

CMV

courrier
du médecin
vaudois

REVUE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE
DÉCEMBRE 2020

#6

RÉVISION LAMAL

Le 2^e paquet n'est pas un cadeau!

RÉSERVES DES ASSUREURS

Position
de la FRC

RÉSULTATS MAS 2018

Féminisation
et baisse
des revenus

SPÉCIAL CORONAVIRUS

LES CMS, VOS RELAIS AU DOMICILE DE VOS PATIENTS



Vous pouvez compter sur les professionnel-le-s des centres médico-sociaux (CMS) pour dispenser des soins spécialisés et de l'aide au domicile de vos patient-e-s – enfants, familles, adultes et séniors:

- **Tests de dépistage** par prélèvements naso-pharyngés, pour les personnes ne pouvant pas se déplacer pour une raison de santé
- **Thérapies respiratoires:** oxygénothérapie, aérosols et tous soins nécessaires
- Prise en charge spécifique et **suivi intensif** de vos patients positifs
- Réadaptation **après une hospitalisation**
- **Prévention** renforcée du **déclin fonctionnel**
- **Aide pratique** (courses, repas)
- Évaluation en **psychiatrie adulte et psychogériatrie** également par téléphone ou visioconférence
- Pour les **parents d'enfants 0-4 ans**, consultations également par téléphone ou visioconférence
- **Soutien pour les proches aidants** (conseils, répit, relève, orientation).

LES CMS SONT À VOTRE DISPOSITION 7/7
SUR TOUT LE TERRITOIRE VAUDOIS.

0848 822 822

www.avasad.ch



AIDE ET SOINS
À DOMICILE



sommaire

4 DOSSIER

- 4 Projet de modification LAMal
- 7 Check-up humour
- 8 Réforme et référendum en vue
- 10 Second paquet de mesures et médecine hospitalière
- 11 Réserves des assureurs
- 14 Modèles d'assurance alternatifs
- 15 Parole à la FRC
- 16 Interview du Dr Philippe Eggimann
- 18 Ce qu'en pense...
Léonore Porchet

19 INFO SVM

- 19 Assemblée des délégués
- 20 Yvonne Gilli, première femme présidente de la FMH
- 20 Elections statutaires au GMEMS
- 21 Résultats MAS 2018
- 22 Motion Thorens-Feller pour des statistiques incontestées
- 22 CCT et liberté thérapeutique
- 22 Engagez-vous!
- 23 Hôpital intercantonal de la Broye
- 23 Hommage au Dr Robert Dreyfuss
- 24 Bibliothèque universitaire de médecine

25 HISTOIRE D'EN PARLER

Le financement des soins en terres vaudoises, une longue histoire

26 PORTRAIT

Dr Francesco Ceppi, hémato-oncologue pédiatre, engagé dans l'humanitaire

28 REPÉRAGES

Recommandations de lecture

30 RENDEZ-VOUS

Les Jeudis de la Vaudoise

Pour que gouverner ne rime pas avec rationner

Gouverner, c'est prévoir¹. «C'était», devrait-on dire en cette fin d'année peu ordinaire, tant il est vrai que rationner semble être devenu le maître mot en 2020. Rationner les masques et autres matériels de protection, puis les tests (PCR et antigéniques depuis peu) et, enfin, le traçage fut la réponse à l'extraordinaire expansion du coronavirus, qui n'obéit ni aux épidémiologistes, ni aux experts, ni aux politiciens, ni aux complotistes... Et rationner le soutien économique. «Mourir riche plutôt que puiser dans le bas de laine», ai-je déploré lors de la première vague², l'important restant, pour certains, en pleine deuxième vague, de ne surtout pas faire de dettes...

Il en va malheureusement de même pour les réformes de notre système de santé. Refusant obstinément d'écouter les propositions des partenaires, en particulier celles faites par le corps médical, le Conseil fédéral planifie le rationnement avec le deuxième volet de paquet de mesures visant à maîtriser les coûts.

Sans avoir jamais apporté le moindre début de preuve de leur efficacité, les mesures incluses dans ce deuxième volet mis en consultation instaurent, sans oser l'assumer clairement, le rationnement dans la LAMal, pourtant censée nous garantir l'accès aux soins. Alain Berset réussit pour une fois à obtenir un consensus aussi large que possible, sans que cela eût été nécessaire, contre ses propositions... Ce numéro vous en donne un bref aperçu avec les contributions de représentants des médecins, d'une association pour la défense des consommateurs, de conseillère nationale et des médias.

