DOC
LE RENDEZ-VOUS DES MÉDECINS VAUDOIS
N° 20
AUTOMNE 2026

# Réseaux : la fin du cabinet solo ?

Soigner derrière les barreaux

Forfaits : les médecins dans le flou

Rendez-vous manqués : peut-on les facturer ?

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE



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

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

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

**Contactez-nous, sans engagement**
www.retraitespopulaires.ch/svm
021 348 26 27

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

FONDS DE PRÉVOYANCE

# CE QUE 1 577 POINTS NE MESURENT PAS



**Julien Stanovici**
Spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, membre du comité de la SVM

12 heures. 60 minutes. 2,19 points par minute. C'est le calcul du plafond prévu dans TARDOC : 1 577 points par journée de travail en moyenne mensuelle, dès 2027, si le Conseil fédéral l'approuve. Un chiffre précis, mais qui ne mesure ni la complexité d'une consultation, ni l'organisation d'un cabinet, ni le besoin réel de soins.

Le débat ne peut pourtant pas se réduire à pointer et dénombrer celles et ceux qui dépasseront ce seuil. Ce qui s'installe n'est pas un chiffre, c'est un instrument dont l'adaptation est déjà envisagée. Et un instrument, une fois en place, se règle. Or, les coûts de la santé continuent d'augmenter, et les honoraires médicaux serviront encore de variable d'ajustement à une hausse dont ils ne sont pas le moteur. La question est donc plus fondamentale : améliore-t-on un système de santé en fixant administrativement une limite uniforme à l'activité médicale ?

Les abus existent. Ils doivent être identifiés, contrôlés et sanctionnés. Mais contrôler des comportements individuels ne justifie pas de soumettre une profession entière à une présomption collective. Un plafond uniforme ne distingue pas l'abus de l'activité légitime. Il traite de la même manière le médecin qui facture indûment et celui dont l'expérience et l'organisation permettent de soigner davantage de patient·es, sans rien céder sur la qualité.

Un cabinet médical n'est pas une succession abstraite de minutes. Il emploie, investit, délègue, organise. Surtout, il répond à une demande de soins qui ne connaît aucun plafond. Lorsque la limite est atteinte, le besoin médical ne disparaît pas : les patient·es attendent, consultent ailleurs ou rejoignent une structure plus coûteuse. Avant d'introduire une telle mesure, il devrait aller de soi d'en mesurer les conséquences sur l'accès aux soins, l'organisation des cabinets et leur équilibre économique.

La FMH s'est opposée au plafonnement durant les débats parlementaires puis, la loi adoptée, a choisi d'en négocier la mise en œuvre avec les partenaires tarifaires plutôt que de la laisser au seul Conseil fédéral. Elle travaille aujourd'hui à en limiter les conséquences et doit être soutenue. Mais cela n'interdit pas de nous interroger. Beaucoup de médecins découvrent tardivement la portée d'une mesure discutée depuis longtemps. Nous cotisons à nos organisations pour être représenté·es ; nous devons aussi pouvoir compter sur elles pour être informé·es et alerté·es suffisamment tôt pour agir.

L'enjeu dépasse donc 1 577 points. Veut-on piloter la santé par la qualité et les résultats, ou par des seuils dont l'effet reste à démontrer ?

Le contrôle n'est pas le problème. Le mauvais contrôle en est un. On peut fixer un plafond à une facture. On ne peut pas fixer un plafond aux besoins de soins.

DOC
LE RENDEZ-VOUS
DES MÉDECINS
VAUDOIS

04 INFOS SVM

08 EN BREF

12 *Dr Karim Boubaker*
Directeur d'Unisanté
ENTRETIEN

14 DOSSIER RÉSEAUX DE SOINS

16 Genèse d'un modèle
18 Cartographie des réseaux
21 Autonomie médicale
22 L'expérience Delta
23 Sur le terrain
24 Passer du silo aux réseaux
27 Nord vaudois
28 Interview croisée
30 Check-up humour
31 Ce qu'en pense
*Stéphan Studer*, Directeur Santé Individuelle au Groupe Mutuel

32 DOSSIER MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

34 Un terrain de formation
35 Dilemnes de terrain
36 Interview croisée
39 Témoignage

40 Rendez-vous manqués
MA PRATIQUE

41 Forfaits ambulatoires
POLITIQUE

42 Regard sur Bâle-Campagne
AILLEURS

43 Dre Sonia Zaccarini
VISITE MÉDICALE

44 Prescription musicale
BON POUR LA TÊTE

## IMPRESSUM

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

**SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE**
Chemin de Mochettaz 2
Case postale 90
1030 Bussigny
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**
Dr Marc-Antoine Bornet
Dre Sabine Delachaux-Mormile
Dre Sandy Estermann
Dr Henri-Kim de Heller
Dre Catherine Léchaire
Dre Séverine Oppliger-Pasquali
Dr François Saucy

**Maquette et mise en page**
enzed, Nicolas & Mélanie Zentner, Léonore Furrer, Mathieu Moret
www.enzed.ch

**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 attitré·es de la SVM, les articles publiés ne reflètent pas nécessairement la position officielle de la SVM ou de son comité, mais seulement l'opinion de leurs auteur·es.

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

INFOS SVM



# JANE THORNTON PLAIDE POUR LA PRÉVENTION

Ancienne rameuse olympique, Jane Thornton dirige depuis septembre 2024 le département santé, médecine et sciences du CIO, à Lausanne. Dans un entretien à lire en ligne, elle estime que les systèmes de santé restent davantage tournés vers le traitement que vers la prévention, et que celle-ci devrait être intégrée aux soins courants comme à la formation médicale. Elle aborde aussi la santé à long terme des athlètes, les reprises d'activité trop rapides et les défis du système de santé suisse : coûts, vieillissement et main-d'œuvre.

Retrouvez l'entretien complet sur svmed.ch/doc-mag

## IA GÉNÉRATIVE : DEUX WEBINAIRES POUR LA PRATIQUE MÉDICALE

Comment tirer parti de l'IA générative au cabinet sans en ignorer les limites ? La SVM propose deux webinaires complémentaires donnant droit à deux crédits de formation élargie.

Mardis 1er et 15 décembre 2026, 12h15–13h45, en ligne

Scannez le code QR pour plus d'informations

PUBLICITÉ

INTERMANDAT
DEPUIS 1932

RÉVISION I FISCALITÉ I 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








Retrouvez toutes les photos de la journée sur svmed.ch

# LA 25ÈME JOURNÉE DE LA SVM SOUS LE SIGNE DE L'ART

Plus de 220 participant·es ont pris part, le 2 octobre, à la 25e Journée annuelle de la SVM, accueillie pour la première fois dans ses nouveaux locaux de Bussigny. Placée sous le signe de l'art, cette édition anniversaire a réuni une exposition éphémère d'œuvres prêtées par des cabinets médicaux et un cycle de mini-conférences sur les liens entre art et santé. La soirée s'est poursuivie chez QoQa, autour du *Mousquetaire* de Picasso, avant que le groupe GOOSEBAMPS, dont fait partie le Dr Knobel, membre du Comité de la SVM, n'enflamme la salle.

# HOMMAGE AU PROF. JACQUES BESSON

C'est avec une profonde tristesse que la SVM a appris, en septembre dernier, le décès du Prof. Jacques Besson, psychiatre, pionnier de l'addictologie en Suisse romande et membre de longue date de notre association. Engagé notamment au sein du comité de rédaction de DOC et, avant lui, du Courrier du Médecin Vaudois, il aura marqué la médecine vaudoise par sa curiosité, son humanisme et sa vision intégrative du soin. Peu avant son décès, il nous avait accordé un grand entretien disponible sur la version en ligne de DOC, revenant avec lucidité sur son parcours, son rapport à la maladie et cette conviction qui l'a accompagné jusqu'au bout: la médecine est aussi une rencontre entre deux humanités. Nous vous invitons à découvrir cet ultime témoignage et l'hommage qui lui est rendu par son confrère le Dr Jean-Pierre Randin sur le blog de la SVM.




→ Le Prof. Besson accompagné du Dr Randin pour célébrer les 30 ans du Courrier du médecin vaudois en décembre 2018.

Scannez le code QR pour lire l'hommage sur notre blog

PUBLICITÉ

VOLODALEN®

CENTRE SPORT SANTÉ - CRISSIER

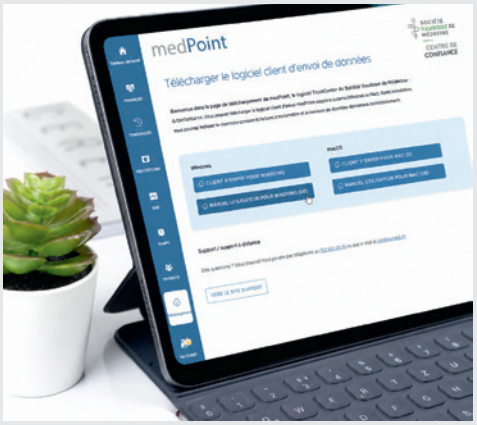
PHYSIOTHERAPIE
PODOLOGIE
ANALYSE FOULÉE
TEST D'EFFORT

www.volodalen.com - 024 466 11 43



# VOLÉE 1996 : 30 ANS APRÈS, UN GESTE POUR LA RELÈVE

Le 26 septembre, la promotion 1996 de médecine s'est réunie au Base Bar à Lausanne pour fêter les 30 ans de son final et a souhaité créer un lien intergénérationnel. Plus de 75 % de ses membres ont répondu à l'appel, certain·es venant de France, d'Angleterre ou du Canada. Les finalistes 2026 ont été enthousiastes à être associé·es à l'organisation pour favoriser cette rencontre entre générations. Pour une question de calendrier de fin d'études, ils n'ont pu être présents à la soirée. Le montant récolté, plus de 1000 francs, sera toutefois offert à la réalisation de leur *Yearbook*, et une nouvelle rencontre entre les deux volées est déjà en réflexion.




# CENTRE DE CONFIANCE : MEDPOINT, LA NOUVELLE PLATEFORME STATISTIQUE

Le Centre de Confiance (CdC) de la SVM lance medPoint, qui remplace son ancien outil statistique. Testée auprès de membres lors d'une phase pilote, la plateforme offre une lecture plus claire et interactive des données de facturation, de l'évolution des points médicaux à la situation financière.

Accès avec les identifiants SVM habituels sur medpoint.svmed.ch

PUBLICITÉ




**Des soins à domicile pour vivre pleinement.**

Je bénéficie des meilleurs soins, adaptés à mes besoins, sans quitter mon domicile : un service fiable et personnalisé.

**021 311 19 20**

**vaud@senevita.ch**

EN BREF

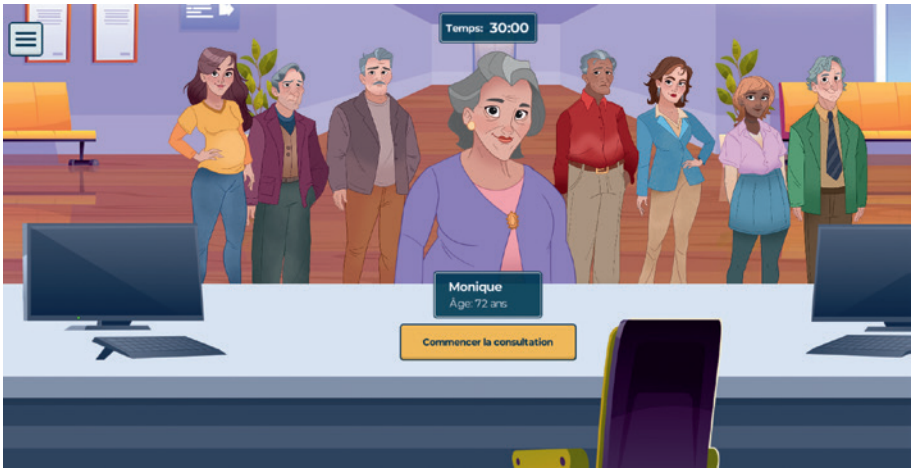
# HÔPITAUX : LES PATIENT·ES SATISFAIT·ES, MAIS MAL INFORMÉ·ES SUR LES MÉDICAMENTS

Les patient·es des hôpitaux suisses de soins aigus jugent leur séjour de manière globalement positive. C'est ce qui ressort de la première enquête nationale sur l'expérience des patient·es (PREMs), menée par l'ANQ et publiée le 1er septembre. Près de 47 000 adultes sortis de l'un des 186 hôpitaux participants entre mi-septembre et mi-novembre 2025 y ont répondu, soit un taux de réponse de 28,2 %. Au total, 76,6 % des répondant·es qualifient leur expérience de très bonne et 89,4 % disent avoir toujours été traité·es avec dignité et respect. Les nouveaux médicaments constituent le principal point faible : près d'un quart (24,2 %) indiquent que leur objectif et leurs effets secondaires ne leur ont été expliqués que parfois, voire jamais. L'admission et la sortie récoltent aussi des avis plus mitigés, de même que les admissions en urgence et les cliniques gériatriques. La prochaine enquête aura lieu en 2027.

Scannez le code QR pour consulter les résultats

PUBLICITÉ






# MISSION ANTIBIOTIX REVIENT

À l'occasion de la semaine mondiale de l'OMS contre l'antibiorésistance, du 18 au 24 novembre, le serious game Mission Antibiotix propose une nouvelle mission aux médecins prescripteurs. Cette édition est consacrée au dosage des antimicrobiens : choisir le bon dosage, au bon moment, pour le bon patient. À travers des cas cliniques concrets, le jeu permet de tester ses réflexes en une trentaine de minutes. Gratuit et entièrement en ligne, il peut se jouer seul·e ou en équipe. Il est proposé par l'Office du médecin cantonal, HPCi Vaud et HPCI CHUV.

Scannez le code QR pour jouer en ligne

PUBLICITÉ

Cultiver sa santé mentale, c'est faire fleurir la vie.



À La Lignière, nous plaçons la santé mentale au cœur de nos soins.

