois, il faut un cadre plus équilibré: accès équitable aux mandats, reconnaissance de leur complémentarité et collaboration active des assureurs comme partenaires pour garantir un service de qualité durable aux patient-es.

AF: Elles seront agiles, centrées sur la chirurgie, la réhabilitation rapide et les soins spécialisés. Pour y parvenir, les cliniques privées doivent être reconnues comme partenaires à part entière du dispositif de santé vaudois: attribution équitable des mandats, soutien financier à leur rôle formateur, notamment pour les médecins, et encouragement d'innovations centrées sur les patient-es.

Alain Flückiger
Directeur général
Clinique CIC



RÔLE DU MÉDECIN
HOSPITALIER

Dr Alain Akiki
Spécialiste FMH en
chirurgie orthopédique
Médecin Chef de
service, Hôpital
Riviera-Chablais

UNE FONCTION À RÉINVENTER DANS UN HÔPITAL EN MUTATION

Le visage de l'hôpital suisse se transforme en profondeur. Longtemps symbole d'excellence clinique et d'autonomie professionnelle, il est aujourd'hui traversé par des bouleversements systémiques qui redéfinissent le rôle du médecin hospitalier.

Historiquement, le médecin hospitalier suisse bénéficiait d'une grande latitude dans l'organisation de son travail. Aujourd'hui, cette autonomie est progressivement encadrée par des exigences de traçabilité, de performance et de conformité aux standards institutionnels. Cette évolution reflète une volonté légitime de modernisation du système, mais induit une profonde redéfinition du rôle professionnel, devenu hybride. Ce rôle ne se limite plus à la clinique : il implique aussi la coordi-

nation d'équipes, la gestion de la qualité, des projets d'innovation et la formation. Cette multiplicité des rôles entraîne une fragmentation du temps médical et une surcharge mentale croissante.

UNE GOUVERNANCE HOSPITALIÈRE À REPENSER

Dans de nombreux hôpitaux, les médecins ont vu leur capacité d'influence stratégique diminuer, au profit de structures managériales. Si ces approches ont permis de mieux piloter les établissements

PUBLICITÉ



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

Prothèses orthopédiques : nouvelles indications et techniques

- Formation continue destinée aux médecins internistes généralistes
- **Judi 18 septembre 2025** à 17h15
Avenue Alexandre-Vinet 30 - 1004 Lausanne

Renseignements et inscription
www.lasource.ch/conference-protheses



et d'optimiser certaines ressources, elles ont également engendré une prise de distance entre les organes décisionnels et le terrain clinique. Or, l'implication du corps médical est une condition nécessaire pour garantir la pertinence et l'acceptabilité des réformes, mais aussi pour proposer des solutions concrètes.

POUR UN MODÈLE HOSPITALIER CENTRÉ SUR LE SENS

L'hôpital suisse de demain ne pourra pas faire l'économie d'un repositionnement du rôle médical. Ni technicien, ni simple exécutant, ni manager désincarné, le médecin hospitalier doit être reconnu comme un acteur central d'un système collaboratif, durable et en constante évolution. Cela nécessite plusieurs changements :

- 1 Instaurer une gouvernance partagée intégrant des représentant·es médicaux dans les décisions stratégiques ;
- 2 Garantir du temps protégé pour les missions académiques (formation, encadrement, recherche) ;
- 3 Former les médecins au leadership collaboratif, à la gestion de projet et à la communication interprofessionnelle ;
- 4 Repenser la numérisation comme un appui et non un contrôle, grâce à des outils ergonomiques, sécurisés et centrés sur les besoins des soignant·es ;
- 5 Valoriser les complémentarités professionnelles en reconnaissant institutionnellement les rôles de chacun·e au profit d'un véritable travail d'équipe ;

Le temps est venu de restaurer un pacte de confiance entre institutions et médecins. Car soigner, encore aujourd'hui, reste une mission de sens. Et c'est ce sens qu'il faut préserver, pour construire l'hôpital suisse de demain.

Retrouvez la version intégrale sur svmed.ch/doc-mag

Par souci de lisibilité, l'expression consacrée « médecin hospitalier » est ici utilisée au masculin. Elle désigne cependant toutes les personnes exerçant cette fonction, quels que soient leur genre ou leur identité.

PUBLICITÉ



INTERMANDAT
DEPUIS 1932

RÉVISION | FISCALITÉ | SERVICES EXTERNES

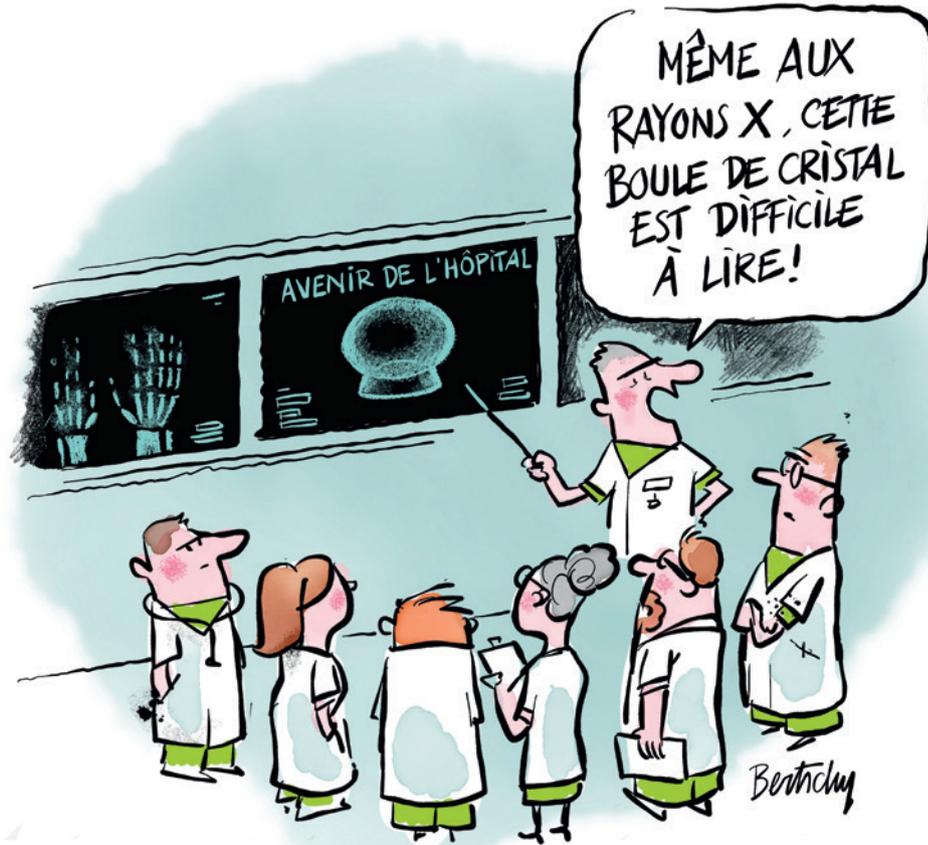


Vos experts

en révision, fiscalité et comptabilité sont à votre service depuis 1932 pour trouver la meilleure solution adaptée à vos besoins.

www.intermandat.ch

Illustration:
Bertschy



PUBLICITÉ



**GROUPE
VIDYMED**
Cabinets médicaux

Les Docteurs

Jürg HESS et Paul WIESEL

ont le plaisir d'annoncer l'arrivée
d'un nouveau médecin dans
leur cabinet de groupe
depuis le 1^{er} septembre 2025

Prof. Dr. med. Radu TUTUIAN

Spécialiste en hépato-gastroentérologie
(Formation complémentaire en ERCP)

Centre Médical d'Epalinges

Route de la Corniche 1, 1066 Epalinges
Tél. : +41 21 683 08 08
secretariat.gastroepalinges@hin.ch

ASSYMBA

ENTREPRISE INFORMATIQUE AU SERVICE DES PME

NOUS SOMMES SPÉCIALISÉS DANS LA

**Cybersécurité dans le
domaine de la santé**

SELON LES RECOMMANDATIONS DE LA
CONFÉDÉRATION

2

Authentification,
blocage des fichiers
dangereux, contrôle
de l'exécution des
fichiers et
segmentation du
réseau.