La maîtrise proposée des coûts à charge de l'assurance-maladie obligatoire repose sur la synergie des prestations, du libre choix du médecin et de la liberté thérapeutique, inhérente aux directives des futurs réseaux coordonnés. Leur mise en œuvre sera confiée à une armada administrative dont la multiplication prévisible des mesures coercitives contribuera, dans une surenchère kafkaïenne, à limiter encore les moyens consacrés aux prestations de soins.

Nous risquons donc de mourir riches... mais moins bien soignés. Dans ce contexte, les associations professionnelles se mobiliseront en 2021, comme en 2020 déjà³, pour faire barrage au rationnement. La FMH a déjà annoncé qu'elle organiserait des référendums si le parlement devait emboîter le pas au Conseil fédéral.

Pour sa part, la SVM continuera à faire tout son possible pour mettre en avant les propositions concrètes qui sont une fois de plus détaillées dans ce numéro du *Courrier du Médecin Vaudois*.

En vous en souhaitant une excellente lecture... ■



Dr PHILIPPE EGGIMANN
PRÉSIDENT
DE LA SVM



Téléchargez l'app *Courrier du Médecin Vaudois* et retrouvez le CMV sur tous vos écrans!

¹ Adolphe Thiers (1797-1877), politicien arriviste et mal arrivé à la présidence, tenu pour historiquement responsable de la répression sauvage de la Commune (1871) (www.histoire-en-citations.fr/indexation/thiers).

² *Revue Médicale Suisse* 2020; 16:797. www.revmed.ch/RMS/2020/RMS-N-691/Covid-19-Mourir-riche-ou-puiser-dans-le-bas-de-laine

³ www.fmh.ch/fr/politique-medias/dossiers-politiques/maitrise-couts-budget-global-fcm

Projet de modification de la LAMal, deuxième volet de mesures d'économies

Un train **peut en cacher** un autre

Pour bien comprendre la portée de ce deuxième paquet de mesures, il faut prendre en compte l'ensemble des mesures, à savoir le premier volet mis en consultation en 2018¹, mais aussi les interventions du Conseil fédéral sur le tarif médical en 2018 et d'autres projets législatifs.

Il faut, par exemple, comparer ces mesures contraignantes au projet de modification de l'Ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie (OSAMal)², qui se contente de préciser les conditions de la réduction *volontaire* des réserves et du remboursement de primes encaissées en trop par les assureurs. C'est pourtant la perpétuation du système de calcul des primes en vigueur qui, malgré ces changements cosmétiques, continuera d'entretenir la spirale de hausse des primes, indépendamment de l'évolution des coûts à charge de l'assurance-maladie. Pour compléter le panorama, il faut encore citer l'initiative populaire fédérale du PDC pour des primes plus basses qui a abouti récemment³ et dont certains éléments inspirent le projet en consultation. Nous commentons ici les quatre principales propositions de modification de la LAMal impactant l'activité médicale.

RISQUE DE RATIONNEMENT DES PRESTATIONS

1. Introduction d'un objectif de maîtrise des coûts visant à définir des objectifs concernant la croissance des coûts dans l'AOS et à fixer des mesures de correction en cas de dépassement des objectifs. Section 5, articles 54 à 54e nouveaux.

Outre la création d'une *nouvelle commission fédérale des objectifs en matière de coûts*, le Conseil fédéral entend se doter d'une **nouvelle compétence** lui permettant de fixer des objectifs en matière de coûts, lesquels sont ensuite déclinés au niveau des cantons selon une mécanique compliquée et implacable qui risque encore de s'aggraver sous le poids des administrations.

Ce serait un moindre mal si l'article 54c ne prévoyait pas d'appliquer *sans marge de tolérance* les objectifs du Conseil fédéral dans le cas où un canton ne fixe pas ses objectifs dans les délais, ce qui risque fort d'arriver en raison même de la difficulté de l'exercice. On se trouverait alors dans la situation d'un budget global dont l'effet ne pourrait déboucher que sur **un rationnement** pur et simple des prestations, surtout si l'on tient compte des autres dispositions de la révision.