Approche globale
Équipe pluridisciplinaire
Lieu paisible

Séjour stationnaire :
admission@la-ligniere.ch
022 999 64 64

Prise en charge ambulatoire :
planification@la-ligniere.ch
022 999 80 41

LA LIGNIÈRE
La Lignière 5
1196 Gland

Inspirer des vies plus saines et épanouies

Partenaire des médecins

Pour vous ou votre activité, un accompagnement sur mesure



www.bcv.ch/medecins

BCV
Ça crée des liens

# PROMOTION DE L'ENTRAIDE AUTOGÉRÉE
# UN LEVIER POUR DES SOINS CENTRÉS SUR LE PATIENT

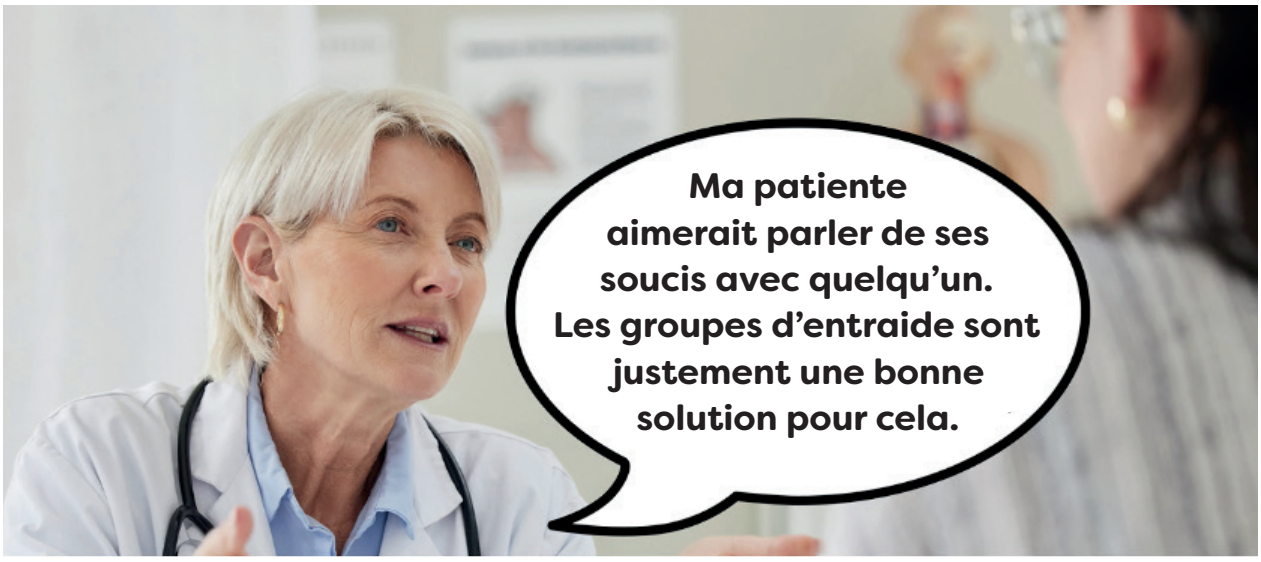
Face à l'augmentation des maladies chroniques et des besoins psychosociaux, les réponses ne se limitent pas à l'offre de soins classique. L'entraide autogérée constitue une approche complémentaire encore sous-estimée, mais dont les bénéfices pour les patient·e·s et leurs proches sont largement reconnus.

## L'entraide autogérée: un soutien entre pairs qui renforcent l'autonomie

Les groupes d'entraide réunissent des personnes confrontées à une situation similaire (maladie, difficultés sociales, etc.) afin d'échanger leurs expériences, ressources et stratégies. Dans un cadre bienveillant et d'écoute, ils permettent de rompre l'isolement et de mieux vivre avec la maladie ou le stress. En Suisse, près de 2800 groupes couvrent quelque 300 thématiques, dont environ 75% liées à la santé. Ces espaces favorisent l'acquisition de compétences et le développement d'un rôle actif dans son propre parcours.

## Un complément utile pour les professionnel.les et les Institutions

Pour les professionnel·le·s, l'entraide est une ressource précieuse. Les participant·e·s, souvent «expert·e·s par expérience», enrichissent la compréhension des parcours de soins. Les études montrent qu'ils/elles parlent plus ouvertement de leur maladie, s'impliquent davantage dans leur traitement et renforcent l'alliance thérapeutique. Les groupes apportent aussi aux institutions des retours concrets pour améliorer la qualité des soins.






## Un modèle national structuré : « Promotion de l'entraide »

Depuis 2017, Info-Entraide Suisse déploie un modèle visant une coopération durable entre institutions de santé et entraide autogérée. Basé sur six critères de qualité (personne référente, visibilité des groupes et de l'offre existante, information aux patient·e·s, échanges structurés), il repose sur un «triangle de coopération» réunissant institutions, centres régionaux Info-Entraide et membres de groupes. Cette démarche peut mener à la distinction d'institution «favorable à l'entraide» et s'inscrit dans les approches de qualité centrées sur la personne et reconnues au niveau national (H+ et la CFQ).

## Un acteur clé régional : Info-Entraide Vaud

Dans le canton de Vaud, Info-Entraide Vaud joue un rôle central. Cette prestation portée par Bénévolat Vaud, agit comme centre cantonal de référence pour l'entraide autogérée: orientation vers des groupes, soutien à leur création, mise en réseau et accompagnement sur demande, ainsi que la gestion d'une base de données de près de 200 groupes couvrant près de 100 thématiques. Pour les professionnel·le·s, Info-Entraide Vaud constitue un appui précieux pour orienter les patient·e·s vers des ressources complémentaires, notamment sur les enjeux du quotidien et de l'adaptation psychosociale.

## S'intéresser à l'entraide autogérée : une opportunité

Promouvoir l'entraide autogérée, c'est évoluer vers un système davantage centré sur la personne. Sans se substituer aux soins médicaux, elle les complète de manière simple et efficace. Pour les institutions, c'est un levier reconnu d'amélioration de la qualité ; pour les patient·e·s, une opportunité de retrouver soutien, confiance et pouvoir d'agir.

www.infoentraidevaud.ch

INFOENTRAIDEVAUD

Bénévolat Vaud

ENTRETIEN

# « JE N'AI JAMAIS SOUHAITÉ DÉCIDER À LA PLACE DES MÉDECINS »

Propos recueillis par
Svenn Moretti

*Pendant seize ans, **Karim Boubaker** a été le médecin cantonal des Vaudois, « au chevet non d'un individu, mais de la population ». À 60 ans, il a quitté l'autorité sanitaire pour la direction d'Unisanté. De ce côté de la barrière, il porte un regard lucide sur ce qui mine la profession et l'appelle à reprendre la main sur son avenir, notamment à travers les sociétés médicales. Entretien avec un homme pour qui soigner reste « un privilège ».*

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

**Vous venez de rejoindre la SVM en tant que membre. Pourquoi avoir attendu ?**

Par souci de neutralité. Un médecin cantonal est à disposition de toutes les professions de la santé. Je ne voulais pas être membre d'une association qui défend spécifiquement les médecins. Je crois que c'était la bonne distance, même si cela a d'abord été mal perçu. Cela ne m'a jamais empêché de collaborer étroitement avec la SVM. Aujourd'hui, je plaide pour que toutes et tous les médecins qui pratiquent dans le canton en deviennent membres.

**Qu'est-ce qui vous a décidé à partir de l'Office du médecin cantonal ?**

Le premier mot qui me vient, c'est continuité : pendant seize ans, j'ai été médecin au chevet non d'un individu, mais de la population. La fonction change, pas l'objectif. Après la pandémie, dont on ne ressort pas indemne, et une période où les relations étaient devenues plus difficiles au sein du département, j'ai senti qu'il était temps de passer la main. Unisanté est arrivée comme une belle opportunité.

**Vous voilà à la tête d'une institution de première ligne alors que la pénurie de généralistes inquiète. Où se situe le vrai nœud du problème ?**

Dans l'attractivité, surtout. Et puis il y a l'interprofessionnalité, qui redéfinit les rôles et complique encore les choses. Un·e jeune médecin se forme à l'hôpital, où l'on valorise les disciplines techniques ; il ou elle n'y rencontre pas la vraie médecine de cabinet et s'oriente souvent vers une spécialité. Or, généraliste est un métier fondamental : il peut prendre en charge 95 % des situations cliniques. Il faut donc redonner envie de l'exercer, par la reconnaissance et la rémunération. Généralistes et spécialistes doivent être complémentaires, pas concurrent·es, grâce à une meilleure articulation des fonctions.

**Est-ce que les médecins peuvent sortir de cette administration qui les étouffe tant ?**

Une grande partie de cette charge, c'est du contrôle (qualité, finances, justificatifs). La réduire suppose un changement de paradigme. Les outils numériques et l'intelligence artificielle aideront (à Unisanté, nous les développons déjà, avec le CHUV et les hôpitaux de la FHV), mais ce n'est pas eux qui régleront le fond. Le vrai sujet, c'est que le contrôle est aujourd'hui porté par l'État seul. Je l'ai moi-même incarné pendant seize ans, et je peux vous dire qu'il ne devrait pas reposer sur lui seul. On pourrait le partager davantage avec la profession, à condition qu'elle accepte ce rôle.

**Quel rôle la profession peut-elle jouer face aux règles qu'on lui impose ?**

Comme médecin cantonal, je n'ai jamais souhaité décider à la place des médecins ; ce que j'ai souhaité, c'est partager la responsabilité et le risque avec elles et eux. C'est la même logique aujourd'hui : les professionnel·les de terrain gagneraient à ne plus attendre que tout vienne d'en haut. Je l'ai vu de l'intérieur : quand la profession se présentait unie avec une proposition, elle était entendue. Sur le contrôle, sur les outils, sur les rôles, la profession a la légitimité pour proposer ses propres modèles, et les faîtières ont vocation à fé-



Adrien Pilet – adrienpilet.ch

dérer. Mais cela exige une condition qui manque : l'unité. Le monde médical reste divisé entre hôpital et cabinet, première ligne et spécialités. Tant qu'il ne parle pas d'une seule voix, d'autres continueront de parler à sa place. Mais je crois à la discussion. C'est long, c'est fatigant, mais c'est pourtant comme ça qu'on avance.

**Pourquoi le DEP, dossier électronique du patient, voulu au niveau fédéral, n'a-t-il jamais abouti ?**

C'est un échec, oui, et je porte ma part de responsabilité. Nous n'avons su, ni les médecins ni les faîtières, imposer un outil commun : il existe aujourd'hui une trentaine de dossiers informatisés différents, entre lesquels les passerelles sont presque impossibles. Derrière, il y a un certain individualisme : « Mon système me convient, je ne veux pas changer. » Il manque parfois une forme de prise de risque. Pourtant, c'est l'outil partagé qui conditionne tout le reste. Mais je reste optimiste : je n'ai jamais vu la profession aussi consciente qu'il faut avancer ensemble.

**Certains cabinets voient Unisanté comme un concurrent. Que leur répondez-vous ?**

Qu'il n'y a pas de concurrence. Nous sommes certes aussi des médecins traitants, mais c'est pour permettre à nos jeunes médecins d'apprendre leur métier, dans un système en pénurie de première ligne. Notre mission principale, confiée par l'État, c'est la formation, la recherche, le développement de nouveaux modèles de soins : les subventions servent à cela, pas à financer des consultations. Et nous intervenons aussi là où personne ne va : dans la rue, en prison, auprès des migrants. Ce n'est pas le terrain du cabinet. Mon rêve, c'est qu'ensemble nous construisions des maisons de santé, et que nos outils soient mis à disposition des médecins installés. Avancer chacun·e dans son coin est une aberration.

**Que diriez-vous à un·e jeune qui hésite à devenir médecin ?**

Qu'être médecin est une chance, même si le système abîme la profession. Sous le poids de la bureaucratie, on oublie qu'on exerce l'un des plus beaux métiers du monde : être près des gens, les accompagner. Ce qui me bouleverse encore et toujours, c'est la confiance que les patient·es nous accordent en révélant à leur médecin ce qu'ils ou elles ne disent à personne. C'est un privilège. Je le vois chez les jeunes médecins d'Unisanté, qui vivent cela comme je l'ai vécu. Si l'on parvient à préserver ce lien, on aura gagné.

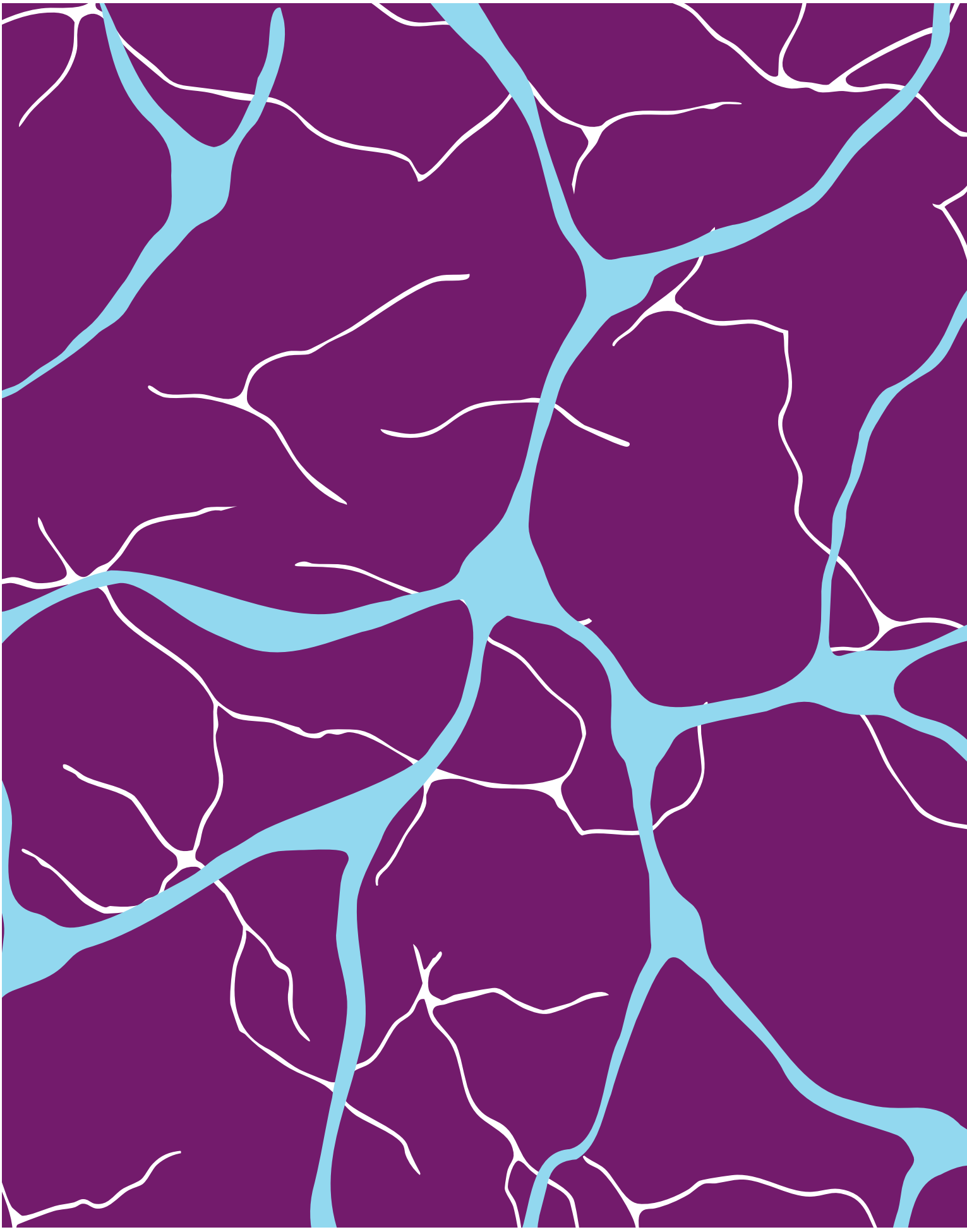
Un sujet de santé publique dont on ne parle pas assez ?
La souffrance des jeunes générations et le risque de conflits intergénérationnels

La plus grande menace pour la médecine ?
L'individualisme, le médecin qui pense trop en médecin

Une chose à changer tout de suite dans le système de santé ?
Le modèle de financement

Votre remède antistress ?
Le doute, mais aussi la famille, la création, la musique

Ce qui vous fait le plus plaisir, au fond ?
J'aime profondément les gens, c'est pour cela que j'ai choisi ce métier.