1

Gestion des
correctifs et du cycle
de vie, suivi des
données concernant
le périmètre de
sécurité (niveaux
organisationnel et
technique).

3

Copies de
sauvegarde hors
ligne et
rétablissement après
un sinistre.

EXPLICATIONS ET AUDIT

**NOUS SOMMES QUALIFIÉS POUR APPLIQUER
CES MESURES DANS VOTRE CABINET**

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



LES CANTONS VEULENT RENFORCER LA COLLABORATION EN MATIÈRE DE PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

Les cantons doivent assurer une planification hospitalière adaptée aux besoins, aboutissant à une offre qui ne soit ni excédentaire ni déficitaire. Les listes hospitalières cantonales qui en résultent répertorient les mandats de prestations indispensables à la couverture des soins.

Cette planification des cantons est actuellement critiquée par la Berne fédérale et différentes interventions parlementaires exigent un renforcement du rôle de la Confédération, voire une centralisation dans ce domaine. Pourtant, il est judicieux que les cantons restent responsables de cette planification. Dans un petit pays où la concurrence est vive, une centralisation « à la danoise » est incompatible avec nos structures et nos traditions fédéralistes. Un transfert de compétences à la Confédération ne résoudrait pas non plus les problèmes financiers des hôpitaux. D'autres solutions sont nécessaires, notamment pour garantir qu'en cas de hausse des coûts significative et imprévue, le renchérissement puisse être pris en compte rapidement et de façon contraignante.

Il y a 25 ans, la Suisse comptait 200 hôpitaux de soins généraux, contre 100 aujourd'hui. Le paysage hospitalier et les structures hospitalières sont en pleine mutation. Celle-ci va se poursuivre avec la

nouvelle structure tarifaire ambulatoire et l'introduction du financement uniforme. Il faut s'attendre à une accélération du transfert de prestations hospitalières vers l'ambulatoire, c'est-à-dire des interventions sans nuitée à l'hôpital.

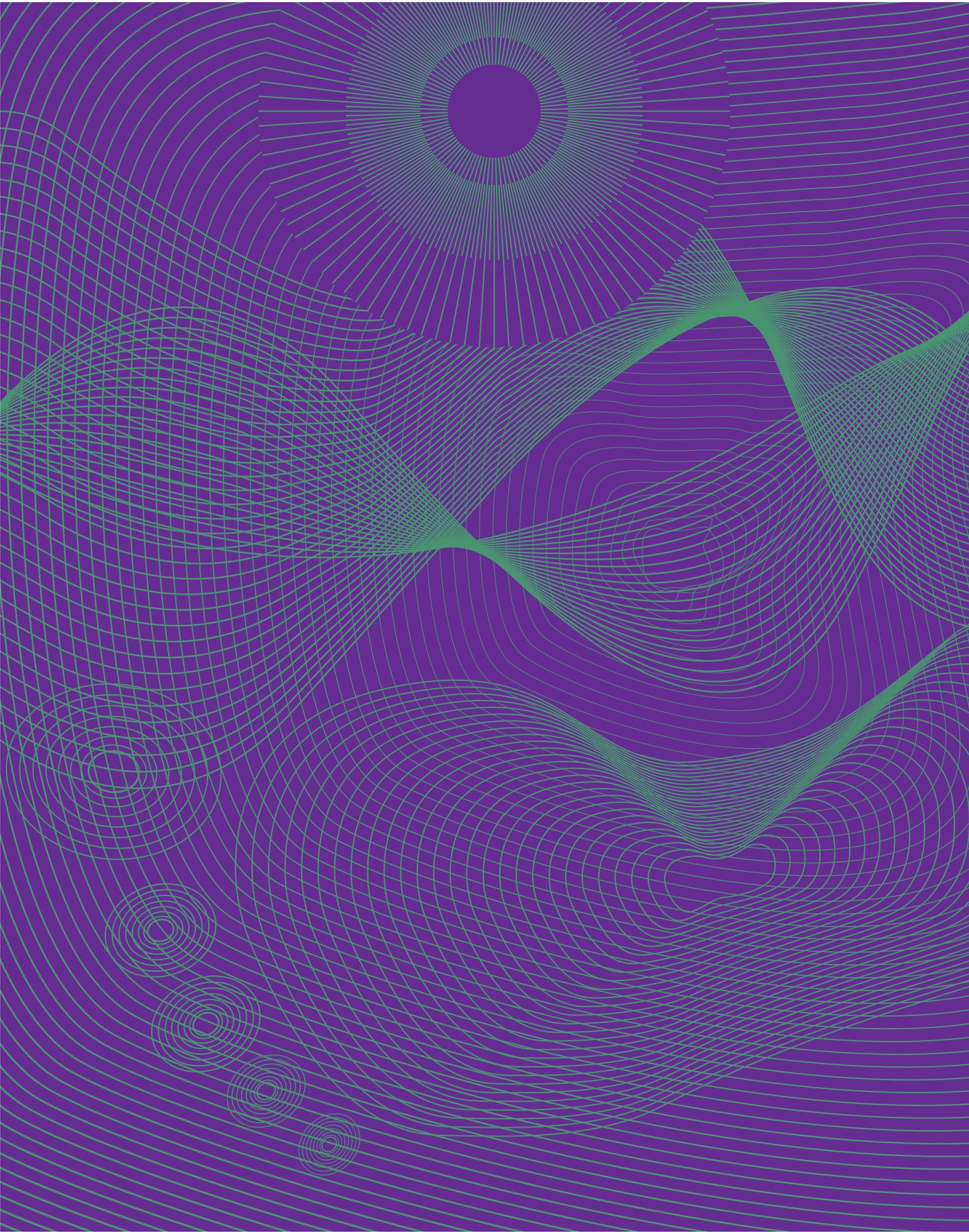
Revendiquer une collaboration encore plus étroite et systématique entre les cantons en matière de planification hospitalière est légitime. Il existe déjà de bons exemples de planifications communes et de listes hospitalières similaires. En novembre 2024, l'Assemblée plénière de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a donné un signal fort en intégrant la coordination et la collaboration intercantonaux dans ses recommandations sur la planification hospitalière. La médecine hautement spécialisée (MHS) illustre cette capacité: depuis 2009, elle fait l'objet d'une planification unique, partagée par tous les cantons.

Les cantons doivent éviter les surcapacités tout en garantissant le bon fonctionnement des infrastructures, y compris en temps de crise comme lors de la pandémie de COVID-19. Une réduction drastique du nombre d'hôpitaux, comme le réclament certaines, ne permettrait pas de maintenir le niveau actuel de prise en charge.