Un écueil majeur à la mise en œuvre de cette disposition découle du **manque de transparence** des données que l'*initiative parlementaire Feller-Thorens*⁴, toujours en attente d'une décision du Conseil des Etats, a pour but de corriger.

Cette problématique qui perdure a eu raison des efforts des partenaires tarifaires eux-mêmes lorsqu'ils ont introduit des mécanismes similaires de maîtrise de la croissance des coûts sous la forme de *conventions prix et prestations (ou LeiKoV)*, lesquels sont précisément venus buter sur la qualité des données. Or le projet en consultation prévoit à nouveau de contraindre les partenaires tarifaires à prévoir de tels mécanismes (art. 54d, al. 1), sans que cet obstacle ait été levé.

À défaut, le canton sera autorisé à prendre directement des mesures, notamment celle de faire *baisser les tarifs en fonction des volumes* de prestations ou en introduisant des **valeurs de point différenciées selon les spécialités**, ce qui reviendrait à une double peine pour les spécialités autres que la médecine de premier recours, auxquelles un accès direct des patients serait en plus interdit (*gatekeeping*).



**PIERRE-ANDRÉ
REPOND**
SECRÉTAIRE
GÉNÉRAL
DE LA SVM

¹ www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/kvg-revision-massnahmen-zur-kostendaempfung-Paket-1.html

² www.bag.admin.ch/bag/fr/home/versicherungen/krankenversicherung/krankenversicherung-revisionsprojekte/aenderung-kvov-reserveabbau-ausgleich-zu-hohe-praemieneinnahmen.html

³ Pour des primes plus basses (frein aux coûts dans le système de santé).

⁴ www.parlament.ch/fr/ratsbetrieb/suche-curia-vista/geschaefte?AffairId=20183433

FIN DE LA LIBERTÉ DE CHOIX DE SON MÉDECIN MALGRÉ L'AVIS DU PEUPLE

2. Institution d'un premier point de contact, auquel les assurés s'adressent d'abord lorsqu'ils ont des problèmes de santé. Celui-ci conseille et traite les patients ou les adresse à un autre fournisseur de prestations.

Cet article introduit lui aussi des changements fondamentaux. Tout d'abord, le premier point de contact peut être un **réseau de soins coordonnés** (art. 40a ss), en **compétition** avec les médecins de premier recours. Ce peut être aussi un centre de télémédecine délocalisé. Surtout, le projet fait peu de cas du rejet massif en votation populaire du projet managed care en 2012⁵ en raison de la menace sur le libre choix du médecin. Près de 70% de la population suisse et plus de 90% des Vaudois s'y étaient opposés. Les réseaux visés par le projet sont désormais davantage soumis à une réglementation et gestion publiques, raison pour laquelle les opposants d'hier ne sont pas tous les mêmes que ceux d'aujourd'hui.

C'est une chose de prévoir la possibilité de renoncer à l'accès direct au spécialiste en contrepartie d'un rabais de cotisations, c'en est une autre de se voir **imposer cette suppression du libre choix sans contrepartie**. C'est d'ailleurs exactement ce qui s'est passé lors de l'introduction de la LAMal, et qui en constitue en quelque sorte le péché originel, et explique en partie la croissance des coûts et des primes que l'on cherche vainement à contrôler depuis. Il a consisté à rendre obligatoire l'assurance-maladie, alors même que plus de 90% de la population était déjà assurée. Ce serait à nouveau un mauvais signal aux effets délétères que de priver les assurés du rabais auquel ils ont droit. A relever qu'on ne saura qu'au moment de l'ordonnance comment il sera possible de changer de point de contact si l'on n'en est pas satisfait.

Pour bénéficier malgré tout d'un rabais forcément plus modique, il faudra même **renoncer au choix du premier point de contact** et s'en remettre totalement aux choix opérés par l'assureur. C'est faire peu de cas de la relation thérapeutique, dont le fondement repose précisément sur le libre choix, base de la confiance. Il faut sans doute y voir la voie toute tracée au déploiement d'une **assurance complémentaire** pour conserver le libre choix du médecin en ambulatoire et, par conséquent, un report de charge supplémentaire sur la population qui en aura encore les moyens.