Nicolas Zentner

Un goût amer. Une pilule difficile à avaler. Chaque automne, les mêmes métaphores accompagnent l'annonce de l'inexorable hausse des primes maladie. Et chaque automne, le même constat s'impose : notre système de santé couvre l'ensemble de la population, mais à un prix qui ne cesse de grimper. Avec 11,8 % du PIB consacrés à la santé, la Suisse se situe nettement au-dessus de la moyenne de l'OCDE (9,3 %). Dans sa dernière étude économique consacrée à la Suisse, publiée en septembre, l'organisation ne mâche pas ses mots : sans réformes supplémentaires dans la santé et la prévoyance vieillesse, la durabilité des finances publiques est en jeu. Parmi les pistes prioritaires figure un gain d'efficience par une meilleure coordination entre les domaines hospitalier et ambulatoire.

# RÉSEAUX DE SOINS : LA BONNE IDÉE QUI DOIT ENCORE FAIRE SES PREUVES

C'est précisément la promesse des réseaux de soins intégrés, au cœur de ce dossier : mieux coordonner l'action des soignant·es, fluidifier la transmission de l'information, faire travailler ensemble des prestataires qui trop souvent s'ignorent. L'intention est louable, et plusieurs réseaux fonctionnent déjà en Suisse. Pourtant, la méfiance persiste. Perte d'indépendance, dépossession de la maîtrise médicale, connivence avec les assureurs : les griefs sont nombreux. Mais sont-ils fondés ?

Les contributions réunies ici apportent des réponses nuancées, parfois divergentes, toujours lucides. Tout n'est pas rose, certes. Mais le système actuel a montré depuis longtemps ses faiblesses et ses limites. Une cartographie des réseaux existants vous permettra d'en saisir les modèles et les enjeux, sans complaisance ni procès d'intention.

Car au fond, la médecine reste avant tout une affaire de personnes. Qui n'a jamais décroché son téléphone pour appeler un·e collègue de volée et solliciter un examen, un avis, une prise en charge rapide ? Ces liens tissés au fil des années sont le véritable socle des réseaux institutionnels. Sans eux, les réseaux à grande échelle risquent de n'être que des coquilles administratives vides de sens.

Les témoignages de ce dossier viennent du terrain, portés par des actrices et acteurs engagé·es. Leurs regards diffèrent, mais leur message converge : les réseaux sont une bonne idée, à condition d'en éviter les écueils. Gouvernance, conflits d'intérêts, dérives bureaucratiques : autant de pièges qui, mal maîtrisés, produiraient l'inverse de l'effet recherché, soit davantage de paperasse et moins d'efficience. À nous, soignant·es, de veiller à ce que le réseau reste au service du soin, et non l'inverse.



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

GENÈSE
D'UN MODÈLE

# DES RÉSEAUX DE MÉDECINS AUX RÉSEAUX DE SOINS INTÉGRÉS

**Annamaria Müller**
Présidente du Forum suisse des soins intégrés (fmc)

*Depuis trente ans, le Forum suisse des soins intégrés (fmc) accompagne la mutation des réseaux de médecins vers les réseaux de soins intégrés. Nés en Suisse alémanique, portés aujourd'hui aussi par les hôpitaux et les cantons, ces réseaux redessinent la place du médecin. Retour sur une évolution et sur ce qu'elle signifie pour la profession.*

**À RETENIR**

Nés il y a trente ans en Suisse alémanique, les réseaux de médecins ont ouvert la voie aux soins coordonnés, portés par la LAMal et les modèles d'assurance alternatifs. La Suisse en compte aujourd'hui plus de 60. L'intégration se construit désormais aussi autour des hôpitaux et des cantons. Un réseau de soins vise des prises en charge complexes, par une collaboration interprofessionnelle planifiée, appuyée sur le numérique. Pour les médecins : une opportunité de recentrage, avec le défi de trouver leur juste place.

Lorsqu'on parle de réseaux de soins en Suisse, il faut commencer par les réseaux de médecins. Le premier a été créé il y a plus de trente ans à Winterthour, en « réponse » à un cabinet de médecine générale ouvert quelques années auparavant à Zurich, à l'initiative d'un groupement de dix assureurs-maladie.

Avec l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) au milieu des années 1990, d'autres réseaux régionaux de médecins et associations de médecins de famille ont vu le jour. Leur principal moteur fut la possibilité de proposer des modèles d'assurance alternatifs avec libre choix restreint des prestataires, moyennant des contrats. Les médecins de premier recours pouvaient ainsi se regrouper au sein de cabinets HMO inspirés du modèle américain, ou proposer des modèles de *gatekeeping*, dans lesquels la prise en charge des assuré·es était coordonnée par le réseau de cabinets.

## UN ESSOR À GÉOMÉTRIE VARIABLE

Le développement régional fut toutefois très inégal. La Suisse alémanique a joué un rôle pionnier. Genève a développé assez tôt son propre modèle, fortement marqué par le concept HMO, tandis que la Suisse romande a rejoint le mouvement plus tard. Aujourd'hui, la Suisse compte plus de 60 réseaux de médecins ; selon les estimations, près de la moitié des médecins installé·es en cabinet y travaillent.

Ces réseaux poursuivent quatre objectifs : réduire les coûts en évitant les doublons, les examens inutiles et certaines hospitalisations ; coordonner les traitements et l'orientation vers les spécialistes ; améliorer la qualité grâce à une meilleure collaboration ; et créer une alternative aux structures HMO pilotées par les assureurs. Les réseaux de médecins visaient ainsi à redonner l'initiative aux médecins indépendant·es et à négocier d'égal à égal avec les assureurs.

## QUAND L'HÔPITAL S'EN MÊLE

Les réseaux de médecins ont constitué le « berceau » des soins coordonnés en Suisse. Depuis quelques années toutefois, les réseaux de soins intégrés se développent aussi autour de structures hospitalières, comme l'Ensemble Hospitalier de la Côte (EHC) ou le Réseau de l'Arc.

Cette évolution s'explique notamment par le fait qu'il est plus facile pour un hôpital d'intégrer les secteurs en amont et en aval, tels que les cabinets médicaux ou les établissements médico-sociaux, que pour un réseau de médecins d'intégrer le secteur stationnaire. Elle peut toutefois paraître paradoxale : les soins intégrés cherchent précisément à limiter le recours à l'hospitalisation, forme de prise en charge coûteuse et gourmande en ressources. Les hôpitaux sont donc parfois accusés d'intégrer ces secteurs pour alimenter leur propre activité. Ce reproche n'est pas totalement infondé. Mais les incitations évoluent : les contrats récompensant de faibles taux d'hospitalisation se multiplient. L'entrée en vigueur du financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires (EFAS) devrait en outre réduire les différences d'incitations financières entre les formes de prise en charge.

## LES CANTONS S'Y METTENT

Les cantons ont eux aussi pris conscience de l'importance des soins intégrés. Depuis la crise du coronavirus, ils lancent leurs propres initiatives, très di-

verses : plateformes de dialogue (BL, voir p. 42), réseaux régionaux de soins (BE), organisations de planification et de soins (LU), réseaux de santé et pôles de santé (VD), réseau cantonal associé à un modèle d'assurance (JU), voire assurance-maladie cantonale (GE).

### MAIS QU'EST-CE QU'UN RÉSEAU DE SOINS ?

Il n'existe pas de définition uniforme. Certaines caractéristiques se dégagent néanmoins. Les réseaux de soins intégrés s'adressent notamment aux personnes présentant des problèmes de santé complexes et multiples, nécessitant un large éventail de prestations sanitaires et sociales. Ils reposent sur une collaboration planifiée et concertée des différent·es partenaires tout au long du parcours de soins et d'accompagnement. Cette collaboration est conçue comme un travail d'équipe interprofessionnel et interinstitutionnel, qui requiert une culture collaborative. Les patient·es et leurs proches sont considéré·es comme des partenaires à part entière de leur prise en charge. Enfin, les réseaux de soins intégrés recourent aux outils numériques pour faciliter la communication, la coopération et la coordination, ainsi qu'aux données de santé pour le pilotage populationnel.

Tous les modèles ne présentent pas ces caractéristiques au même degré. Les soins intégrés ne constituent pas un état « binaire », mais un continuum sur lequel les modèles peuvent progressivement évoluer.

### OPPORTUNITÉ ET DÉFI POUR LES MÉDECINS

Pour les médecins, les réseaux de soins représentent à la fois une opportunité et un défi. Ils permettent de se concentrer sur les compétences clés et de déléguer certaines tâches à d'autres professions, notamment aux infirmiers et infirmières praticien·nes spécialisé·es (IPS). Ils peuvent faciliter le travail à temps partiel et réduire les risques entrepreneuriaux. Le défi consiste toutefois à trouver sa « juste place » au sein d'un dispositif interprofessionnel et interinstitutionnel, où la qualité des soins dépend toujours davantage de la capacité à travailler ensemble.



PUBLICITÉ

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

La Clinique de La Source, a le plaisir d'annoncer l'installation dans un cabinet adjacent à la Clinique, du médecin accrédité indépendant :

- Dr Luigi SCHIRALDI
Spécialiste en Chirurgie plastique, reconstructive et esthétique

Avenue Alexandre-Vinet 30
1004 Lausanne
Tél. : +41 21 547 04 57

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

Immeubles commerciaux et d'artisanat

**Aujourd'hui plus que jamais il est primordial de prendre les bonnes décisions quant au choix de vos locaux ou aux changements à anticiper**

Nous vous accompagnons :
- Pour la vente de votre bâtiment ou de votre terrain
- L'étude du développement et de la valorisation de votre bien
- La recherche de partenaires dans une opération de sale-and-leaseback
- La recherche de surfaces d'activités
- La recherche de locataires et la mise en valeur de vos locaux commerciaux



www.bernard-nicod.ch
BERNARD Nicod
Depuis 1977

**Contactez nos spécialistes en immobilier commercial :**
Vente : Anabela Ramuz
Direct : +41 21 331 17 87
Mobile : +41 79 641 50 57
anabela.ramuz@bernard-nicod.ch

Location : Alice Cherpillod
Direct : +41 21 331 17 25
Mobile : +41 79 367 76 67
alice.cherpillod@bernard-nicod.ch

CARTOGRAPHIE
DES RÉSEAUX

# L'INTÉGRATION, NOUVEAU MOT D'ORDRE DES POLITIQUES DE SANTÉ

*Intégrer, coordonner, décloisonner : la Suisse romande multiplie les réseaux de soins. En août 2026, une motion vaudoise pour une caisse cantonale, inspirée du projet genevois Béluga, en offre la dernière illustration. Tour d'horizon d'un paysage en pleine recomposition.*

**Clara Gaïda**
Consultante en stratégie spécialisée en santé, Camber Collective

**Giulia Acquadro-Pacera**
Collaboratrice scientifique, HOMLab, Faculté de médecine, Université de Genève

**Dr Mathias Waelli**
Chargé d'enseignement, directeur des formations en management des organisations de santé, Faculté de médecine, Université de Genève

Le principe n'est pas nouveau. En 1992, à Genève, naît Delta, le premier réseau de professionnel·les de Suisse romande, autour de médecins de famille indépendant·es. Il réunit aujourd'hui plus de mille médecins et 300 000 patient·es dans cinq cantons. Il ne gère pas les médecins, mais facilite des projets de qualité et intègre une logique de *gatekeeping*.

## UN PAYSAGE À PLUSIEURS ÉCHELLES

Depuis 1996, les modèles de *managed care*, qui limitent le choix des assuré·es contre une réduction des primes, sont encadrés par la LAMal : ils concernent aujourd'hui plus de 75 % des assuré·es. Rien que dans le canton de Vaud, on compte plus de quarante initiatives dites de soins « intégrés », à distinguer selon leur niveau d'intégration :

- Le niveau micro vise l'intégration des équipes dans un espace commun. Les maisons de santé, tel le Pôle santé de la Vallée de Joux, facilitent la coordination directe entre professionnel·les et patient·es.
- Au niveau méso, plusieurs organisations sont liées par des règles et outils communs. L'Ensemble Hospitalier de la Côte réunit hôpital, EMS, permanences et cabinets sous une gouvernance et un système d'information communs.
- Au niveau macro, l'intégration se joue à l'échelle du territoire. Vaud compte quatre réseaux de santé, chargés de coordonner les acteurs et actrices de soins. Un nouveau-né, le Réseau Bleu intercantonal, réunit cinq hôpitaux, dont ceux de la Côte et du Nord vaudois.