CE QU'EN PENSE

Lukas Engelberger
Conseiller d'État du canton de Bâle-Ville et président de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé



Quand les membres du comité de rédaction ont accepté de tester certaines approches issues des médecines complémentaires pour l'élaboration de ce dossier, ils et elles l'ont fait avec sincérité, ouverture d'esprit et... une pointe d'appréhension. Consulter une iridologue, s'enfermer dans une cabine à -110 °C ou, comme moi, s'aventurer chez un kinésologue, c'est repousser volontairement nos repères habituels.

MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES : ON A TESTÉ POUR VOUS

Alors pourquoi ce dossier ? Parce que nos patient-es montrent un intérêt croissant pour les médecines complémentaires, que ce soit par curiosité, par quête de mieux-être voire par manque de réponses de la médecine traditionnelle. Ce qu'elles et ils y trouvent ? Du temps, une écoute attentive, des gestes, des rituels et cette disponibilité que la médecine complémentaire sait offrir – peut-être justement parce qu'elle est libérée des contraintes qui pèsent sur notre exercice quotidien.

Quant à ma propre expérience chez le kinésologue, je l'ai vécue comme un moment étonnamment apaisant, porté par une posture respectueuse, chaleureuse. Ce n'était ni magique, ni forcément valide scientifiquement, mais j'ai ressenti l'impression d'être vraiment accompagné. Et cet accompagnement – au cœur même du soin – fait écho à ce que l'éthique du *care* nous enseigne : être présent-e, vraiment, à l'autre. Et nos patient-es y sont sensibles.

Ce dossier ne cherche pas à trancher entre le vrai et le faux, le rationnel et l'irrationnel. Il propose plutôt une exploration des médecines complémentaires par des médecins pour mieux comprendre ce qui attire, apaise ou rassure nos patient-es, afin d'en parler avec elles et eux en connaissance de cause, tout en étant conscient-es des exigences auxquelles doivent répondre ces thérapeutes.

Et – *last but not least* – n'était-ce pas un exercice d'inversion des rôles ? Nous, médecins habitué-es à maîtriser, avons vécu l'expérience du soigné ou de la soignée qui accepte une thérapie sans en connaître vraiment les protocoles ni le fonctionnement. Cette position différente nous rappelle combien cette posture d'incertitude est souvent celle de nos patient-es – une réalité qui mérite notre pleine attention.

Rassurez-vous, votre comité de rédaction s'est mouillé pour vous, et il va... bien. Mieux ? À vous d'en juger, après lecture !

INTRODUCTION

DOSSIER MÉDECINES COMPLÉMENTAIRES



Dr Marc-Antoine Bornet
Spécialiste en médecine interne générale
Membre du comité de rédaction



**Dre Sabine
Delachaux-Mormile**
Spécialiste en
ophtalmologie
Membre du comité de
rédaction

UNE OPHTALMOLOGUE CHEZ L'IRIDOLOGUE

Lorsque le comité de rédaction de DOC a voulu m'envoyer chez l'iridologue, je me suis demandé s'il y avait là une forme de sadisme. Allais-je pouvoir faire autre chose que tirer à boulets rouges sur l'iridologie ?

Comment l'iridologie, qui prétend obtenir des informations sur l'état de santé actuel et futur d'une personne grâce à l'observation de l'iris et de ses modifications, pourrait-elle fonctionner ? À vrai dire, il n'y a pas de modifications de l'iris après la première année de vie, en dehors des lésions pigmentées évolutives ou des altérations iatrogènes (effets secondaires de médicaments, opération). C'est d'ailleurs en raison de cette stabilité remarquable que l'iris est utilisé comme moyen d'identification biométrique. Quant à la pertinence des cartographies iriennes reliant des parties de l'iris à des organes, ou de l'association entre couleur de l'iris et prédispositions à certaines pathologies, il n'existe pas de preuve scientifique. Il existe en revanche des études démontrant l'incapacité d'iridologues à détecter des patient-es pourtant porteuses et porteurs de pathologies.

POURQUOI Y ÊTRE ALLÉE ?

Par ouverture d'esprit, par curiosité et avec l'envie de comprendre ce qui satisfait les patient-es. J'ai demandé à l'iridologue

que j'ai consultée, naturopathe de formation, de m'aider à soulager les joyeux symptômes typiques de ma tranche d'âge, comme les réveils nocturnes en nage. Cette dernière a consacré beaucoup de temps à effectuer une anamnèse étendue, ce qui a permis d'identifier les habitudes que je devrais changer pour améliorer ma situation et m'éviter de futurs écueils. L'observation de mes iris a ensuite confirmé cette première impression. Nous pourrions crier au biais de confirmation, mais finalement, en tant que médecins, nous en sommes également victimes.

Après avoir suivi toutes ses recommandations et prescriptions, je suis obligée de reconnaître que mes symptômes se sont fortement atténués. Est-ce dû à mes changements d'habitudes ? Ou à la prise de nombreuses plantes, sous forme de tisane, – moi qui ne suis pas du tout tisane, vous apprécierez mon sens du sacrifice ! – et de gélules dont la provenance, lorsqu'elle est connue, est trop lointaine à mon goût (moi qui ne prends presque jamais l'avion) ?

À mon sens, ce que les patient-es obtiennent et apprécient finalement, c'est le temps. Il permet l'écoute et la perception de la personne dans son ensemble, des éléments essentiels pour le soin mais aussi la prévention. Ce temps, nous l'offrons tout aussi bien à nos patient-es, mais nous devons le partager avec la surcharge administrative imposée. Le système ne devrait-il pas s'inverser et redonner aux médecins ce temps que les patient-es vont chercher ailleurs ?

J'AI TESTÉ LA BIORÉSONANCE

Curieuse de comprendre la biorésonance, qui promet de diagnostiquer les déséquilibres énergétiques, j'ai tenté l'expérience. Entre technologie intrigante, recommandations alimentaires classiques et fatigue inattendue, retour sur une séance aux frontières du visible.

Ne sachant pas à quelle sauce je serais mangée, j'ai choisi des sous-vêtements décents et ai préparé une liste de mes désagréments de santé. Je me considère en excellente santé, mais à 48 ans, si nous n'avons pas d'inconforts, c'est qu'on est mort. Toute cette minutieuse préparation s'est révélée totalement inutile puisqu'il n'y a aucun contact physique dans la biorésonance. Le thérapeute et moi nous trouvions chacun-e face à un ordinateur, à un bon mètre de distance. Nul besoin d'une anamnèse fouillée car c'est l'ordinateur qui nous dit ce qui dysfonctionne.

UNE SÉANCE SANS CONTACT MAIS CONNECTÉE

Le thérapeute m'a placé une sorte de casque sur les oreilles, relié d'un côté et de l'autre par trois câbles entremêlés d'un bon calibre. Comme ce dernier me l'a appris, le principe de la biorésonance repose sur le fait que chaque cellule, chaque tissu, chaque organe a sa propre fréquence, qui se calcule en hertz. Le casque sert à scanner le corps et à détecter les fréquences pathologiques. Celui-ci commence de manière macroscopique par les organes, puis s'affine sur les tissus et se termine sur les cellules. En fonction de la fréquence émise, il y a 6 « états » différenciés – du parfait au pathologique – rendus visibles à l'écran par des formes et des couleurs distinctes.