On retrouve ici un procédé inéquitable qui consiste à imposer des restrictions essentielles de prestations,

sans garantie que cela se traduira dans la fixation des primes. Si les modèles alternatifs d'assurance permettent aujourd'hui déjà un rabais estimé par le DFI à environ 14%, il convient alors d'imposer d'entrée de jeu ce même rabais sur la prime de base si cela devient le modèle ordinaire d'assurance. **En d'autres termes, la prime de base doit baisser de 14% dès l'introduction**. Si on ne le fait pas, c'est que les auteurs de la réforme ne croient pas eux-mêmes aux économies *réelles* découlant de cette proposition.

Un avantage tout de même à ce dispositif: l'article 41 semble indiquer que le recours au traitement hospitalier ferait aussi partie de la délégation prescrite par le premier point de contact.

La place manque pour s'étendre sur d'autres dispositions et s'interroger en particulier sur la portée de l'introduction de forfaits (art. 40c) rétribuant la fonction de premier point de contact en sus de la rémunération de prestations effectives.

Par contre, il vaut la peine de s'interroger sur la **nouvelle usine à gaz** qui viendra inmanquablement chaapeuter dans chaque canton l'admission des premiers points de contact, procédure qui se superposera au tout nouveau dispositif adopté pour l'admission des fournisseurs autorisés à facturer à charge de l'AOS et qu'il reste encore à concrétiser⁶. Il s'agit ni plus ni moins d'une **planification de l'ambulatoire des cabinets** qui, comme les autres formes de planification, conduit tout droit à l'augmentation des coûts et des subventions publiques.

NOUVEAUX PRESTATAIRES = NOUVEAUX COÛTS

3. Renforcement des soins coordonnés grâce à la définition de réseaux de soins coordonnés en tant que fournisseurs de prestations distincts.

On ne peut que s'étonner de vouloir **reconnaître un nouveau prestataire** de cette envergure dans un projet qui prétend viser des économies. Une telle opération ne manquera pas de générer des coûts considérables à charge de l'assurance obligatoire des soins. Combinée avec les autres mesures, notamment tarifaires, elle mettra les autres acteurs, spécialement les médecins, sous une pression intolérable. Ceux qui n'ont pas encore été absorbés par des hôpitaux ou des centres médicaux seront inmanquablement avalés par ces nouveaux acteurs, sans aucune économie à la clé, comme le prévoit cyniquement le projet en énumérant les formes de contrats d'absorption

⁵ www.bk.admin.ch/ch/f/pore/va/20120617/index.html

disponibles. Ce dispositif ne laissera à terme que le choix de la corde pour se pendre (contrat d'*affilié* ou de *coopération*) avec le *centre de coordination*, statut qui pourrait dériver vers un statut d'employé à la faveur de la réglementation AVS, comme on l'a vu dans des conditions similaires. L'AOS devrait donc supporter les **coûts des charges sociales** de ces nouveaux employés, alors qu'il est avéré aujourd'hui que la structure du cabinet indépendant, individuel ou de groupe, reste la solution la plus efficace et qu'aucun des modèles qui s'y sont progressivement substitués n'a généré d'économies d'échelle, au contraire.

Il faut aussi mettre cette disposition en lien avec celles du premier volet de mesures qui visent à permettre des *expériences pilotes ou innovantes* dans les cantons. Dans ce cas de figure, ces structures, en particulier un *réseau régional* comme il en existe dans le canton de Vaud, à l'instar d'autres entités publiques ou parapubliques, bénéficieraient d'une reconnaissance et d'un financement public créant une distorsion supplémentaire de concurrence, du fait des conflits d'intérêts de l'Etat.

Il n'est pas innocent de relever que le *système de forfait* destiné à financer les réseaux sur la base des conventions passées avec les assureurs est fondé sur le même principe que le DRG, lequel met une pression considérable, voire insoutenable, sur le corps médical agréé dans les hôpitaux et cliniques, au point de mettre en péril son statut indépendant, qui serait appliqué dès lors à tout l'ambulatoire de ville. L'ambition est vaste, puisque le projet prévoit déjà une *fédération des réseaux de soins coordonnés* (art. 64).