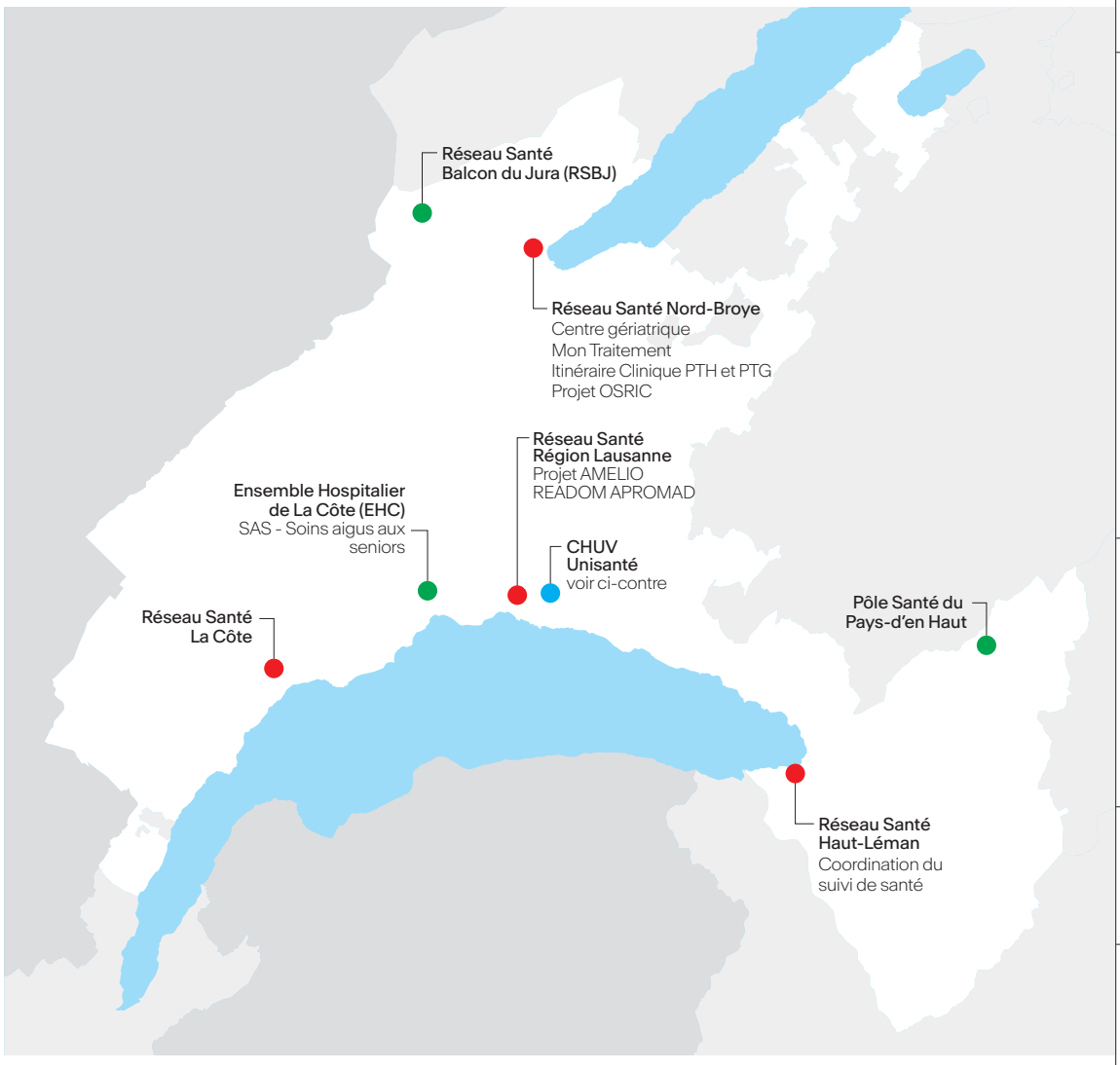
**« Les réseaux ne signent pas la fin du cabinet individuel, ni de la médecine libérale : ils redéfinissent les interdépendances entre parties prenantes. »**

## CE QUE GAGNENT OU CÈDENT LES MÉDECINS

Les réseaux ne signent pas la fin du cabinet individuel, ni de la médecine libérale : ils redéfinissent les interdépendances entre parties prenantes. Pour les médecins, la question devient : « avec qui exercer, sous quel statut et avec quelle autonomie ? » À l'EHC et dans le Réseau de l'Arc, ils et elles renoncent à leur indépendance financière, mais gagnent une infrastructure et une continuité des soins pour leur patientèle, notamment à l'heure de la retraite. Dans d'autres réseaux, comme Delta ou celui du Haut-Léman, les médecins restent indépendant·es, mais bénéficient d'une structure organisationnelle qui met « de l'huile dans les rouages ».

Malgré leurs limites (modalités de financement, résistances institutionnelles, etc.), ces initiatives opèrent comme des laboratoires du changement. Elles offrent aux médecins une opportunité concrète de participer à la redéfinition du système de santé.

## CARTOGRAPHIE DES RÉSEAUX




**CHUV**
Filière STEMI
Filière brûlés romande
Centre Cérébrovasculaire
Centres interdisciplinaires en oncologie
REAGER
Policlinique d'addictologie
Suivi Intensif dans le Milieu (SIM)
TIPP (psychose précoce)
RESSORT
Case Management de Transition

**Unisanté**
Consultation d'adhésion thérapeutique (PMU)
Equipe Mobile Vulnérabilités (PMU)
Unité de soins aux migrants (USMi)
Consultation Souffrance et Travail

**Nord vaudois**
ASPMAD CMS Nord Vaudois - Equipe mobile de transition (RSNB)

**Est vaudois**
Transition entre les unités intermédiaires de la Clinique de Nant et le GRAAP

**Région La Côte**
Fondation de La Côte - Dispositif de nuit aux urgences

**Initiatives cantonales**
Plan de Médication Partagé
Alzami Pro
Programme cantonal Diabète
Réseau Bleu

## LES SOINS INTÉGRÉS, UNE CARTE VAUDOISE

Plus de trente initiatives de soins intégrés maillent aujourd'hui le canton de Vaud. Cette carte les situe selon trois niveaux d'intégration : micro, pour les équipes qui travaillent autour d'un·e même patient·e ; méso, pour les organisations liées par des règles et des outils communs ; macro, pour la coordination à l'échelle d'une région. Elle s'appuie sur l'inventaire de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan, 2017), complété par le Réseau Santé La Côte et le Réseau Bleu. Si Lausanne concentre de nombreux dispositifs, du CHUV à Unisanté, les régions périphériques ne sont pas en reste, de Sainte-Croix à Château-d'Œx.

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

FORMATION



# PROGRAMME JEUDIS DE LA VAUDOISE 2026-2027

**10 décembre 2026:** Trouble du spectre autistique chez l'adulte

**14 janvier 2027:** Acquisitions thérapeutiques

**25 février 2027:** Médecines alternatives et complémentaires

**18 mars 2027:** Intelligence artificielle

**22 avril 2027:** Urgences

**3 juin 2027:** Le genou ligamentaire et prothétique

**24 juin 2027:** Lipidologie

*Programme sous réserve de modifications*

**Commission de Formation Continue (CFC):** Prof. Olivier Lamy (Président), Dr(e)s Marc-Antoine Bornet, Marine Dévaud, Serge Félix, David Gachoud, Alexandre Gouveia, Sanae Mazouri, Sophie Paul, Francine Pilloud, Jean-Luc Vonnez.

## INFORMATIONS, HORAIRES, ACCRÉDITATION

Formation en présentiel à l'Auditoire César-Roux (CHUV). Inscription obligatoire pour chaque session. Les conférences pourront être revisionnées sur **acamedia**, la plateforme de formation continue de la SVM.

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

**ACCRÉDITATION:** Un JVD donne droit à 3 crédits de formation essentielle en médecine interne générale.

**acamedia.svmed.ch**

MERCI À NOS PARTENAIRES!

Platinum

Clinique de La Source Lausanne

Retraites Populaires

AstraZeneca

HIRSLANDEN CLINIQUE BOIS-CERF CLINIQUE CECIL

Gold

novo Lasting Health Starts Now

NOVARTIS

Boehringer Ingelheim

Silver

sanofi

AMGEN

A. MENARINI Pharma

# LES RÉSEAUX : OUTIL OU EMPRISE ?

*« Réseau » : le mot est partout, mais désigne des réalités très différentes. La vraie question n'est plus d'adhérer – la plupart des médecins de premier recours sont déjà affilié·es à un réseau – mais à quelles conditions.*

**Dr Dominique Bünzli**
Président de la
Société Neuchâteloise
de Médecine

Le mot recouvre quatre réalités :

- Le fonctionnement en réseau, d'abord : travailler avec les collègues, l'hôpital, les soins à domicile – notre quotidien ;
- Le modèle « liste produit d'assurance », ensuite : l'assuré·e choisit un·e médecin de famille, sans réseau derrière ;
- Le « vrai » réseau de médecins, lié aux assureurs par contrat : Delta en Suisse romande, ou le Réseau de Soins Neuchâtelois (RSN), avec 160 médecins, un·e Neuchâtelois·e sur cinq affilié·e, des cercles de qualité et des primes réduites ;
- Enfin certaines alliances hôpital-assureur, parfois avec l'État, qui vont dans deux directions : coordonner les soins (comme le Réseau Bleu de la CSS avec le RHNe, décliné dès l'été 2026 à Neuchâtel avec le RSN), ou les intégrer par capitation (comme le Réseau de l'Arc, réunissant Visana, Swiss Medical Network et le canton de Berne), où le prestataire touche un forfait par assuré·e et porte le risque financier.

## POURQUOI ADHÉRER ?

Les raisons ne manquent pas : être épaulé·e par l'organisation, mieux coordonner les prises en charge, échanger entre pairs, offrir aux jeunes collègues la pratique collective qu'ils ou elles recherchent. Le mouvement est là : selon le Forum suisse des soins intégrés, 81 % des médecins de premier recours appartenaient en 2025 à une organisation de soins intégrés (au sens large). Reste à savoir à quelles conditions. Le « vrai » réseau type RSN montre une voie : gouverné par des médecins, il renforce le rôle des médecins de famille au lieu de les déposséder.

**« Un réseau doit demeurer un outil au service des patient·es. Le jour où les médecins sont au service du réseau, on a inversé les rôles. »**

## QUI TIENT LA BARRE ?

Soyons lucides sur les contreparties. Plus un réseau est structuré, et surtout plus il est piloté par un assureur, un groupe privé ou même un hôpital, plus la question de l'indépendance se pose. Qui définit les parcours ? Qui détient les données ? La LAMal, elle, ne dit rien de la capitation ni de la gouvernance des réseaux. Faute de cadre fédéral, ce sont les acteurs privés qui écrivent les règles. Et le glissement vers le salariat, dans des structures dont nous ne tenons pas la barre, n'a rien d'une fiction.

Le serment d'Hippocrate ne parle ni de *gatekeeping* ni de capitation. Il parle des patient·es. La liberté thérapeutique n'est pas un privilège corporatiste : c'est la garantie que la décision se prend en concertation et pour leur bien. Et non pas dans un tableur ! Un réseau doit demeurer un outil au service des patient·es. Le jour où les médecins sont au service du réseau, on a inversé les rôles.

Adhérons donc, mais en gardant la main sur la gouvernance. C'est là que tout se joue !

Retrouvez la liste des différents modèles de réseaux de soins sur svmed.ch/doc-mag

L'EXPÉRIENCE
DELTA

**Dr Michel Eddé**
Président du Conseil d'administration Delta Vaud

# LA LIBERTÉ MÉDICALE À L'ÉPREUVE DU RÉSEAU

*Les réseaux de médecins ont longtemps suscité la méfiance, perçus comme des alliés des assureurs ou une menace sur la liberté de contracter et de prescrire. On peut le comprendre : le managed care s'est d'abord annoncé comme un projet de payeurs. Trente ans après la création de Delta, les faits prouvent le contraire.*

Le cadre, c'est la LAMal et la marge de manœuvre que chaque canton s'accorde. Reste la question : qui organise ? Delta a fait, dès l'origine, un choix d'organisation territoire par territoire, avec les médecins installé·es. Par exemple, les standards de prise en charge ne sont ni décrétés ni importés : ils sont élaborés avec les médecins de premier recours d'une même région, qui participent directement à leur définition. Avec le GHOL, nous développons des itinéraires cliniques pour l'insuffisance cardiaque et la BPCO. Rien ne se décide par contrainte : cela se négocie entre praticien·nes, hôpital régional, communes et ligues de santé. Animer une région sanitaire, c'est cela.

**« Ce que nous avons bâti avec les assureurs, ce sont des indicateurs d'économicité, de qualité et de pertinence, ainsi que des moyens pour les patient·es chroniques. »**

## ET LES ASSUREURS ?

En trente ans, nous n'avons pas subi de pression clinique ni constaté de trajectoire de patient·e orientée par un payeur. La confiance règne, mais c'est avant tout une question de construction : la gouvernance du réseau appartient aux médecins. De plus, le réseau ne détient pas de dossier médical – les dossiers restent au cabinet. Ce que nous avons bâti avec les assureurs, ce sont des indicateurs d'économicité, de qualité et de pertinence, ainsi que des moyens pour les patient·es chroniques : infirmiers et infirmières en pratique avancée, partenariats avec les pharmacies, prévention du diabète…

## QUI ORGANISE LES SOINS ?

La liberté de décision ne me paraît pas avoir perdu au sein du réseau ; elle y a gagné un rapport de force. Delta, ce sont plus de 1 300 médecins de famille romand·es (dont plus de 550 pour le seul canton de Vaud), une force de proposition que les assureurs et les autorités écoutent parce qu'elle parle depuis le terrain. Le débat qui s'ouvre le montre : à Genève avec Béluga, et désormais au Grand Conseil vaudois, la caisse publique cantonale est couplée à des modèles de soins intégrés. La question n'est donc pas seulement qui assure, mais aussi qui organise les soins. Et elle se réglera difficilement sans les réseaux de médecins.

Le réseau complète le cabinet. Il lui apporte des soins primaires renforcés, une capacité d'action en santé publique et une voix collective. Le cabinet y trouve les moyens d'exercer pleinement son indépendance.

SUR LE TERRAIN

# LA CÔTE EST UN VILLAGE

**Doris Monnier**
Responsable stratégie réseau & assurances, Ensemble Hospitalier de la Côte

*Et c'est une chance. Sur notre territoire, les professionnel·les se connaissent, se croisent et s'appellent. Cette proximité paraît presque banale. Elle est pourtant l'un de nos meilleurs atouts pour construire les soins de demain.*

Les généralistes connaissent souvent les spécialistes vers qui elles et ils orientent leurs patient·es. Les équipes de soins à domicile connaissent celles de l'hôpital. Un·e pharmacien·ne peut décrocher son téléphone. Nous partons de cette réalité, avec l'envie de voir jusqu'où nous pouvons aller ensemble à l'échelle de notre région.

Médecins installé·es, spécialistes, pharmacien·nes, soins à domicile, EMS: beaucoup ont envie d'avancer. Les collaborations se construisent autour de projets concrets, sans attendre que le réseau parfait existe.

## QUAND TOUT PREND FORME

L'Ensemble Hospitalier de la Côte réunit déjà certaines de ces conditions. Un même dossier patient relie médecins de famille, spécialistes, urgences, soins aigus et réadaptation. Des professionnel·les dédié·es à la coordination accompagnent les situations complexes et les transitions. Nous recueillons progressivement l'expérience des patient·es tout au long de leur parcours.

Ce qui compte, c'est ce que cette organisation permet concrètement: avoir l'information sans devoir la rechercher. Préparer une sortie d'hôpital avec celles et ceux qui prendront le relais. Pouvoir facilement échanger avec un·e spécialiste. Réunir les bonnes personnes lorsqu'une situation devient complexe. Éviter aux patient·es de devoir raconter encore une fois toute leur histoire.