SCANNER LES CELLULES ET CORRIGER LES FRÉQUENCES

Une fois les mauvaises fréquences identifiées, le traitement commence. Pour chaque fréquence altérée d'une partie du corps concernée, le thérapeute sélectionne la fréquence d'une plante, d'une pierre ou d'un élément correspondant pour en corriger le déséquilibre. Cette fréquence « thérapeutique » est ensuite transmise via le casque, ce qui permettrait une réparation fulgurante.

Le thérapeute m'a averti que je pourrais ressentir des picotements ou de la fatigue et, en effet, j'ai ressenti une grande fatigue. Était-ce dû au processus de réparation de mes cellules par la fréquence du marronnier blanc ? Ou à l'effet soporifique que les planches d'anatomie et d'histologie, que je voyais défiler, avaient déjà sur moi durant mes études ?

À la fin de la séance, le thérapeute m'a prescrit de l'homéopathie et m'a recommandé de beaucoup boire, d'éviter les pistaches et l'alcool fort, mais plutôt de favoriser les figues, les pruneaux, le foie de veau, les haricots et les petits pois. Je constate donc, avec un certain désappointement, qu'il existe un consensus dans toutes les médecines du monde sur l'absence de bienfaits de l'apéro et sur l'importance de s'hydrater et de consommer des fruits et légumes de saison.

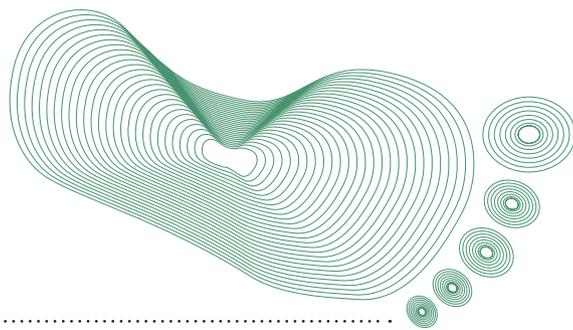


Dre Sandy Estermann
Spécialiste en
médecine interne
générale
Membre du comité
de rédaction



Dre Séverine Oppliger-Pasquali
Spécialiste en médecine interne générale
Membre du comité de rédaction et présidente de la SVM

UNE APPROCHE RELAXANTE



J'ai testé... la réflexologie, une technique de stimulation des zones réflexes des pieds et des mains. Si la détente était au rendez-vous, j'ai aussi mesuré combien l'impact de la pratique repose sur la relation avec le ou la thérapeute et sur sa capacité à s'adapter aux besoins du patient ou de la patiente.

Dans le cadre de mon exploration des médecines complémentaires, j'ai expérimenté une séance de réflexologie d'une heure, menée par une thérapeute pratiquant aussi le yoga et la méthode Gasquet. Celle-ci oriente particulièrement sa pratique sur l'accompagnement des troubles liés à la ménopause et la gestion du stress.

La séance s'est révélée agréable et globalement relaxante. Toutefois, malgré une anamnèse générale au préalable, j'ai eu le sentiment que la méthode utilisée suivait un protocole standardisé, sans réelle adaptation

à mes attentes ou besoins spécifiques. Puisque la thérapeute ne manipulait que mes paumes de main, puis mes plantes des pieds, j'aurais apprécié davantage d'explications sur les zones anatomiques ciblées. Cela m'aurait peut-être permis de faire des liens et de mieux comprendre certains ressentis corporels.

Cette méthode offre indéniablement un espace de détente physique et mentale. Au-delà de ce bénéfice immédiat, son impact thérapeutique me semble dépendre en grande partie de la sensibilité et de l'empathie du/de la praticien-ne, ainsi que de la dynamique relationnelle instaurée avec le ou la patient-e.

PUBLICITÉ

Labelisé Green
100% pro

eco2net SA
Nettoyage & Facility Services

ANSO depuis 1968

Devis gratuit et sans engagement

- ecoIntensif**
Nettoyages spéciaux
- ecoMobile**
Nettoyages ponctuels
- ecoIntegral**
Service de conciergerie
- ecoEntretien**
Abonnement de nettoyage
- ecoExclusif**
Services à domicile
- ecoExpertise**
Audit - Conseils Formations
- ecoFacility**
Multi-services

7 départements à votre service

www.eco2net.ch

Yverdon-les-Bains: 024 425 30 00 - Romanel-sur-Morges: 021 804 61 40
Epalinges: 021 784 37 56 - Vevey: 021 921 00 33 - Domdidier: 026 675 30 03

HIRSLANDEN
CLINIQUE BOIS-CERF

DR JÉRÉMIE GOZZO
Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, membre FMH

a le plaisir de vous faire part de son installation en pratique privée avec le Dr Alexandre Brügger, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, membre FMH, ainsi que sa collaboration avec la Clinique Bois-Cerf.

Adresse du cabinet :
Avenue d'Ouchy 35, 1006 Lausanne
T +41 21 619 69 36
secretariat.gozzo@hirslanden.ch

FRISSONS CONTRÔLÉS : MA VIRÉE À -110 °C

Par une belle fin de journée, j'ai troqué ma blouse blanche contre un bonnet, des gants et un short pour tester... la cryothérapie du corps entier ! Direction un centre médico-sportif au Mont-sur-Lausanne, où m'attend une chambre froide pas comme les autres : l'IceLab, affichant fièrement -110 °C.



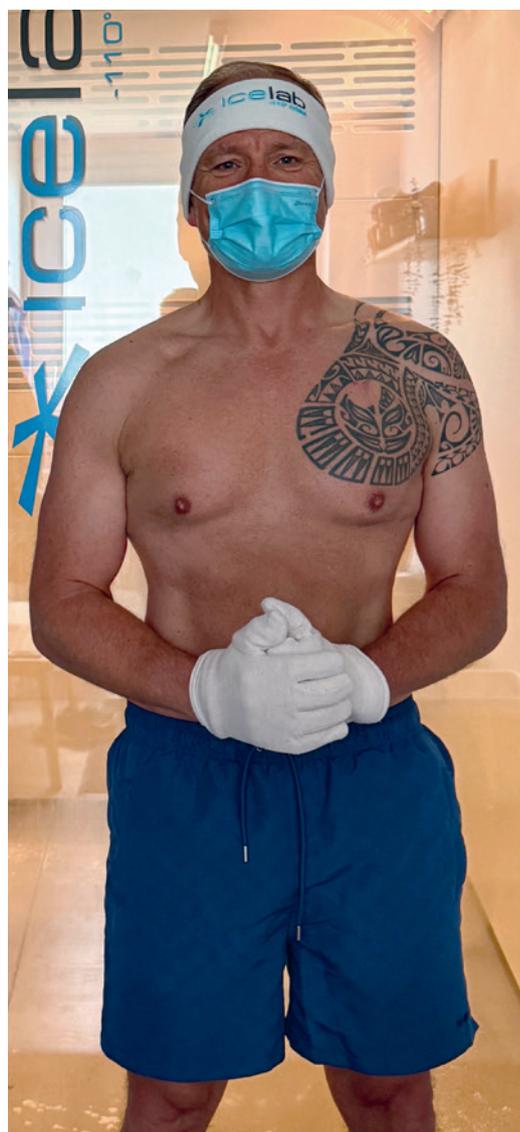
Dr François Saucy
Spécialiste en
chirurgie vasculaire
Membre du comité
de rédaction

Avant d'entrer dans ce congélateur géant version médicale, un bref détour administratif s'impose : consentement en ligne, contrôle des contre-indications (syndrome de Raynaud, problèmes cardio-vasculaires) et explications rassurantes sur les mesures de protection. On me remet des sabots en plastique, un bandeau pour les oreilles, un masque chirurgical (oui, même ici !) et des gants. Une panoplie qui donne des airs de spa scandinave mais sans le jacuzzi.