UNE MESURE QUI MANQUE SON OBJECTIF

4. Obligation des fournisseurs de prestations et des assureurs de transmettre les factures par voie électronique.

Là encore, on peine à croire au potentiel de cette mesure, qui est prévue dans les conventions tarifaires depuis 2004, soit dès l'introduction de TarMed! Les organisations médicales ont investi massivement dans les **centres de confiance** ou autres trust centers afin d'offrir cette possibilité. Après un galop d'essai amorcé dans le canton de Vaud qui a montré que la solution fonctionnait, les assureurs ont opté pour l'achat de scanners plutôt que de consentir une modeste contribution au financement des infrastructures prévues pour cela.

A cela s'ajoute que les contreparties de ces investissements pour les médecins résidaient dans la **levée des limitations tarifaires qui ont été réintroduites** à la faveur de l'intervention du Conseil fédéral en 2018. Un revirement qui a de quoi rendre méfiant.

A noter que le fournisseur de prestations, le médecin en particulier, reste obligé de fournir sur demande une facture papier à l'assuré et qu'il doit le faire **gratuitement** (art. 42). Il est bien le seul!

COÛTS ADMINISTRATIFS ET RÉSERVES EN FORTE HAUSSE

Enfin, ces solutions **violent le secret médical** si elles sont imposées. Elles chargent en outre inutilement les administrations de factures qui ne sont pas à charge de l'AOS ou qui restent inférieures à la franchise, contribuant ainsi à aggraver l'un des facteurs de coûts majeur mais caché du système, à savoir ses coûts administratifs, qu'ils soient le fait des assureurs ou des administrations publiques.

S'agissant des assureurs, l'augmentation des coûts administratifs est vertigineuse, puisque, malgré la concentration du secteur, la facture n'a cessé de croître. Le taux de prélèvement de 5% de frais administratifs n'a pas varié, alors que le volume des coûts à charge de l'AOS a passé de 12 à 32 milliards de francs. Faites le calcul! On est passé de 600 millions à **1,6 milliard de francs de frais administratifs par an** sans que personne s'en émeuve. Là aussi, pas d'économies d'échelle, alors que les assureurs ont constitué des réserves qui atteignent 11 milliards de francs en 2020, soit le double des exigences minimales fixées par l'OFSP.

CONFIANCE ET COOPÉRATION INDISPENSABLES POUR DE VÉRITABLES ÉCONOMIES

Si les **économies sont improbables** malgré l'intention affichée, il est surtout question, selon une savante gradation, d'*obligations nouvelles, de contrôles, de contraintes et de sanctions supplémentaires* qui ne contribueront pas à restaurer l'indispensable confiance et la coopération des parties prenantes.

Les auteurs du projet ne croient pas eux-mêmes aux économies qu'ils renoncent à chiffrer, sous réserve d'un prétendu milliard qui sort d'un chapeau! C'est donc que l'**objectif de la réforme est ailleurs**, fondé sur des dogmes souvent répétés mais jamais vérifiés, qui progressivement mais sûrement auront raison de notre système de santé. ■

NB: Les passages en italique correspondent aux termes originaux de la révision LAMal.

Check-up humour



impresum

Société Vaudoise de Médecine: Chemin de Mornex 38, 1002 Lausanne, tél. 021 651 05 05, fax 021 651 05 00, info@svmed.ch, www.svmed.ch **Rédacteur en chef:** Pierre-André Repond, secrétaire général de la SVM **Secrétariat de rédaction:** Aurélie Moeri Michielin, ftc communication; Fabien Wildi, ftc communication **Collaboratrice externe:** Adeline Vanoverbeke **Comité de rédaction du CMV:** Prof. Jacques Besson, Dr Louis-Alphonse Crespo, Dr Philippe Eggmann, Dr Henri-Kim de Heller, Dr Jean-Pierre Randin, Dr Patrick-Olivier Rosselet, Dr Patrick Ruchat, Dr François Saucy, Dr Adrien Tempia **Conception et mise en page:** Inédit Publications SA **Régie des annonces:** Inédit Publications SA, tél. 021 695 95 95, www.inedit.ch **Illustrations:** Adobe Stock (couverture), Yves Giroud (dessins pp. 7, 13 et 17), Heidi.news (graphiques pp. 11-13), Istockphoto (p. 14), MO: SILL/SCILMO/MPH architectes / Michel Bonvin photographe (photo p. 24), coll. Musée Historique Lausanne/IUHMS (illustration p. 25). **Le Comité de rédaction précise que, sous réserve des articles signés par des responsables attitrés de la SVM, les articles publiés ne reflètent pas nécessairement la position officielle de la SVM ou de son comité, mais seulement l'opinion de leurs auteurs.**