C'est là que le réseau commence à transformer les pratiques: pas lorsqu'une nouvelle structure apparaît sur un organigramme, mais lorsque le quotidien devient plus simple pour celle ou celui qui soigne, et le parcours plus fluide pour la personne soignée.

## AVANCER ENSEMBLE, À NOTRE ÉCHELLE

Nous essayons, nous apprenons, nous ajustons. Ce qui fonctionne peut se développer, ce qui ne tient pas sur le terrain doit pouvoir évoluer. La coordination et le partage se construisent tout en laissant à chacun·e l'espace nécessaire pour exercer son métier.

Nous sommes suffisamment nombreuses et nombreux pour faire bouger les choses et suffisamment proches pour les faire ensemble.

La Côte est peut-être un village. Et c'est justement notre chance.



Ensemble Hospitalier de la Côte

PASSER DU SILO
AUX RÉSEAUX

**Dr Christian Mathez**
Spécialiste en
médecine interne
générale

# LES DANGERS DU MILLE-FEUILLE DE LA NOUVELLE RELATION TRIANGULAIRE

*Pour contenir les coûts, les réformes misent sur les réseaux de soins. Mais en empilant les structures, on risque de faire des médecins des employé·es chargé·es de freiner les dépenses, et d'oublier les cabinets indépendants.*

En tant que médecin en cabinet indépendant, je pense que les réseaux peuvent améliorer les soins, mais à condition de ne pas faire des médecins de famille les fusibles du système. Notre système de santé n'est plus ni gouverné ni gouvernable. Aux réseaux de l'État s'ajoutent les réseaux existants, les pôles et les alliances santé, chacun avec son système informatique. Et il n'existe toujours pas d'observatoire vaudois de la santé.

## LES MÉDECINS, GARDIEN·NES DES COÛTS À LEUR INSU

Faute d'accord politique, on fait porter l'effort sur le maillon le plus faible : les médecins. Un assureur et un employeur créent une « maison de santé » et y engagent des médecins. Dans cette « relation triangulaire », l'assureur finance, l'employeur organise, et les médecins salarié·es doivent freiner les demandes de soins.

Le ou la médecin perd son statut libéral et ses tâches s'alourdissent : limi-

PUBLICITÉ



AI VD | à vos côtés

**Une question sur l'assurance-invalidité pour un enfant ?**

Retrouvez les prestations,
les démarches et les possibilités
d'accompagnement sur
**aivd.ch/parents**

ter les prestations, assurer les gardes, les contrôles, les réunions. Pour un salaire fixe, il ou elle devient fusible pour l'employeur, filtre pour l'assureur et gendarme pour le ou la patient·e. En cas de plainte, c'est encore lui ou elle qui porte la responsabilité.

### UNE PROMESSE SÉDUISANTE MAIS FRAGILE

Les soins intégrés ont des mérites : ils font travailler plusieurs professions ensemble. Mais si l'économie prime, la qualité peut en pâtir. Le danger est de confondre le coût du système de santé avec le coût de la santé. D'autant que santésuisse vérifie déjà, via sa filiale SASIS SA, si un·e médecin coûte « trop cher ». Demain, ce contrôle s'appliquera aux réseaux. C'est le ou la médecin, en tant que prescripteur ou prescriptrice, qui devra se justifier, au risque de perdre sa liberté thérapeutique.

Je ne m'oppose pas aux réseaux, mais ils doivent se construire avec les médecins. Il faut les ouvrir aux indépendant·es par contrat, rendre publics les critères de contrôle des coûts et créer un observatoire vaudois de la santé.

Rassurons nos patient·es : les médecins de demain travailleront en réseau. Encore faut-il leur laisser le choix, et mener cette réforme aussi vite que possible, mais aussi lentement que nécessaire. Car un·e patient·e a besoin d'un·e médecin disponible, pas d'un gestionnaire de coûts.

PUBLICITÉ

artevia
Centre Vasculaire Lémanique
HIRSLANDEN
CLINIQUE CECIL

LA DOCTEURE ELISABETH CÔTÉ
Spécialiste ISFM en chirurgie vasculaire, membre FMH

LE DOCTEUR SÉBASTIEN DÉGLISE
Spécialiste ISFM en chirurgie vasculaire et chirurgie générale, membre FMH

LA DOCTEURE CÉLINE DESLARZES-DUBUIS
Spécialiste ISFM en chirurgie vasculaire et chirurgie générale, membre FMH

**ont le plaisir de vous annoncer leur installation au sein d'ARTEVIA – Centre Vasculaire Lémanique et leur collaboration avec Hirslanden Clinique Cecil.**

**Adresse du centre :**
Chemin des Croix-Rouges 7, 1007 Lausanne
Secrétariat T +41 21 310 52 45
artevia@hirslanden.ch, www.artevia.med

L'EXPERTISE EN TOUTE CONFIANCE.

Publireportage

# Préserver l'autonomie, aussi hors du domicile




Le maintien des activités et des relations sociales participe au bien vieillir. Pour les seniors, les montres d'assistance connectées offrent une sécurité supplémentaire, à domicile comme à l'extérieur.

La crainte de chuter ou de se retrouver en difficulté sans pouvoir appeler à l'aide peut conduire certains seniors à réduire leurs sorties et leurs activités. Au-delà de la sécurité à domicile, pouvoir compter sur une assistance également disponible à l'extérieur contribue à préserver la confiance nécessaire au maintien d'une vie autonome et active.

**Une montre connectée, une assistance humaine**

Proposée par les **Services industriels de Lausanne** (**SiL**), **MobiZen** associe les fonctions d'une montre connectée – suivi de l'activité, fréquence cardiaque et sommeil – à un dispositif d'assistance comprenant un bouton d'alarme et la détection automatique des chutes. Sa connexion mobile intégrée permet de transmettre une alerte à domicile comme à l'extérieur, partout où le réseau est disponible, tandis que le GPS facilite la localisation en cas d'urgence.

**Une prise en charge adaptée à chaque situation**

Chaque alerte est traitée par Curena, la centrale d'appel de la Croix-Rouge suisse, disponible 24h/24 et 7j/7. Un professionnel tente de joindre l'utilisateur directement sur sa montre afin d'évaluer la situation. Il dispose également d'un dossier constitué lors de la mise en service, comprenant des informations sur son état de santé, ses antécédents médicaux et ses besoins particuliers. Ce dossier l'aide à déterminer les mesures les plus appropriées et, si nécessaire, à faire intervenir les secours ou à contacter les personnes désignées.

**Un accompagnement de proximité**

À Lausanne, les conseillers **SiL** sont à disposition pour présenter **MobiZen**, répondre aux questions et accompagner les démarches. Des ateliers de démonstration permettent de découvrir la montre dans un cadre propice aux échanges.

**Plus d'informations**
sil-netplus.ch
021 315 88 88



**Soutien financier**

Dans le canton de Vaud, **MobiZen** répond aux critères permettant de bénéficier d'une participation financière dans le cadre des prestations complémentaires AVS/AI.

Sous réserve des conditions applicables et après évaluation par le centre médico-social (CMS), **cette participation peut atteindre CHF 32.- par mois.**

# LA FORCE DES LIENS AU SERVICE DES PATIENT·ES

NORD VAUDOIS

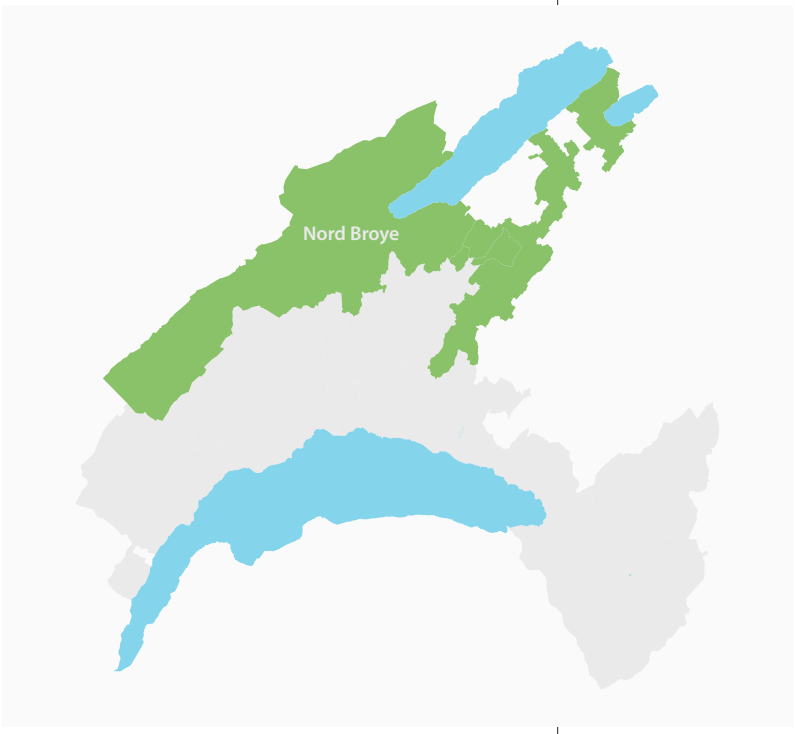
**Dr Julien Ombelli**
Directeur médical des Établissements hospitaliers du Nord vaudois (eHnv)

*La médecine n'a jamais disposé d'autant de compétences. Mais face à des savoirs toujours plus spécialisés, c'est la qualité des liens qui fait la différence. Dans le Nord vaudois, les réseaux de soins font le pari de cette intelligence collective, au service des patient·es comme de la viabilité du système.*

Hôpitaux d'excellence, spécialistes toujours plus à la pointe, médecins de premier recours au rendez-vous, soins à domicile en constante progression, et bien d'autres professionnel·les : toutes et tous contribuent chaque jour à la qualité de notre système de santé, mais aussi à son coût.

Chaque professionnel·le observe son ou sa patient·e depuis un angle qui lui est propre, éclairant une partie de la réponse. La qualité de la prise en charge dépend désormais de notre capacité à relier ces regards, afin de construire la vision la plus complète possible de la situation de la personne.

Les réseaux de soins représentent, à mon sens, l'évolution naturelle d'un système devenu plus (trop ?) complexe, soumis à de fortes pressions financières et à un manque de ressources humaines pour fonctionner de manière optimale. Plus les compétences se développent, plus les liens entre elles deviennent essentiels.




## UNE CULTURE DE CONFIANCE

Dans le Nord vaudois, cette évolution se construit depuis plus de vingt ans à travers le Réseau Santé Nord Broye. Les collaborations nouées entre l'ensemble des acteurs et actrices de santé ont fait émerger une culture de confiance, socle indispensable à la mise en commun d'expériences et de projets.

Le Réseau Bleu en constitue logiquement l'étape suivante. Il fédère les compétences de cinq hôpitaux de quatre cantons dans une logique de santé territoriale afin de renforcer la coordination des parcours de soins, de développer des filières communes, de soutenir les professionnel·les de proximité, de promouvoir la prévention et de faciliter la circulation des informations cliniques, dans le respect du cadre légal. Cette intelligence collective améliore la qualité des soins, stimule l'innovation et contribue à une utilisation plus efficiente des ressources.

## RELIER LES REGARDS

Les prochaines années verront les hôpitaux poursuivre leur hyperspécialisation, tout en faisant évoluer leur gouvernance vers des organisations davantage centrées sur le parcours de soins et le flux des patient·es. La médecine de premier recours conservera un rôle essentiel, grâce à sa vision globale de la personne. Notre responsabilité sera de relier ces regards afin de construire de véritables écosystèmes de santé – au service des patient·es, mais également économiquement viables.

INTERVIEW
CROISÉE

Propos recueillis par
Selsa Maadi

# CANTON ET MÉDECINS FACE AUX MÊMES DÉFIS

*__Laurence Boland__, directrice générale de la Santé de l'État de Vaud, et __Stefan Kaufmann__, secrétaire général de la FMH, croisent leurs regards sur l'essor et la gouvernance des réseaux de soins en Suisse romande.*

**Qu'est-ce que les réseaux de soins changent concrètement dans votre quotidien ?**

**Laurence Boland :** L'État de Vaud n'est pas directement partie prenante de ces réseaux, qui restent pour l'heure des partenariats privés entre prestataires et assureurs. Les questions d'organisation territoriale, de coordination et de qualité des prises en charge sont centrales pour nous, face à la pénurie de professionnel·les et à la hausse des coûts de la santé.

**Stefan Kaufmann :** Les réseaux modifient surtout les processus et la coordination des soins. La FMH accompagne ce changement structurel en offrant notamment aux institutions ambulatoires la possibilité de s'affilier aux sociétés cantonales de médecine.

**Quel regard portent les médecins et le Canton sur les réseaux de soins ?**

**S.K. :** En soi, les réseaux ne représentent ni une opportunité ni un risque. S'ils sont bien conçus, ils permettent d'améliorer le flux d'informations, les transferts et la prise en charge tout en évitant les doublons. La question cruciale n'est donc pas la mise en réseau des soins, mais la manière dont elle se fait.

**L.B. :** Regrouper des prestataires à l'échelle régionale, dans une logique de meilleure coordination et de parcours de soins plus intégrés, permet de placer le ou la patient·e au centre et d'éviter des actes redondants. Les réseaux de soins constituent en ce sens des initiatives intéressantes, tant pour les patient·es que pour la maîtrise des coûts de la santé.

**Y a-t-il un risque de confusion des rôles entre soignant·es et assureurs ?**

**L.B. :** La prise en charge et les choix thérapeutiques doivent rester entre les mains des professionnel·les de santé, dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des standards de qualité. Il s'agirait sinon d'une dérive par rapport à l'objectif initial recherché visant à renforcer la coordination et la bonne orientation des patient·es.

**S.K. :** Collaborer ne signifie pas que les rôles sont interchangeables. Une décision thérapeutique doit toujours être motivée sur le plan médical et ne saurait se baser sur des considérations économiques. Le caractère facultatif est déterminant : médecins et patient·es choisissent librement de s'affilier, ce qui oblige les réseaux à trouver un équilibre pour rester attrayants pour toutes et tous.



**Laurence Boland**
Directrice générale de la Santé de l'État de Vaud

ARC - Jean-Bernard Sieber

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

**Ces modèles ne risquent-ils pas d'accentuer encore un peu plus la charge administrative ?**

**S.K. :** Afin d'éviter une telle évolution, les nouveaux modèles de soins ne doivent pas augmenter la bureaucratie au travers d'une micro-réglementation accrue. C'est pourquoi la FMH s'est opposée à un projet de loi sur les réseaux coordonnés qui aurait créé de nouvelles tâches administratives sans bénéfice pour les patient·es.