La séance débute par 30 secondes à -60 °C, histoire de s'acclimater, enfin... façon de parler. Puis, c'est le grand saut : 2 minutes 30 à -110 °C, debout dans une pièce givrée, baignée dans une lumière polaire. Le froid ressenti est immédiat, pénétrant, presque irréel. D'abord vivifiant, puis franchement mordant, surtout au niveau des jambes. On bouge légèrement pour rester « chaud » et on surveille l'horloge avec une attention de moine zen.

Et puis, c'est fini. Trois minutes glaciales : un exploit digne d'un séjour en Sibérie, mais en short. À la sortie, la sensation est paradoxale : euphorie, jambes légères, esprit clair. Placebo ? Endorphines ? Ou juste le bonheur d'en être sorti vivant ? Peu importe, l'expérience est singulière, tonique et franchement revigorante.

En résumé ? Trois minutes de froid extrême pour un maximum de frissons dans tous les sens du terme. À tester, si vous avez le cœur (et les jambes) bien accrochés !





**Dre Catherine
Léchaire**
Spécialiste en
psychiatrie et
psychothérapie
Membre du comité
de rédaction

« SOIGNER, C'EST BIEN PLUS QU'AGIR SUR UN SYMPTÔME »

À une époque où l'intelligence artificielle est parfois annoncée comme l'avenir de la médecine, comment comprendre que de nombreux et nombreuses patient-es se tournent vers les médecines complémentaires ?

Dans la foulée se pose, selon moi, la question du sens même de soigner : qu'est-ce qui fait le succès d'une prise en charge ? L'enjeu n'est pas d'opposer la médecine dite conventionnelle aux médecines complémentaires, mais de comprendre ce qui rend ces dernières si attractives. La médecine traditionnelle est parfois perçue comme trop technique, trop rapide et fragmentée. On peut lui reprocher de se spécialiser de plus en plus et une tendance à se focaliser sur un seul organe ou sa fonction. Mais il faut rappeler une distinction essentielle : elle repose sur des études scientifiques rigoureuses.

SOIGNER, UNE RENCONTRE HUMAINE

Dans ma pratique, j'observe qu'au-delà d'un diagnostic et d'un traitement, mes patient-es recherchent aussi autre chose : ils et elles expriment avant tout le besoin d'être écouté-es et pris-es en considération dans la globalité de leur vécu, surtout s'il ne semble pas correspondre aux « attentes de la société ».

Les patient-es apprécient l'attention que le ou la professionnel-le de santé porte à leurs symptômes et à leur histoire personnelle. C'est la reconnaissance du vécu subjectif, ainsi que l'attention et la bienveillance du ou de la praticien-ne, qui permettent d'établir une confiance mutuelle. Cette relation constitue un appui essentiel qui permet au patient ou à la patiente de

« Soigner, c'est rencontrer l'autre dans sa vulnérabilité, l'accompagner et lui donner une place dans son parcours de soin. »

s'engager dans une démarche thérapeutique. Les approches complémentaires, quelle que soit leur efficacité médicale, proposent une approche holistique, globale. Elles accordent souvent plus de temps aux patient-es, favorisant un climat d'échange et de confiance. Et cet aspect séduit.

UN LIEN À PRIVILÉGIER, DES DÉRIVES À PRÉVENIR

S'il est possible de rencontrer des praticien-nés sérieux ou sérieuses et bienveillant-es, il peut arriver également d'être confronté-e à des discours approximatifs, des promesses infondées et parfois des dérives, car ces professions ne sont pas réglementées. Cela n'invalide pas l'effet subjectif bénéfique que ces thérapies peuvent produire, mais invite à la prudence et au discernement.

Soigner, c'est bien plus qu'agir sur un symptôme. Ce n'est pas seulement prescrire ou analyser. Soigner, c'est rencontrer l'autre dans sa vulnérabilité, l'accompagner et lui donner une place dans son parcours de soin. Ce lien humain complète la science : c'est lui qui donne sens à la médecine.



DU FLOU ARTISTIQUE AU CADRE STRUCTURÉ

Depuis plus de 30 ans, la Fondation ASCA impose des standards exigeants et reconnaît quelque 18'000 praticien·nes en Suisse et 150 méthodes thérapeutiques. Son label qualité permet de distinguer les thérapeutes qualifié·es des amatrices et amateurs inspiré·es.

LABEL ASCA

Laurent Berset
Président de la
Fondation suisse
pour les médecines
complémentaires
ASCA

Quand les médecins se muent en influenceurs de la médecine complémentaire, c'est certainement autant par curiosité scientifique que pour mieux comprendre et accompagner leurs patient·es. Car, ces dernier·ères ne les ont pas attendu·es pour partir à la découverte de la kinésiologie, de la réflexologie ou encore de l'iridologie. Mais dans ce domaine, comment savoir à qui faire confiance ?

UNE RECONNAISSANCE EXIGEANTE

À l'heure où certaines approches attirent autant qu'elles intriguent, la Fondation ASCA veille à ce que le sérieux ne soit pas une option. Pour obtenir le label de qualité ASCA, les thérapeutes suivent non seulement une formation complète dans leur discipline, mais aussi – et surtout – acquièrent des connaissances de base en médecine académique.

Leur pratique est entourée par des règles professionnelles et déontologiques et, chaque année, une formation continue obligatoire les astreint à maintenir et développer leur niveau de compétence.

UN GARDE-FOU POUR LES PATIENT·ES ET POUR LES MÉDECINS

Ces connaissances en médecine académique permettent aux thérapeutes de mieux comprendre le parcours médical de leurs patient·es, leurs traitements, leurs inquiétudes. Elles renforcent la qualité de l'écoute, la pertinence de l'accompa-

gnement et la capacité à reconnaître les situations qui sortent de leur champ de compétences. Parce qu'un·e bon thérapeute, c'est aussi quelqu'un qui sait dire : « Ceci ne relève pas de mes compétences ».

Cela les distingue clairement de certain·es praticien·nes qui pullulent aujourd'hui sur le marché, parfois après un simple week-end de formation ou deux vidéos bien choisies sur YouTube.

Dans ce contexte, le label ASCA agit comme un repère clair : pour les patient·es bien sûr, mais aussi pour les médecins, de plus en plus appelé·e à collaborer avec ces praticien·es ou, du moins, à comprendre ce qu'ils et elles proposent.

UN PAS SUPPLÉMENTAIRE VERS UNE MÉDECINE INTÉGRATIVE

Ce que garantit l'ASCA, ce n'est pas que chaque méthode fonctionne pour toutes et tous, mais que chaque thérapeute reconnu·e exerce dans un cadre de compétence et d'éthique. Dans un monde où certain·es patient·es font autant confiance à la naturopathie qu'à l'IRM, il est plus que jamais utile de savoir à qui nous avons affaire.

Chères et chers médecins, certes les aiguilles de nos acupunctrices et acupuncteurs piquent, mais en règle générale les thérapeutes ASCA ne mordent pas. Alors n'hésitez pas à échanger avec elles et eux, car ces professionnel·les poursuivent le même but que vous : le bien-être des patient·es !