Réforme et référendum en vue

Des temps **troublés**

La crise sanitaire que nous traversons tous ensemble occupe les esprits et notre travail quotidien. L'implication des médecins lors de cette seconde vague est reconnue et appréciée. Nous sommes là où nous devons être, au plus proche des citoyennes et des citoyens. Les heures sont peu comptées et la charge de travail considérable.

C'est là le cœur de notre activité professionnelle. Les patients doivent être examinés rapidement et ne peuvent être traités comme des facteurs de coût. L'évidence saute aux yeux que l'on soit en période de crise sanitaire ou non. Le patient doit être reçu dans des délais acceptables et, tout en respectant les normes de l'économicité, ne doit pas dépendre de volumes facturés ou de plafonds liés aux coûts. Le patient n'est pas une marchandise.

UN ARTICLE INAPPROPRIÉ ET INACCEPTABLE, REJETÉ DE JUSTESSE

Le parlement a dû se saisir de l'objet 19.046 du Conseil fédéral, «Loi fédérale sur l'assurance-maladie. Modification (Mesures visant à freiner la hausse des coûts, 1^{er} volet)», lors des sessions d'été et d'automne 2020 des Chambres fédérales. Le paquet de mesures, dit paquet 1b, contenait un article particulièrement inapproprié et inacceptable, l'article 47c. Ce dernier aurait imposé aux fournisseurs de prestations et aux assureurs de trouver des mesures de régulation des coûts. Il aurait surtout fourni au Conseil fédéral des compétences subsidiaires élargies en cas de désaccord entre les partenaires tarifaires.

Fort heureusement, une motion du conseiller national bernois Lorenz Hess a demandé de supprimer cet article. Le vote, particulièrement serré, a donné une courte majorité à cette motion par 91 voix contre 90. Belle victoire contre la volonté d'Alain Berset d'imposer une limitation des volumes de prestations par l'introduction de tarifs dégressifs.

SE PRÉMUNIR D'UNE MÉDECINE À DEUX VITESSES

L'année 2021 promet d'autres combats, et non des moindres. La mère des batailles portera sur la volonté du Conseil fédéral de faire passer ses réformes, contenues dans le 2^e volet des mesures visant à freiner la hausse des coûts, qui correspondent à la mise

en place d'un budget global dans les soins médicaux. Là encore, c'est le désir de mettre un plafond aux dépenses de santé qui fâche, car cela entraînera de fait un rationnement des soins inadmissible. Qui déciderait alors de la possibilité de traiter un patient? Les assureurs ou l'autorité publique? Ce sont les patients et leurs médecins qui doivent prendre ces décisions.

La Suisse est placée tout en haut des comparaisons internationales en termes de qualité des soins et d'accès à ceux-ci. Pourquoi s'attaquer frontalement à notre excellent et performant système de santé, si ce n'est par la seule volonté d'étatiser la médecine? Beaucoup s'opposent à cette réforme, mais si elle devait être souhaitée par le parlement, alors un référendum serait lancé et le peuple devrait se prononcer comme lors des campagnes de 2008 et de 2012, lorsque le politique a voulu imposer la fin du libre choix du médecin. Ce n'est pas en s'attaquant aux plus faibles de la société, en leur imposant un rationnement des soins et une baisse de la qualité de prise en charge, que l'on améliorera le système de santé! La médecine à deux vitesses est en route.