**L.B. :** Le Canton soutient le déploiement d'outils, notamment le dossier électronique de santé (DES), afin de réduire la charge administrative, fluidifier les échanges d'informations et améliorer la coordination des parcours de soins. Dans un contexte de ressources limitées, ces organisations doivent faciliter le travail des professionnel·les, pas le compliquer.

**Qui définit aujourd'hui réellement les standards et les parcours de soins au sein des réseaux ?**

**L.B. :** Ce sont avant tout les standards de prise en charge et les bonnes pratiques cliniques, établis par les professionnel·les de santé, qui doivent prévaloir. Le Canton agit à différents niveaux dans une optique de parcours de soins adéquats et coordonnés tout en laissant la responsabilité de la prise en charge aux prestataires de soins.

**S.K. :** Les standards et les parcours de soins doivent être conçus avec les médecins qui les appliquent, pour améliorer la qualité sans tomber dans la rigidité. Cela suppose que la profession siège dans les organes qui pilotent les réseaux et ne soit pas seulement consultée.

**En 2040, à quoi ressemblera selon vous un équilibre réussi entre coordination des soins et liberté professionnelle ?**

**S.K. :** En 2040, la coordination des soins sera une évidence, mais il n'y aura pas de modèle uniforme sur le plan de l'organisation. Une mise en réseau judicieuse et une numérisation adéquate devraient permettre la création à la fois de cabinets individuels, de réseaux de soins et de centres de santé, afin de garantir la liberté de choix.

**« Les standards et les parcours de soins doivent être conçus avec les médecins qui les appliquent, pour améliorer la qualité sans tomber dans la rigidité. »**

**L.B. :** Un équilibre réussi passerait avant tout par une première ligne de soins renforcée, via des modèles interprofessionnels performants, et bien intégrée avec les autres actrices et acteurs à l'échelle régionale. Ce sera le meilleur garde-fou pour garantir la coordination, l'efficacité et la qualité des soins à l'avenir. Le déploiement réussi du futur DES sera un autre facteur clé, garant d'un partage fluide de l'information entre parties prenantes du système.

**Stefan Kaufmann**
Secrétaire général
de la FMH



DR

# CHECK-UP HUMOUR

Illustration :
**Louiza**



# QUEL EST LE RÔLE DES ASSUREURS DANS LES PARCOURS DE SOINS ?

CE QU'EN PENSE

**Stéphan Studer**
Directeur Santé Individuelle au Groupe Mutuel

*On réduit souvent le rôle de l'assureur à celui d'un gendarme des coûts. Pourtant, la vraie question est ailleurs : comment passer d'un système qui rémunère la quantité d'actes à un système qui valorise la qualité des soins ?*

Notre système actuel a été conçu autour de la maladie et de la répartition de ses coûts. Dans la LAMal, les frais administratifs des assureurs représentent 5 % des coûts ; le 95 % se répartit notamment entre l'hôpital (32 %), la médecine ambulatoire et les médicaments (22 % chacun) (source : OFSP, 2024). Le constat principal est que notre système rémunère la production (consultations, examens, hospitalisations) davantage que les résultats obtenus pour les patient·es.

Face au vieillissement démographique, à l'innovation médicale, à l'augmentation des maladies chroniques et à la pénurie de professionnel·les de santé, ne devrions-nous pas changer de paradigme ?

## L'ASSUREUR COMME CATALYSEUR

Dans ce contexte, les réseaux de soins apparaissent comme une réponse organisationnelle à un défi collectif. L'objectif est simple : permettre une meilleure coordination entre professions, du médecin de premier recours à l'EMS, afin d'offrir un parcours de soins plus fluide, sur la base d'une plateforme d'information commune.

Quel rôle pour l'assureur ? Certainement pas de prendre une décision clinique ni d'agir en gendarme : l'indication médicale, le choix thérapeutique et la relation avec les patient·es relèvent avant tout de la responsabilité du milieu médical. L'assureur peut agir comme catalyseur : développer des partenariats, faire émerger des réseaux intégrés, encourager le partage sécurisé des données et orienter le financement vers la qualité.

## UNE RESPONSABILITÉ PARTAGÉE

Cette vision suppose une gouvernance partagée. Elle exige aussi de sortir d'une logique de silos pour construire de véritables parcours de santé *end-to-end*, où chaque partie prenante contribue à un objectif commun, dans un climat de confiance retrouvée. C'est dans cet esprit que des assureurs, dont le Groupe Mutuel, soutiennent plusieurs projets pilotes de réseaux intégrés, avec des partenaires romand·es, mais aussi alémaniques.

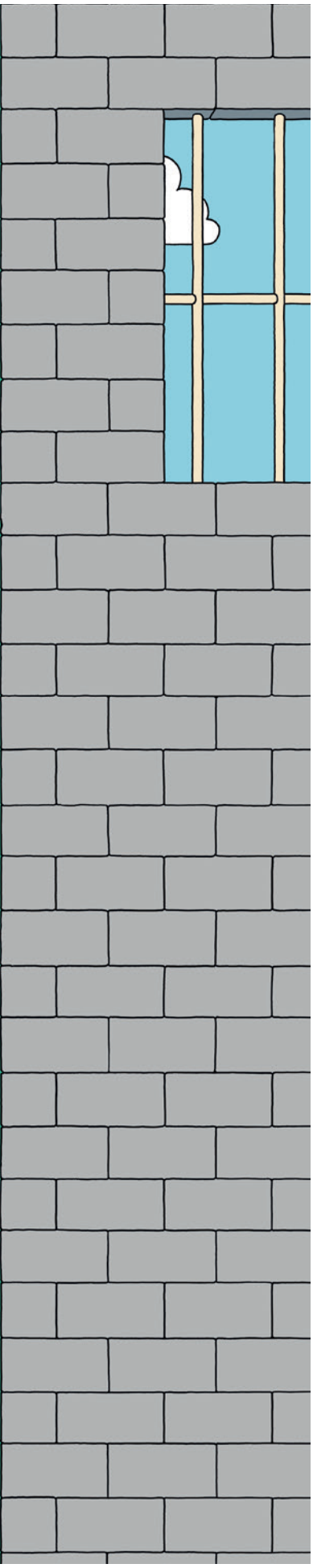
Pour y parvenir, la prévention devra occuper une place bien plus importante, et les critères EAE de l'art. 32 LAMal (efficacité, adéquation et économicité) être mieux appliqués. Portés par la numérisation, les indicateurs rapportés par les patient·es, sur les résultats des soins (PROMs) comme sur leur expérience (PREMs), doivent devenir des références communes pour évaluer la valeur réelle des soins. La valeur réside dans les bénéfices médicaux et la satisfaction des patient·es, au coût le plus économique possible.

L'avenir des réseaux de soins ne se construira ni contre les médecins ni contre les assureurs. Il reposera sur une responsabilité partagée entre toutes les parties prenantes du système.



Groupe Mutuel





Tomas Fryscak

## INTRODUCTION

Dans ce dossier sur la médecine en milieu carcéral, nous avons donné la parole à celles et ceux qui soignent et encadrent les personnes détenues. En amont, plusieurs questions se sont posées : qui sont les médecins qui travaillent en prison ? Comment se tissent les collaborations entre soignant·es et personnel carcéral ? Quel est l'accès aux soins pour les personnes détenues ? Nous savions qu'il existe dans le canton de Vaud un Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP), mais nous avons voulu en savoir plus sur la pratique de nos collègues au sein des établissements pénitentiaires vaudois. Le milieu carcéral est un environnement particulièrement complexe. Vous découvrirez comment la médecine qui s'y exerce fait face aux contraintes de sécurité, à la violence, aux règles pénitentiaires et à la proximité du système judiciaire.

# SOIGNER DERRIÈRE LES BARREAUX

Les soignant·es doivent constamment trouver un équilibre entre le respect du secret médical, les droits des patient·es et les impératifs de sécurité, en évitant les embûches liées aux pressions institutionnelles, sociales ou politiques. Les refus de soins et certaines obligations légales rendent également les décisions éthiques et médico-légales particulièrement délicates. Les patient·es, comme nous avons coutume de les désigner dans nos pratiques courantes, sont, dans ce contexte, des personnes privées de leur liberté. Elles se trouvent par ailleurs fréquemment dans des situations de vulnérabilité, tant sanitaire que sociale, d'autant que la prévalence des troubles psychiatriques (notamment troubles post-traumatiques, addictions), des maladies infectieuses et des pathologies chroniques est plus élevée dans la population détenue que dans la population générale. Le vieillissement de la population carcérale entraîne également une prise en charge de situations médicales de plus en plus lourdes.

Malgré ces difficultés, la prison peut-elle représenter une opportunité de santé publique ? Comment les soins prodigués en prison permettent-ils de dépister des maladies, de proposer des traitements, par exemple contre les addictions, et de stabiliser certaines pathologies chroniques chez des personnes au parcours parfois compliqué ?

Reste une question centrale : comment préserver l'indépendance médicale tout en respectant les lois et directives, et en intégrant le travail interdisciplinaire, pour garantir le droit aux soins dans un cadre éthique, sécurisant et bienveillant ? Des éléments de réponse se trouvent dans les pages qui suivent.

Bonne lecture !



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

UN TERRAIN
DE FORMATION

**Prof. Patrick Bodenmann**
Chef du Département Vulnérabilités et médecine sociale à Unisanté, vice-doyen Enseignement et Diversité à la Faculté de biologie et de médecine de l'Université de Lausanne

# MÉDECINS, SOIGNANT·ES : BIENVENUE EN PRISON !

*Cette invitation peut sembler paradoxale. Pourtant, la pratique de la médecine et des soins en milieu carcéral est une opportunité pour tout·e actrice ou acteur du système de soins intéressé·e à prodiguer des soins a minima égalitaires et (encore mieux !) équitables à une partie de la société. Ci-après, quelques éléments pour vous convaincre.*

Quelque 6 900 personnes étaient détenues en Suisse en 2024 pour 7 250 places et 88 établissements, avec 72 % d'étrangers et 5,7 % de femmes. Un lieu où s'entremêlent les parcours professionnels et où l'interdisciplinarité est la clé, avec des infirmières et des infirmiers de première ligne, des médecins, des psychiatres, des psychologues, du personnel sécuritaire et juridique, une équipe administrative.

## UNE ACTIVITÉ MÉDICALE RICHE

Il s'agit d'un domaine où nos valeurs se confrontent à des enjeux éthiques, des obligations juridiques, des évidences déontologiques, et où la pratique clinique doit s'accompagner d'une connaissance des principes sécuritaires. Sur le terrain, les internistes généralistes en formation sont exposé·es à une casuistique de situations (parfois inattendues) et de complexités, où leur sagacité est mise à l'épreuve. Ils et elles y développent notamment des compétences médicales variées (infectiologie, maladies métaboliques, addictologie, santé mentale), mais aussi des compétences de prise en charge spécifiques telles que grève de la faim, ingestion de corps étranger, mésusage de médicaments, incarcération de personnes transgenres.

## DES ENJEUX DE SANTÉ PUBLIQUE STIMULANTS

Dans cette micro-société, la pandémie de COVID-19 a mis en évidence de nombreux enjeux de santé publique. Au-delà de cet épisode, l'hépatite C, la tuberculose, le surpoids et l'obésité restent des menaces bien présentes.

## FORMER À LA MÉDECINE PÉNITENTIAIRE

À l'École de médecine de l'Université de Lausanne, en première année de master et dans le cadre du module de médecine générale, deux périodes sont consacrées à la médecine carcérale. Des constats épidémiologiques internationaux et nationaux, la prévalence de différentes maladies, les prises en charge spécifiques y sont présentés en tenant compte des différentes étapes du parcours de l'incarcération. Fait pédagogique essentiel, une personne anciennement privée de liberté témoigne et échange avec les étudiant·es : initialement réservé·es, ils et elles constatent très vite que la personne en face d'elles et eux n'est rien de plus qu'un être humain au parcours cabossé.

J'espère vous avoir convaincu·es : soyez les bienvenu·es en prison !

## QUI FAIT QUOI DANS LES PRISONS VAUDOISES ?

Dans les prisons vaudoises, le médecin ne dépend pas de la direction. Depuis 1995, les soins y relèvent du Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP), rattaché au Département de psychiatrie du CHUV, et non de l'administration pénitentiaire. Pour le somatique, ce sont des médecins d'Unisanté qui interviennent dans ce cadre. Ensemble, ils couvrent les cinq prisons du canton : 950 personnes détenues en moyenne à un moment donné, quelque 2 500 sur une année.

# TENIR LA BARRE ENTRE SOINS ET SÉCURITÉ

**Dr Didier Delessert**
Médecin chef de service, Service de Médecine et Psychiatrie Pénitentiaires, CHUV

*Naviguer sur un fleuve tel que l'Oyapock, qui sépare le Brésil de la Guyane française, illustre le quotidien et les contingences auxquels font face les soignant·es intervenant en prison. Les influences et les pressions diverses (politiques, financières, sociales, sécuritaires, etc.) engendrent des tempêtes, des obstacles ou des tourbillons. Ils modifient la trajectoire du bateau « soins », qui peut alors chavirer ou s'échouer sur une rive.*

L'Oyapock marque une frontière, mais une frontière franchissable, à condition d'en respecter les règles. Les soignant·es accostent ainsi sur la rive judiciaire et sécuritaire pour apporter des soins aux personnes détenues. Il faut connaître l'organisation et les besoins de ce pays voisin pour y défendre la légitimité des soins et le droit aux soins, tout en respectant les règles sécuritaires. Dans l'autre sens, il est parfois nécessaire de transférer une personne détenue sur le bateau ou sur la rive des soins, avec une présence sécuritaire qui ne doit entraver ni les soins ni le secret médical. Les soignant·es regagnent aussi leur territoire pour suivre des formations continues et préserver leur culture et leur identité de thérapeutes.

## DES TENSIONS AU QUOTIDIEN

Concrètement, les zones de tension pour les soignant·es, impossibles à lister de manière exhaustive, s'imposent au quotidien. Il s'agit par exemple de tenir compte des questions de sécurité publique tout en garantissant l'équivalence des soins, le respect des droits des patient·es, mais aussi de respecter l'obligation de renseigner les autorités en cas d'expulsion du territoire ou de traitement psychiatrique ordonné par la justice. Ou encore d'éviter d'être complice d'un processus mettant en péril la sécurité de la prison (une personne qui confie préparer une évasion, par exemple) tout en garantissant le secret médical à la personne détenue et recevant des soins.

## GARDER LE CAP

L'expérience clinique, l'indépendance statutaire et budgétaire des services médicaux par rapport au système pénitentiaire, l'appartenance à une institution universitaire ou cantonale, ainsi que les lois et directives qui encadrent l'exercice de la médecine en prison sont des points de repère essentiels pour garder le cap et poursuivre la mission de soins.