PROGRAMME FORMATIONS JVD 2025-2026

06.11.2025 : Cardiologie

04.12.2025 : Neurologie

15.01.2026 : Médecine sous l'angle du droit

26.02.2026 : TDAH chez l'adulte

26.03.2026 : Endocrinologie

30.04.2026 : Santé des médecins

04.06.2026 : Ménopause / Andropause

25.06.2026 : Rachialgie

Programme sous réserve de modifications

Commission de Formation Continue (CFC): Prof. Olivier Lamy (Président), Prof. Carole Clair, Dr(e)s Marc-Antoine Bornet, Sanae Mazouri, Sophie Paul, Francine Pilloud, Alain Birchmeier, Serge Félix, David Gachoud, 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

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

INFORMATIONS, HORAIRES, ACCRÉDITATION

Formation en présentiel à l'Auditoire César-Roux (CHUV).

Inscription obligatoire pour chaque session.

Les conférences pourront être visionnées sur la future plateforme e-learning de la SVM.

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

ACCRÉDITATION: Une session JVD donne droit à 3 crédits de formation continue essentielle en médecine interne générale.



ÉCONOMISEZ!

Commandez votre abonnement JVD 2025-2026

www.svmed.ch/formation-pratique/formation-continue-svm/

Délai de commande: 31.10.2025. Valable uniquement pour les formations JVD.

Renseignements et inscriptions - Formation continue SVM

email: formationcontinue@svmed.ch

Tél. 021 651 05 05

Envie de vous installer? On vous aide à franchir le pas!

OÙ, QUAND, AVEC QUI?

EN VILLE OU À LA CAMPAGNE?



Installation en cabinet

Soirées de formation

Module 1: «J'aimerais m'installer»

Mardi 30.09.2025 à 18h30

Module 2: «Je vais m'installer»

Jeudi 09.10.2025 à 18h30

Module 3: «Je m'installe»

Mardi 28.10.2025 à 18h45

Lieu: Lausanne CHUV

Réservez votre place!



SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

CHUV

unisanté
Centre universitaire de médecine générale et santé publique Lausanne

Asmav

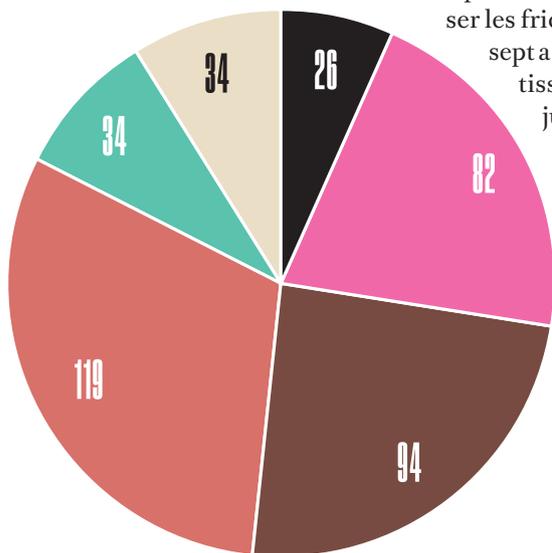
COÛTS, CONTRÔLES, CONTRAINTE : LES 3 C DE LA DISCORDE

Près de 400 membres ont participé au sondage SVM mené ce printemps sur leurs relations avec les assureurs. Les résultats révèlent des échanges professionnels tendus, sur fond de surcharge administrative croissante et de défiance envers les décisions médicales.

Parmi les 389 répondant-es (ratio hommes-femmes à l'équilibre), la plupart sont en activité (92 %) et exercent à titre indépendant (79 %). Les échanges avec les assureurs LAMal sont jugés insatisfaisants par une large majorité des sondé-es (voir graphique ci-contre). Le Groupe Mutuel arrive en tête des assureurs les plus appréciés, tandis qu'Assura termine en queue de peloton.

UNE PRESSION ÉCONOMIQUE QUI FAIT DES DÉGÂTS

L'aspect financier semble cristalliser les frictions : un médecin sur sept a reçu un courrier d'avertissement pour des coûts jugés excessifs et un sur douze a dû procéder à un remboursement. Une pression économique qui peut rapidement se traduire par du stress et une charge administrative excessive.



NOMBRE D'ÉCHANGES PROBLÉMATIQUES AVEC LES ASSURANCES

- Chaque jour ou presque
- Chaque semaine ou presque
- Chaque mois ou presque
- Quelques fois par année
- Rarement ou jamais
- Autres

Plus d'un quart des répondant-es a rapporté des interactions problématiques chaque semaine ou presque, voire quotidiennement. Plus de la moitié en rapporte au moins une fois par mois. Seuls 9% estiment en avoir rarement (une fois par année ou moins) voire jamais.

Par ailleurs, alors que les assureurs cherchent à nouveau à imposer la liberté de contracter, 40 % des sondé-es ont vu des patient-es changer de médecin pour des raisons liées à leur modèle d'assurance.

Parmi les doléances récurrentes, les sondé-es pointent une surcharge administrative perçue comme absurde (justifications exigées pour des soins de base), une remise en question du jugement clinique, ou encore le manque d'interlocuteurs et interlocutrices compétent-es côté assureurs.

MÊME LES MÉDECINS RENONCENT AU LIBRE CHOIX

En matière de couverture d'assurance-maladie (LAMal) personnelle, 57 % des membres sondé-es ont renoncé au libre choix du médecin pour réaliser des économies. Dans l'assurance-maladie de base (LAMal), notre panel est majoritairement assuré auprès d'Assura, CSS, Helsana ou Groupe Mutuel, depuis plus de cinq ans pour sept répondant-es sur dix et même plus de 10 ans pour 48 %.

Côté assurance complémentaire (LCA), un quart dispose d'une couverture privée, 44 % d'une semi-privée et 28 % n'en ont pas.

DES PISTES POUR MIEUX COOPÉRER

Les répondant-es ont énoncé plusieurs pistes pour renforcer le dialogue : canaux de communication plus directs et efficaces, transparence accrue de part et d'autre, allègement bureaucratique réfléchi et encadrement sain des pratiques des assureurs. Autant de pistes pour améliorer la collaboration dans l'intérêt des patient-es.

LIMITER LES ADMISSIONS, PLUS FACILE À DIRE QU'À FAIRE

De Neuchâtel à Lausanne, on observe que limiter le nombre de médecins installés n'est pas si facile. Et pendant ce temps, la pénurie progresse....

L'ÂGE, C'EST NON.

Fin mai, le Tribunal fédéral (TF) a annulé la limite d'âge de 80 ans pour l'exercice de la médecine fixée par le Canton de Neuchâtel, jugeant qu'elle n'était pas conforme au Droit fédéral. Merci et longue vie donc au Dr Jobin, spécialiste en médecine interne générale et en médecine du sport à Neuchâtel, qui a mené ce combat juridique autant pour lui-même que ses patients. Grâce à lui, c'est maintenant clair dans tout le pays : un médecin ne doit pas se voir refuser l'autorisation d'exercer la médecine uniquement en raison de son âge.

En 2023, DOC avait consacré un dossier complet à la question des médecins pratiquant après l'âge officiel de la retraite (« 65 passés et toujours en activité »). Outre l'exception tout de même notable d'une cardiologue nonagénaire en pleine forme, on y rappelait surtout que le canton de Vaud avait pour le moins besoin de ses presque 400 médecins « seniors ». Sans leur engagement, la bonne prise en charge de dizaines voire de centaines de milliers de patient.e.s serait de facto affectée, pour ne pas dire menacée.