Nous devons poursuivre la pression exercée tant sur le politique que sur les assureurs pour que le système de santé ne tombe pas dans une dérive où patients et médecins pourraient ne plus établir librement de relation de confiance sans d'abord faire le calcul du coût induit d'une prise en charge. Ou, pire, la dérive de voir des médecins ne plus pouvoir traiter leurs patients en raison d'un budget épuisé ou de temps de latence insupportables. ■

Liens

www.medecins-et-patients.ch

Revue Médicale Suisse, 2 septembre 2020, interview du Dr Philippe Eggimann, président de la SMSR et de la SVM, par Annick Chevillot de Heidi.news, pages 1590-91. www.revmed.ch/RMS/2020/RMS-N-704/Pourquoi-l-accessibilite-et-la-qualite-des-soins-seront-sacrifiees-sur-l-outel-de-l-illusoire-maitrise-des-couts



Dr MICHEL MATTER
VICE-PRÉSIDENT
DE LA FMH,
PRÉSIDENT DE
L'AMGE, CONSEILLER
NATIONAL

Sondage élections fédérales 2019

DES PRIMES PLUS ÉLEVÉES QUE LES COÛTS RÉELS? PAS QUESTION!

Les trois organisations faitières des sociétés cantonales de médecine SMSR (Société Médicale de la Suisse Romande), VEDAG (Verband Deutschschweizer Ärztgesellschaften) et OMCT (Ordine dei medici del Cantone Ticino) avaient soumis, durant l'été 2019, un sondage en ligne aux candidats aux élections fédérales, leur permettant de se positionner sur différents enjeux du thème de la santé et de ses coûts. Pas moins de 331 candidats de presque tous les cantons et partis avaient accepté d'y répondre.

Une écrasante majorité des répondants (94%) souhaitait au moins préserver, voire encore améliorer la qualité actuelle du système suisse de santé. Des améliorations ciblées de l'accès à l'offre médicale et sanitaire pour la population étaient d'ailleurs envisageables pour la majorité des candidats de gauche et de droite.

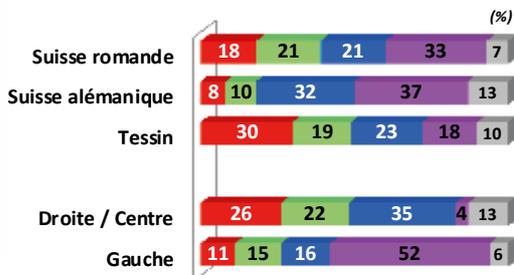
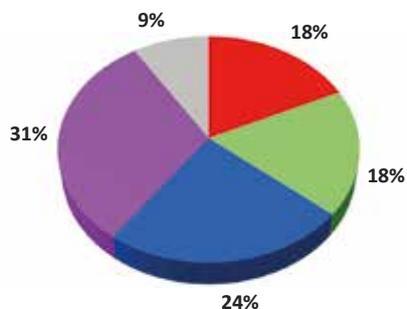
Seule une minorité de candidats souhaitait diminuer clairement les coûts de la santé ou les geler à leur niveau de 2019. Plus de la moitié des candidats de gauche estimait plutôt qu'il fallait privilégier la qualité et l'accès aux soins indépendamment des coûts, mais cet avis n'était pas partagé par leurs adversaires de droite. Une légère hausse des coûts en deçà de la progression du PIB semblait l'unique scénario capable de réellement réunir une majorité ces prochaines années.

A gauche comme à droite, une écrasante majorité de candidats considérait qu'il n'était pas acceptable à long terme que les primes continuent d'augmenter de manière plus élevée que les coûts de la santé, avec pour effet de renforcer les réserves des assureurs maladie au détriment du budget des ménages. Les candidats s'exprimaient d'ailleurs en majorité pour une baisse compensatoire des primes pour 2020, ainsi que pour une participation des cantons aux prestations résultant du virage «ambulatoire». Pour maîtriser la hausse des coûts, les pistes suivantes semblaient alors avoir le plus de chance de séduire une majorité de futurs parlementaires: soutien accru à la prévention et à l'information, encouragement à la *smarter medicine*, réduction des charges administratives pour les médecins (hôpital et cabinet) et optimisation des coûts via une réduction des prérogatives des cantons. ■

Objectif à atteindre en matière de coûts de la santé

(Base: 331 candidats au Conseil national et/ou Conseil des Etats aux élections fédérales 2019)

Selon vous, l'objectif à atteindre lors de la prochaine législature (2019-2023) est plutôt...