Enfin, l'image du bateau, avec sa hiérarchie et son équipage, est représentative du fonctionnement d'un service de médecine pénitentiaire : travail en équipe, interdisciplinarité, esprit de groupe et coopération, rôle et compétences spécifiques de chacun·e. Et si le voyage est exigeant et énergivore, il ouvre au quotidien sur des rencontres et des espaces thérapeutiques insoupçonnés.



Wikimedia Commons

INTERVIEW
CROISÉE

Propos recueillis par
Selsa Maadi

# À LA PRISON DE LA TUILIÈRE, SOINS ET SÉCURITÉ FONT ÉQUIPE

*Pour comprendre comment s'articulent au quotidien la sécurité et l'accès aux soins, nous avons donné la parole à **David Lembrée**, directeur de l'établissement pour femmes de la Tuilière, et à **Sabine Borel**, médecin psychiatre pour le Service de médecine et psychiatrie pénitentiaires (SMPP) dans le même établissement.*

**Dre Sabine Borel**
Médecin psychiatre
à la Prison de la
Tuilière



Sabine Borel

**Comment définiriez-vous vos missions respectives, et où se rejoignent-elles ?**

**Sabine Borel :** Nous sommes là pour prodiguer tous les soins médicaux nécessaires à l'intérieur du lieu de détention afin de garantir l'équivalence des soins. Nous nous rejoignons dans cette mission de prendre soin des femmes incarcérées. Que le personnel soit du service médical ou pas, nous prenons en charge leur santé dans sa globalité.

**David Lembrée :** Ma mission est de coordonner une équipe pluridisciplinaire autour de la sécurisation de la prise en charge et de la réinsertion. Cette collaboration est quotidienne, et mon rôle est de faire en sorte que chacun·e, personnel pénitentiaire ou pas, puisse faire son métier dans de bonnes conditions de sécurité et de confort de travail.

**« Nous nous rejoignons dans cette mission de prendre soin des femmes incarcérées. »**

**On oppose souvent impératifs de sécurité et droit aux soins. Comment le vivez-vous au quotidien ?**

**D.L. :** Nous ne vivons pas cette opposition au quotidien. L'établissement est un lieu où sécurité et droit aux soins se croisent en permanence, mais nous trouvons toujours une solution en bonne intelligence. La compréhension mutuelle des missions de chacun·e permet de dépasser les difficultés.

**S.B. :** J'abonde dans le même sens : les détenues sont amenées jusqu'à la salle d'attente par une personne de la sécurité, puis reçues en consultation dans des conditions identiques à un cabinet en ville, secret médical compris. Le droit aux soins est donc pleinement respecté malgré les impératifs de sécurité et grâce à une précieuse collaboration avec le personnel de détention.

**Depuis 1995, le SMPP dépend du CHUV et non du Service pénitentiaire (SPEN). Comment se passe la collaboration ?**

**S.B. :** Elle est excellente. L'indépendance statutaire du SMPP nous permet de prendre nos décisions médicales en toute liberté, dans un climat de confiance avec le corps pénitentiaire. Nous tenons des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires pour une prise en charge globale des patientes. Le rôle des agent·es y est précieux : leurs signalements d'inquiétude sont pris très au sérieux.

**D.L. :** Les informations transitent également par un système de fiches électroniques permettant à tout·e intervenant·e de consigner un échange significatif. À titre personnel, je consulte aussi spontanément le SMPP avant certaines décisions disciplinaires pour évaluer l'impact potentiel sur la santé d'une détenue.

## INTERVIEW CROISÉE

**Quelles sont aujourd'hui les principales difficultés auxquelles vous êtes confronté·es dans votre quotidien ?**

**S.B. :** Elles concernent les parcours de vie extrêmement traumatiques des femmes arrivant avec une santé très précarisée (problèmes psychiatriques, somatiques, gynécologiques, dentaires) et parfois sans soins antérieurs.

**D.L. :** Le fait d'accueillir exclusivement des femmes impose des manières de travailler différentes d'un pénitencier masculin : l'accompagnement de nos 80 personnes détenues demande des ressources centrées sur l'écoute et le dialogue, qui deviennent vite insuffisantes en cas d'absence d'un collaborateur ou d'une collaboratrice, fragilisant fortement le fonctionnement global.

**Quelles évolutions observez-vous dans les relations entre administration pénitentiaire et équipes soignantes ?**

**D.L. :** Depuis plusieurs années, différents cantons romands ont progressivement créé des services médicaux indépendants de la hiérarchie pénitentiaire, ce qui a permis de dépasser les tensions passées pour aboutir à un fonctionnement complémentaire. J'ai la conviction que la mission fondamentale doit rester centrée sur la personne détenue, et non sur le partenaire institutionnel. Ensemble, nous devons préparer sa réinsertion sociale, dans toutes ses dimensions.

**S.B. :** Cette évolution a permis de travailler de manière multidisciplinaire pour le bien des femmes. Je travaille ici depuis six ans et j'observe un dialogue de qualité et une volonté commune d'avancer dans la même direction.

**Quel message donneriez-vous à un·e collègue qui envisagerait de travailler en prison ?**

**S.B. :** Ce milieu est exigeant et il faut savoir prendre soin de soi pour tenir dans la durée. Mais j'ai immédiatement aimé cet environnement, grâce à sa richesse multidisciplinaire, aux parcours de vie des femmes rencontrées et au sentiment d'utilité qu'il procure, notamment celui d'offrir un espace d'écoute à des personnes qui n'en ont parfois jamais eu.

**D.L. :** Ce qui me motive : la diversité quotidienne et la satisfaction de voir d'anciennes détenues réussir, comme celle qui a débuté une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP) en cuisine dans nos murs en 2025 et poursuit actuellement son apprentissage à l'extérieur. C'est à ça qu'une prison doit servir !

**« Mon rôle est de faire en sorte que chacun, personnel pénitentiaire ou pas, puisse faire son métier dans de bonnes conditions de sécurité et de confort de travail. »**

**David Lembrée**
Directeur de la Prison de la Tuilière



Service pénitentiaire / SPEN

### RECONSTRUIRE L'ESTIME DE SOI POUR FACILITER LA RÉINSERTION

L'approche médicale est essentielle pour la santé, mais la reconstruction de l'estime de soi, mise à mal par des parcours de vie cabossés, l'est tout autant pour reprendre pied une fois libérée. La direction de la Tuilière a mis en place à cet effet plusieurs dispositifs : remise à niveau des connaissances de base, ateliers certifiants, cours de yoga ou encore programme artistique comme « La Tuilière a un incroyable talent », où les résidentes se produisent devant leurs codétenues et le personnel. Selon la direction, ces initiatives participent toutes à la revalorisation personnelle des personnes détenues et donc à leur santé mentale. Une étape essentielle pour retrouver confiance en soi et se donner les meilleures chances de rebondir à l'extérieur.



# Rachat d'années : un atout prévoyance

**Le rachat d'années dans le 2e pilier permet de combler des lacunes de prévoyance, d'améliorer ses futures prestations et de bénéficier d'avantages fiscaux souvent appréciables.**

Le rachat d'années d'assurance est une possibilité offerte par les caisses de pension pour renforcer sa prévoyance professionnelle. Il consiste à effectuer un versement volontaire afin de combler une lacune dans son 2e pilier et ainsi améliorer ses futures prestations.

Ces lacunes peuvent avoir différentes origines. Une entrée tardive dans la vie active, des périodes de travail à temps partiel, une interruption de carrière, un divorce avec partage des avoirs de prévoyance ou encore une hausse importante du salaire peuvent réduire ou limiter l'épargne accumulée dans la caisse de pension. Dans les faits, de nombreux assurés disposent d'un potentiel de rachat.

Le principal avantage de cette démarche est de renforcer l'avoir de vieillesse disponible au moment de la retraite. Selon le règlement de l'institution de prévoyance, le rachat peut également améliorer certaines prestations versées en cas d'invalidité ou de décès. Les fonds versés restent investis dans la caisse de pension et sont rémunérés selon les conditions prévues par celle-ci.

Le rachat présente aussi un intérêt fiscal. Les montants versés sont en principe déductibles du revenu imposable. Cette déduction peut permettre de réduire sensiblement la charge fiscale de l'année concernée. Dans certains cas, il peut être judicieux de répartir les rachats sur plusieurs années afin d'optimiser cet avantage grâce à la progressivité de l'impôt.

Quelques règles méritent toutefois une attention particulière. Les prestations découlant d'un rachat ne peuvent pas être retirées sous forme de capital durant les trois années qui suivent le versement. Par ailleurs, lorsqu'un retrait anticipé a été effectué pour financer un logement, certaines restrictions peuvent s'appliquer avant d'envisager de nouveaux rachats.

Dans tous les cas, adressez-vous à votre caisse de pension afin de savoir si vous pouvez effectuer des rachats, à quelles conditions et pour quel montant.

**Christophe Cavin**
Responsable du service entreprises et institutions à Retraites Populaires

Retraites Populaires

# PRIVER DE LIBERTÉ, PAS DE SANTÉ

*Exercer en prison implique d'évoluer dans un environnement singulier. On y découvre des trajectoires souvent marquées par des traumatismes physiques, psychologiques ou sexuels, de la maltraitance, de la précarité, des ruptures sociales et familiales. En tant que médecins, on prend vite conscience que ce lieu concentre les inégalités sociales et de santé.*

TÉMOIGNAGE

**Dr Constantin Bondolfi**
Médecin adjoint, responsable du Secteur médecine pénitentiaire, Département vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté

**Dr Yoris Demars**
Médecin associé, Secteur médecine pénitentiaire, Département vulnérabilités et médecine sociale, Unisanté, et Service de médecine des addictions, Département de psychiatrie, CHUV

Pour presque toutes les pathologies, nos patient·es présentent une prévalence largement supérieure à celle de la population générale : troubles psychiatriques, VIH, hépatites virales et maladies chroniques cardiovasculaires, endocriniennes ou respiratoires. Plus de 70 % fument et leur âge biologique dépasse souvent de 10 à 15 ans leur âge réel. La population carcérale vieillit également, et nous suivons désormais des patient·es toujours plus complexes : immunodéprimé·es, greffé·es, dialysé·es ou en situation palliative. À cette lourde charge de morbidité s'ajoutent les effets délétères de l'enfermement, qui contrecarrent souvent nos efforts thérapeutiques : certain·es patient·es en détention préventive passent des mois, parfois des années, enfermé·es jusqu'à 23 heures par jour en cellule.

## UNE PRATIQUE SOUS CONTRAINTES

Ce milieu nous impose aussi de composer avec les contraintes sécuritaires, la violence, la dureté et les règles propres à la détention. L'arrêt des consommations est souvent subi plutôt que choisi, ce qui place notre travail addictologique dans un cadre très différent de l'accompagnement qui se ferait à l'extérieur. Notre pratique est en outre marquée par la proximité directe du monde judiciaire, et notre travail est fréquemment remis en question par nos patient·es et leurs avocat·es ! Par ailleurs, les refus de soins sont légion, ce qui nous met régulièrement face à des considérations éthiques, humaines et médico-légales complexes.

## UNE PAUSE DANS L'ERRANCE

L'accès aux soins en prison constitue toutefois une opportunité de santé publique : dépistage, prévention et prise en charge des dépendances. Pour certain·es patient·es, la détention offre une pause dans un parcours marqué par l'errance et les ruptures de soins, et permet parfois de stabiliser des maladies chroniques comme le diabète ou l'hypertension.

Malgré ces difficultés, notre pratique est riche : nous consultons chaque jour dans plusieurs langues et, paradoxalement, en prison, nous voyageons beaucoup. Nous y exerçons une médecine exigeante, au contact des vulnérabilités les plus marquées de notre société. Derrière les murs, nous essayons de rappeler chaque jour qu'une peine privative de liberté ne doit jamais devenir une privation d'accès à la santé.

PUBLICITÉ



# PEUT-ON LES FACTURER ?

*Le droit suisse ne prévoit actuellement aucune base légale claire permettant au médecin de facturer automatiquement un rendez-vous manqué. Les fondements juridiques invoqués, soit les art. 404 et 97 du Code des obligations (CO), soulèvent d'importantes difficultés d'application.*

**Nur Enhas**
Juriste à la SVM

L'art. 404 CO prévoit qu'un mandat peut être révoqué en tout temps, la partie qui agit en temps inopportun pouvant être tenue d'indemniser l'autre pour le dommage causé. Toutefois, l'absence d'un·e patient·e à une consultation n'équivaut pas nécessairement à une révocation du mandat thérapeutique. Certain·es auteur·es considèrent que chaque consultation constitue un mandat distinct dont l'annulation équivaut à une révocation. Cette approche reste toutefois contestée, la relation thérapeutique étant généralement considérée comme un mandat unique et durable dont les consultations ne sont que des modalités d'exécution.




## OBLIGATION OU INCOMBANCE ?

L'application de l'art. 97 CO suppose notamment la violation d'une obligation contractuelle de la ou du patient·e et l'existence d'un dommage. Or, la doctrine est divisée quant à la question de savoir si, le fait pour un·e patient·e, de se présenter à une consultation constitue une véritable obligation juridique. Plusieurs auteur·es estiment qu'il s'agit plutôt d'une simple incombance (une charge qui ne peut être exigée en justice) liée à sa propre prise en charge médicale, et non d'un devoir dont la violation ouvrirait un droit à réparation.

À cela s'ajoute la difficulté de démontrer un dommage concret. Le médecin devrait établir que l'absence d'un·e patient·e lui a causé une perte effective, par exemple parce qu'il n'a pas pu attribuer le créneau à une autre personne ou l'utiliser pour accomplir d'autres tâches professionnelles. Cette preuve peut s'avérer difficile à apporter.

## L'AFFICHE EN SALLE D'ATTENTE NE SUFFIT PAS

Dans ce contexte, les avertissements indiquant qu'un rendez-vous annulé moins de 24 heures à l'avance sera facturé ne constituent pas une base suffisante. Une telle annonce unilatérale ne démontre ni l'existence d'un dommage effectif ni l'accord de la patientèle sur les conséquences financières d'une absence.

La solution la plus sûre consiste dès lors à faire signer aux patient·es une clause contractuelle prévoyant une indemnité forfaitaire en cas d'absence ou d'annulation tardive. Une telle clause permet de fonder la créance sur un accord contractuel clair et d'éviter les difficultés de preuve liées aux art. 404 et 97 CO. Il est toutefois recommandé de prévoir une indemnité forfaitaire raisonnable, plutôt que de facturer l'acte médical non réalisé.