DITES (1 SUR) 33.

Depuis le 1er juillet 2025, les cantons n'ont cependant plus le choix. Ils doivent formellement dire comment limiter le nombre de médecins admis à pratiquer à la charge de l'AOS sur leur territoire, en vertu d'une modification de la LAMal de 2020 et de deux ordonnances fédérales consécutives de 2021 (nombres maximaux de médecins) et 2022 (taux régionaux de couverture des besoins par domaine de spécialisation).

Depuis plus de trois ans, l'application de cette clause du besoin d'un nouveau genre a fait l'objet d'intenses discussions entre l'Office du Médecin cantonal, la Société vaudoise de médecine, les groupements de

discipline médicales, l'Association des médecins assistant.e.s et chef.fe.s de clinique et les services de formation postgrade du CHUV. Avec une attitude pragmatique et constructive que la SVM peut saluer. Ainsi, dès 2022, la médecine interne générale, la pédiatrie, la gynécologie-obstétrique, puis la psychiatrie et psychothérapie (adultes, enfants et adolescents) ont d'emblée été exclues de toute limitation, vu la pénurie évidente.

Des 33 autres spécialités ensuite passées sous la loupe, seule une limitation de 4 d'entre elles a été retenue. Et encore : pour la cardiologie, l'urologie et l'ophtalmologie (dans la région lausannoise seulement), il s'agit uniquement de définir une « limitation proche du nombre actuel d'EPT », dit le Canton. Finalement, ce n'est qu'en neurochirurgie qu'on constaterait un risque de suroffre et donc un intérêt mutuel à réguler. Mais avec un impact sur les coûts de la santé a priori relatif, vu la poignée de médecins concernés.

RÉVISER LA LSP ?

Pour mettre tout ceci en musique à l'échelle cantonale, un Conseil d'Etat motivé avait mis en consultation à fin 2023 un avant-projet de révision partielle de la Loi sur la santé publique « afin d'y ancrer le principe de la limitation de l'admission des médecins et de déléguer la compétence de limiter au Conseil d'Etat ». Par voie d'arrêté le 2 juillet 2025, il aura finalement décidé de s'accorder cette compétence tout seul, sans passer par le Grand Conseil. La SVM espère que ce n'est que partie remise : un peu pour que puisse se tenir un vrai débat sur la meilleure façon de limiter ; beaucoup pour ne pas oublier de s'intéresser aussi à la lutte contre la pénurie, la vraie réalité actuelle ou prochaine de 38 des 39 spécialités médicales (et de leurs patient.e.s!) dans ce canton en croissance.

SAUVER L'HÔPITAL ET LE METTRE EN RÉSEAU

Il est incontestable qu'il y a trop d'hôpitaux en Suisse. En 2023, selon l'Office fédéral de la statistique, on en comptait 275, dont 101 hôpitaux de soins aigus. La sécurité des soins pourrait être assurée avec un nombre nettement inférieur d'établissements. Pourtant, le Conseil municipal de Wetzikon, en collaboration avec les exécutifs de neuf autres communes actionnaires, se mobilise pour la survie de l'hôpital GZO de Wetzikon. Ce choix s'explique par des réalités locales qui dépassent la simple logique statistique.



Les statistiques sont une chose, la réalité en est une autre. Même si le canton de Zurich enregistre actuellement une surcapacité de lits d'hôpitaux, la fermeture de l'hôpital de Wetzikon aurait des répercussions négatives sur l'accès aux soins dans l'Oberland zurichois. Il ne s'agit pas seulement de trajets parfois plus longs pour les patient-es : c'est toute l'offre de soins de proximité qui serait fragilisée.

UN ACTEUR CENTRAL POUR LA RÉGION

L'hôpital GZO de Wetzikon est un point de contact essentiel pour les habitant-es de la région. Il enregistre environ 130'000 traitements par an, dont plus de 95'000 concernent directement les communes actionnaires. Reporter cette charge sur les hôpitaux voisins n'est pas envisageable à court terme. Ces établissements font eux aussi face à une forte pression financière et ne disposent pas de la capacité nécessaire

pour absorber un tel afflux de patient-es.

L'hôpital de Wetzikon est situé dans l'une des régions les plus dynamiques du canton de Zurich. Selon les prévisions, l'Oberland zurichois comptera 50'000 habitant-es de plus à la fin de l'année 2025. La demande en soins médicaux va donc considérablement augmenter. Dans le domaine des soins d'urgence, une surcharge est inévitable. Les expert-es s'accordent sur ce point.

L'HÔPITAL FACE AU VERDICT DES URNES

Enfin, la fermeture entraînerait la perte de plus de 900 emplois, ce qui représenterait un choc considérable pour l'économie régionale.

Cette situation démontre à quel point le sauvetage de l'hôpital de Wetzikon est crucial pour la région et sa population. Mais une chose est claire : sauver l'hôpital et continuer comme avant ne peut pas être une solution. À l'avenir, la survie des hôpitaux régionaux passera par une coopération renforcée : il s'agira de mutualiser les ressources et de développer une offre de soins intégrée. Concrètement, cela implique deux ou trois sites regroupés sous une organisation faîtière, avec une offre de prestations coordonnée et une stratégie immobilière adaptée.

La restructuration opérationnelle de l'hôpital a déjà été réalisée. Il s'agit désormais de rembourser la dette. Un plan a été élaboré dans ce sens. L'avenir de l'hôpital de Wetzikon dépend désormais du soutien de la population, notamment lors des votations prévues en été et en automne 2025.

L'OREILLE, LA PLUME ET LA TABLE

DR ALBERT MUDRY

VISITE MÉDICALE

J'ai toujours cherché à comprendre l'origine des choses et leur histoire. J'ai beaucoup voyagé pendant mes jeunes années et je rassemblais déjà des renseignements historiques sur les endroits et les monuments visités.

Tout naturellement, j'ai appliqué cette curiosité à la médecine puis à l'otologie, jusqu'à entreprendre un doctorat ès lettres.

Qu'est-ce qui vous a motivé à explorer l'histoire de l'otologie, en parallèle de votre pratique

Depuis mon enfance, j'ai eu envie de faire un métier minutieux, manuel et médical. Je me suis donc dirigé vers une spécialité chirurgicale « fine », d'où l'ORL, puis la chirurgie cervico-faciale et finalement l'otologie et la micro-chirurgie de l'oreille.

Comment avez-vous choisi l'ORL, et plus particulièrement l'otologie

Quel est votre souvenir professionnel le plus marquant

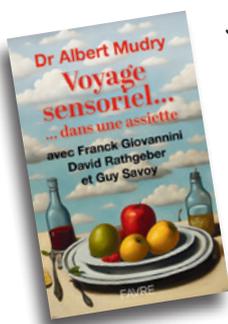
Une double chirurgie de l'oreille qui a complètement transformé la vie d'une patiente. D'abord enfermée dans une vie de soumission, elle s'est progressivement ouverte au monde et a gagné en confiance, en s'occupant d'elle-même. Elle a enfin quitté cette situation de soumission pour entamer une nouvelle vie d'épanouissement et de bonheur.