# QUELLE PART POUR LE MÉDECIN ?

*Bientôt une année que le nouveau système tarifaire ambulatoire a remplacé l'obsolète TARMED. Le TARDOC, le tarif à la prestation, a beaucoup fait parler de lui. Les forfaits ambulatoires, nettement moins. Ce sont pourtant ces derniers qui priment, selon la volonté du législateur. Encore limités à quelque 300 forfaits au 1er janvier 2026, ils sont appelés à s'étendre. Une question reste étonnamment en suspens : quelle part revient au médecin ?*

**Gaël Saillen**
Secrétaire général de la SVM

Des tentatives existent, mais aucune méthode ne s'est montrée suffisamment convaincante pour s'imposer. L'OTMA ne semble pas non plus vouloir se saisir de la problématique. Les médecins doivent ainsi avancer dans le brouillard et négocier avec les établissements, sans toujours disposer des informations nécessaires.

## UNE MOSAÏQUE DE PRATIQUES

Pour y voir plus clair, la SVM a mené en juillet un sondage auprès de ses membres et des établissements hospitaliers. Les résultats livrent quelques conclusions parlantes. Parmi les 143 médecins-chef·fes et médecins agréé·es ayant répondu, seule la moitié indiquait qu'en mai 2026, son établissement avait mis en place une méthode de rémunération de la part médicale. Plus frappant encore, parmi les médecins concerné·es, seul·es 42 % connaissaient le mode de calcul appliqué. Et les fragilités apparaissent : 48 % des répondant·es constataient une baisse de revenu, contre 14 % une stabilité et 10 % une augmentation. Du côté des établissements, les réponses confirment une véritable mosaïque de pratiques : données historiques, modèles internes ou conventions individuelles.

Au-delà des frontières vaudoises, le constat est le même auprès des sociétés médicales des autres cantons et des faîtières : les approches existent, la référence commune, non.

**« Une formule unique ne verra probablement pas le jour demain. L'absence de solution immédiate ne saurait toutefois justifier durablement l'absence de cadre. »**

## DES INCITATIONS À L'ENVERS

Le volume actuel des forfaits pourrait conduire à relativiser le problème. Ce serait oublier qu'ils sont amenés à s'étendre et que, derrière la rémunération, se cache la question des incitations. Depuis des années, politiques et partenaires tarifaires entendent favoriser « l'ambulatoire avant le stationnaire ». Mais si une intervention est correctement rémunérée en stationnaire par les forfaits DRG et insuffisamment en ambulatoire, l'incitation fonctionne tout simplement à l'envers.

Une formule unique ne verra probablement pas le jour demain. L'absence de solution immédiate ne saurait toutefois justifier durablement l'absence de cadre. Les forfaits ont été conçus pour prendre une place croissante dans notre système tarifaire. Leur développement ne peut se faire ni au détriment des médecins, ni du virage ambulatoire qu'ils et elles sont censé·es accompagner.

# COORDONNER LES SOINS : UNE PLATEFORME POUR PASSER DU DIALOGUE À L'ACTION

*Pénurie de personnel qualifié, pression sur les coûts, nouveaux modèles de prise en charge et virage ambulatoire posent au canton et aux fournisseurs de prestations des défis qu'ils ne peuvent plus guère relever seuls. Les besoins de coordination augmentent, et c'est précisément là qu'intervient la plateforme de dialogue sur la santé* (Dialogplattform Gesundheit Baselland)*, lancée en 2024 par le canton de Bâle-Campagne sous l'égide du conseiller d'État Thomi Jourdan.*

**Dr Tobias Eichenberger**
Président de la Société médicale de Bâle-Campagne

**Dr Miodrag Savic**
Médecin et médecin-dentiste
Président de l'ASMAC Bâle

La plateforme s'appuie notamment sur le concept « Gesundheit BL 2030 » : une prise en charge décentralisée, de proximité et davantage ambulatoire, au sein d'un réseau de santé. Plus de 80 organisations y participent, des hôpitaux aux pharmacies en passant par les soins à domicile et les communes.

## TROIS NIVEAUX DE TRAVAIL

Des groupes de travail autonomes se fixent leurs propres objectifs sur des thèmes comme la numérisation ou le circuit du médicament. Des groupes thématiques, pilotés par le canton, mènent des projets issus de « Gesundheit BL 2030 », dont un modèle de soins intégrés élaboré avec sept assureurs-maladie, ainsi que l'évolution de la formation des médecins, axée sur le renforcement de la médecine de famille. Les sociétés médicales sont actives dans tous ces groupes. Deux fois par an, une conférence de dialogue réunit l'ensemble des parties prenantes : les résultats y sont présentés, de nouveaux thèmes définis, des contacts noués.

## DU SCEPTICISME À LA VALEUR AJOUTÉE

Nous, la Société médicale de Bâle-Campagne et l'ASMAC Bâle, étions d'abord sceptiques. Ne s'agissait-il pas de déléguer des tâches cantonales à des associations déjà très sollicitées ? Après une phase de démarrage, la valeur ajoutée est pourtant apparue clairement : le dialogue avec le canton s'est nettement renforcé, le réseau entre les organisations s'est étoffé et les problèmes peuvent être abordés plus directement.

**« Parler ne suffit pas à transformer la prise en charge : l'essentiel est d'exploiter les synergies, d'apporter de l'efficience au système et de soulager réellement les fournisseurs de prestations. »**

## DES CONCEPTS AUX ACTES

Après deux ans, il est toutefois trop tôt pour dresser un bilan définitif. De nombreux concepts ont vu le jour ; il s'agit désormais de les concrétiser, plutôt que de produire sans cesse de nouvelles idées lors des prochaines conférences. Car parler ne suffit pas à transformer la prise en charge : l'essentiel est d'exploiter les synergies, d'apporter de l'efficience au système et de soulager réellement les fournisseurs de prestations, afin qu'ils puissent se concentrer sur leur cœur de métier.

Au fond, tout le monde veut la même chose : une prise en charge de qualité, innovante et durable. Si ce dialogue s'inscrit durablement dans l'évolution du système de santé de Bâle-Campagne, la plateforme déploiera toute sa valeur ajoutée.

# QUAND L'HYPNOSE ENTRE AU BLOC

DRE SONIA ZACCARINI

VISITE MÉDICALE

**L'hypnose : qu'est-ce qui vous y a menée, et qu'est-ce que cela change ?**

La curiosité me guide. En anesthésie, les Drs Forster (HUG) et Faymonville ont montré la valeur de l'hypnose. J'ai débuté grâce à des collègues qui m'ont soutenue. Cette pratique améliore la relation et l'attention portée aux besoins des patient·es. J'ai fait mon doctorat sur ce sujet, et j'ai souhaité appliquer les conclusions de ma thèse dans ma pratique.

**Pourquoi avoir choisi l'anesthésiologie, et la recommanderiez-vous à un·e étudiant·e ?**

Elle s'est imposée comme une évidence après la chirurgie et la médecine interne. Je recherchais la vie foisonnante du bloc opératoire. Oui, je recommande cette spécialité : elle est variée et peut convenir à de nombreux profils.




**En dehors de la médecine, quelles sont vos passions ?**

Art et culture au sens large nourrissent mon quotidien. Je voyage dans l'Histoire, les rues et les villes, entourée de celles et ceux que j'aime. Je rêve de découvrir le monde à un rythme doux, et le train reste pour moi le moyen le plus agréable. Sur mon « ordonnance » pour rester en forme : un gag quotidien, remercier la vie et saisir l'instant. Assister à une représentation théâtrale ou à une exposition, profiter du plein air et savourer la bonne chère. De petites routines qui entretiennent santé et joie.

**Vous avez pratiqué des craniotomies sous hypnose. Quel souvenir en gardez-vous ?**

Un moment fort et inattendu au bloc, entre émotions et rires. J'ai aimé accompagner nos patient·es. Moins de médication, c'est une meilleure récupération. Et être pionnière au CHUV, avec près de vingt craniotomies, fut une expérience unique. J'ai tenté une voie risquée, sans garantie de succès. Souvent, les plus beaux combats sont ceux qu'on pense perdus. Le retour enchanté des patient·es fut ma vraie récompense.

**Qu'est-ce qui vous a attirée vers le traitement de la douleur chronique ?**

Au bloc, la douleur aiguë s'éteint par des gestes médicamenteux et interventionnels. La douleur chronique demande une relation et une autre temporalité. L'anesthésie m'a donné des outils, mais ma sensibilité m'a attirée vers cette prise en charge. La résilience des patient·es m'inspire.

## BIO EXPRESS

- **Diplômes**
  Spécialiste FMH en anesthésiologie ; Formation approfondie interdisciplinaire en médecine interventionnelle de la douleur (SSIPM) ; Certification internationale en médecine interventionnelle de la douleur (FIPP)
- **Lieu de travail**
  Institut Suisse de la Douleur, Lausanne
- **Situation familiale**
  Mariée, une fille
- **Hobbies**
  Art et culture
- **Un signe distinctif**
  Enthousiaste et curieuse

# ME]LO[DICA

*Index et auriculaire levés, je l'affirme, le rock a plus à nous apprendre que la faculté.*



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

Confrères, Consœurs, il y a quelque temps, je suggérais l'écoute de *Worms* des *Viagra Boys* dans une contribution sur l'intrinsèque inaptitude des médecins à tolérer le réel, les contraignant ainsi à s'épuiser inexorablement (parue dans le n°7 de DOC, « Nos médecins sont-ils malades? »). Le dernier album de ce groupe que l'on peut, sans faire scandale, définir comme membre solide de la



royauté punk-rock, m'a impulsé l'envie de poursuivre le partage de sons pouvant enrichir notre pratique médicale. Y entendre l'écho de nos discours médicaux est une belle invitation à penser ce qu'on peut bien avoir à se raconter dans le singulier échange de nos consultations. Si vous êtes partant, je le suis aussi : allons-y, *let's go*!

Tout d'abord, il est intéressant de noter que ce *band*, emmené par la voix caverneuse de Sebastian Murphy, tatoueur à la ville, explose d'emblée toute velléité de pouvoir, se revendiquant, par leur nom, fragile. Ce qui, en soi, constitue un antidote au masculinisme réactionnaire de nos évolutions post libérales. Ils enfoncent le clou avec l'éponymie trashée de leur nouvel album *Viagr Aboys*. On y trouve, entre autres bijoux, *Pyramid of Health*, où ils tournent en bourrique psychédélique notre quête perpétuelle de santé. Perpétuelle jusqu'au retour à la poussière.

*Hanging out with a camera down my throat.*
*They say my stomach's nearly fried from eating cigarettes for breakfast.*
*But if I follow seven easy steps, I might avoid my death.*
*The pyramid of health.*

Pour qui souhaite approfondir, qui plus est sur un mode #yenapointcommenouspride, sachez que le père du chanteur estime que leur meilleur concert a eu lieu dans notre riante cité de la Tour-de-Peilz (spoiler, c'est pas faux). On va pas se mentir, il n'est pas certain que lardasser son sofa au cutter et écluser un six-pack de canettes tièdes soit véritablement impératif à l'immersion convenable dans ces enregistrements. Pousser le volume à 11, par contre, relève du minimum syndical.

Bonne écoute!

Si les dieux de la procrastination se montrent cléments je reviendrai et on ira en Finlande...

Scanner les codes QR pour visionner des extraits vidéo des Viagra Boys

*Pyramid of Heath*, live on KEXP 2025

Concert à la Nox Orae, 2019

# 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

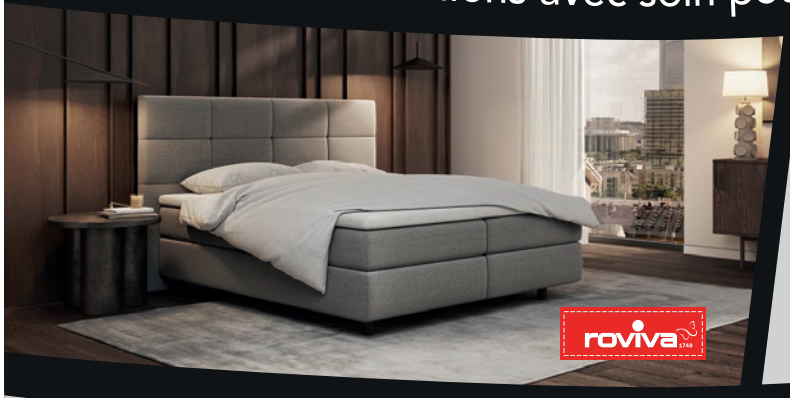
www.huguenin-orthopedie.ch

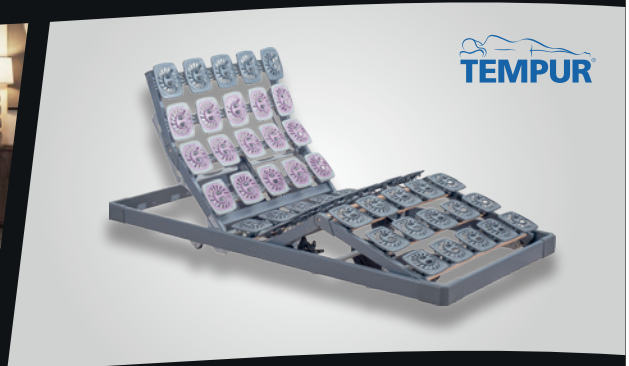
# Confort-lit

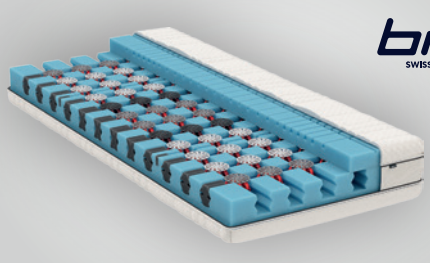
DEPUIS 1989

36 ans

Nous vous conseillons avec soin pour trouver la **literie idéale**




| | | |
|---|---|---|
| YVERDON | Av. de Grandson 60 | 024 426 14 04 |
| LAUSANNE | Rue Saint-Martin 34 | 021 323 30 44 |
| GIVISIEZ | Route des Fluides 3 | 026 322 49 09 |

**www.confort-lit.ch**



# La Source
## CENTRE DE CHIRURGIE AMBULATOIRE

### FLUIDITÉ ET FLEXIBILITÉ
une organisation dédiée à l'ambulatoire pour simplifier la planification des interventions et accélérer les prises en charge

### PLURIDISCIPLINARITÉ
un large éventail d'interventions chirurgicales et d'actes médico-techniques réunis au sein d'un même centre

### CONTINUITÉ DES SOINS
un parcours coordonné avant, pendant et après l'intervention, avec un suivi à domicile par La Source à domicile lorsque cela est indiqué

### ACCESSIBILITÉ
les prestations médicales sont couvertes par l'assurance de base, aux mêmes tarifs que dans les hôpitaux publics

EN SAVOIR PLUS


**RÉSERVATIONS**
Tél : +41 21 641 33 77
reservations@lasource.ch