En dehors de la médecine et de l'histoire, quelles sont vos passions

Quel objet ou livre ne quitte jamais votre bureau

Mon stylo Mont Blanc, pour le plaisir d'un objet agréable au toucher et la liberté d'écrire... même si je suis souvent en train de le chercher !

J'aime partager des moments en famille, avec des amis et j'aime aussi bien manger... La table est devenue l'endroit privilégié pour associer ces deux passions, voire beaucoup plus, car sans les cinq sens, dont trois relèvent de l'ORL, pas de gastronomie ! Je ne cuisine pas, je laisse cela aux vrais professionnels que j'ai eu la chance de rencontrer et qui m'ont conduit à écrire mon dernier livre intitulé *Voyage sensoriel... dans une assiette* avec Franck Giovannini, David Rathgeber et Guy Savoy.



De gauche à droite :
David Rathgeber,
Guy Savoy et
Dr Albert Mudry

BIO EXPRESS

Âge
67 ans

Diplômes
Dr en médecine, spécialiste FMH en ORL, spécialiste FMH en chirurgie cervico-faciale, Dr ès lettres, Diplôme Universitaire (DU) en histoire de la médecine, DU en techniques ostéo-archéologiques et médico-légales

Distinctions
Médaille Escher de la Société Suisse d'ORL, Plester's lecture de l'Université de Tübingen, Officier de l'Ordre mondial de l'Académie Culinaire de France

Lieu de travail
Clinique de l'Oreille, Lausanne

Situation familiale
Marié, 4 enfants, 1 petit-enfant

Hobbies
Marche, observation de la nature, lego

UNE PRÉOCCUPATION SÉCULAIRE : LES AGRESSIONS SEXUELLES DANS LE TEMPS

Depuis le Moyen Âge, le viol et la pédophilie suscitent une répression sévère, allant jusqu'à la peine de mort.

Au 19^e siècle, médecins et juristes commencent à documenter et à dénoncer ces crimes. Ces violences sexuelles persistent aujourd'hui.

Si l'outrage aux mœurs recouvre souvent la notion d'attentat à la pudeur, sa compréhension varie au gré des siècles. Le viol, lui, fait l'objet d'une réprobation constante, puni par la peine de mort. Dans le Coutumier Lillois, un recueil de droit de la fin du 13^e siècle, on lit : « Lois en cheste ville que quiconques fairat, si comme de femme efforchier, il doit être justichiés et mis à mort. » L'exécution se faisait par décapitation, à l'aide d'une planche de bois. La Caroline de 1532, l'un des premiers codes criminels écrits de l'Europe moderne, est claire : si le viol est consommé, la peine de mort est requise.

BERNE, UN EXEMPLE DE RÉPRESSION PRÉCOCE

Berne, en 1708, interdit aux officiers et soldats « d'offenser en aucune manière femmes, enfants et vierges, sous peine de vie. Toujours Berne, en 1758, punit sévèrement les domestiques qui vont « jusqu'au point de débaucher les enfants de la maison, soit en les séduisant eux-mêmes, soit en les engageant dans un commerce défendu avec d'autres. » La pédophilie, tout comme l'inceste, semblent être sous-jacents à de tels comportements

C'est au 19^e siècle que les médecins apparaissent, avec la loi de 1810 sur la « Police de Santé des hommes ». L'art. 58 précise que les chirurgiens-accoucheurs doivent signaler à la Justice de paix tout avortement forcé ou accouchement clandestin, ce qui permet, en amont, de vérifier s'il y a

eu viol. Un médecin parisien constate, en 1837, que le viol constitue un crime courant, que les parents étouffent pour sauver la réputation de leur fille, laissant ainsi échapper les coupables. Attaché au bureau des admissions des hôpitaux, il crée « une consultation » recevant les victimes.

TARDIEU, PIONNIER DE LA PREUVE MÉDICO-LÉGALE

En 1873 paraît, en 6^e édition, une Étude médico-légale sur les Attentats aux mœurs par le Prof. Ambroise Tardieu. Remarquablement documenté par des statistiques et de très nombreuses vignettes cliniques, l'ouvrage fait une analyse exhaustive du problème : outrage public à la pudeur, photographies obscènes, zoophilie. Viols et attentats à la pudeur, y compris dans les cas impliquant des victimes de même sexe, sont décrits, quantifiés, avec cette remarque que « les liens du sang ne servent trop souvent qu'à les favoriser. » Il consacre un important chapitre à la pédophilie adulte, y compris maternelle, mais aussi aux jeunes garçons et adolescents qui en sont victimes.

Quelque 150 ans plus tard, les mêmes drames se répètent encore. Pourtant cet ouvrage aurait dû servir d'alerte aux viols commis dans les institutions, par exemple. La médiatisation actuelle permet aux médecins une meilleure écoute de leur patientèle, femmes, hommes ou enfants, pour déceler à temps une agression sexuelle et proposer une prise en charge adéquate.

Confort-lit

DEPUIS 1989

36
ans

Fauteuil relax + conseil personnalisé = confort idéal
Offrez-vous le bien-être sur mesure !



YVERDON
LAUSANNE
GIVISIEZ

Av. de Grandson 60
Rue Saint-Martin 34
Route des Fluides 3

024 426 14 04
021 323 30 44
026 322 49 09

www.confort-lit.ch

Partenaire des médecins

Pour vous ou votre activité,
un accompagnement sur mesure



www.bcv.ch/medecins

 **BCV**
Ça crée des liens

24^e
journée
annuelle

SOCIÉTÉ
VAUDOISE DE
MÉDECINE

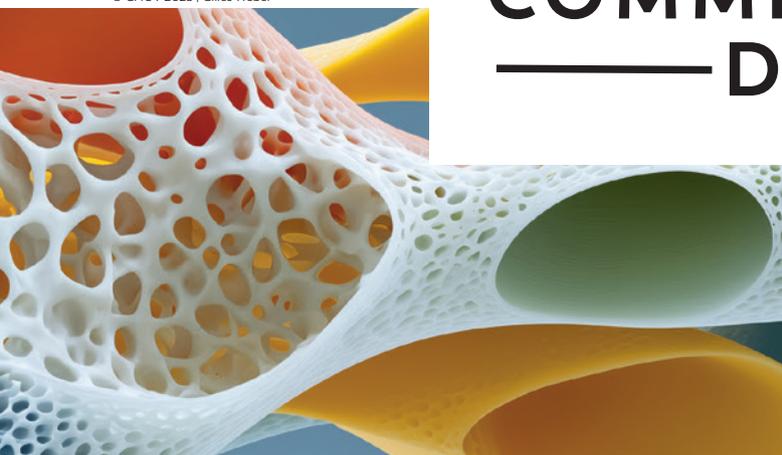
6 NOV
2025
14H30 — 21H



© CHUV 2025 | Gilles Weber



© Lauriane Aebly, CHUV



L'INNOVATION COMME TRAIT — D'UNION

VISITES GUIDÉES
DU NOUVEL HÔPITAL
DES ENFANTS (CHUV)

CONFÉRENCES
D'EXPERT·E·S À AGORA
(FONDATION ISREC)

BUFFET ET PARTIE
CONVIVIALE DÈS 18H

ONCOLOGIE — PÉDIATRIE — MÉDECINE TRANSLATIONNELLE

PARTENAIRES



Inscription obligatoire
Nombre de places limité



Scannez le code QR ou inscrivez-vous ici:
www.svmed.ch/jsvm-25