- Diminuer clairement les coûts de la santé
- Maintenir les coûts de la santé au niveau actuel (gel des coûts)
- Contenir la progression des coûts de la santé en deçà de la progression du PIB
- Privilégier la qualité et l'accès aux soins, indép. des coûts (hausse sup. à la progression du PIB envisageable)
- Ne sais pas / sans avis

Second paquet de mesures et médecine hospitalière

La maîtrise des coûts: à quel prix?

Qui, dans notre pays, ne soutient pas les mesures visant à freiner la hausse des primes maladie? Personne, évidemment. Les médecins hospitaliers ne font pas exception.

En effet, ils sont non seulement des prestataires de soins, mais aussi des payeurs de primes. A ce titre, ils sont bien placés, en tant qu'acteurs incontournables de notre système de soins, pour évaluer les mesures proposées dernièrement par notre ministre de la santé, Alain Berset.

UN PLAFOND BUDGÉTAIRE

L'hôpital et ses médecins doivent répondre, par principe, aux sollicitations directes de la population pour la gestion des urgences, mais également de manière indirecte après une demande de consultation des médecins installés. Cette réponse doit être permanente durant toute l'année. Alors que penser de l'objectif central de maîtrise des coûts dans l'assurance obligatoire des soins? Il est impensable dans ce modèle de permanence des soins hospitaliers de rationner ces derniers dès que l'enveloppe budgétaire en fin d'année aura été dépassée.

Le Conseil fédéral assure que cela ne sera pas le cas et ne veut pas parler de rationnement. On peut néanmoins en douter. Les soins seront certes assurés, mais leur remboursement sera adapté à la baisse pour pouvoir assurer cette maîtrise des coûts. Des interventions chirurgicales complexes et

coûteuses, de surcroît réalisées en fin d'année, pourraient alors être remboursées de manière partielle afin de ne pas dépasser ce plafond. Il va sans dire que les établissements hospitaliers de notre canton pourraient rationner de facto ce type de procédure afin de limiter la casse. Une assurance complémentaire pourrait alors voir le jour pour permettre à certains patients de bénéficier malgré tout de ces prestations. Est-ce cela, la médecine à deux vitesses? On peut le craindre.

COORDINATION DES SOINS ET MÉDECIN DE PREMIER CONTACT

D'autres mesures visent à mieux coordonner les réseaux de soins et à rendre obligatoire la consultation chez un médecin de premier contact avant toute consultation chez un spécialiste. Notre activité hospitalière multidisciplinaire nous oblige depuis longtemps à travailler en réseau, mais les moyens pour y arriver peinent à assurer la transmission fiable de toutes les informations médicales pertinentes de nos patients. Le dossier électronique du patient doit être un outil pour atteindre ces objectifs, mais son déploiement se fait attendre. On est donc en droit de se questionner sur la pertinence de mesures coercitives par rapport à

des méthodes de soutien et de facilitation de notre activité médicale. De plus, pour un patient nécessitant régulièrement des soins spécialisés en cas de rechute, faut-il obligatoirement «encombrer» les salles d'attente de nos confrères généralistes et retarder la prise en charge? Même avec toute la meilleure volonté du monde, les délais pour une consultation dans un cabinet médical sont tels qu'un retard est inévitable. Est-ce cela, l'efficacité? On peut également en douter. Une pirouette des assurances-maladie pourrait alors également permettre de se passer de ces tracasseries moyennant espèces sonnantes et trébuchantes. Cela paraît évident.

Les médecins hospitaliers sont bien conscients des enjeux de ce paquet de mesures, et leur interprétation leur appartient. Une consultation des sociétés professionnelles est indispensable et leurs voix doivent compter. Les médecins ne doivent pas être considérés comme les responsables de la hausse des coûts, mais comme des partenaires qui travaillent chaque jour dans des conditions de plus en plus difficiles. Alourdir la charge de travail administrative ne résoudra en rien la hausse des coûts, mais contribuera fortement à démotiver la relève médicale dans le secteur hospitalier. ■



Dr PD FRANÇOIS SAUCY
MÉDECIN-CHEF,
SERVICE
DE CHIRURGIE
VASCULAIRE,
ENSEMBLE
HOSPITALIER
DE LA CÔTE

Réserves des assureurs

Un sujet explosif

Gâce à une bonne évolution des marchés financiers en 2019, à des calculs de primes prudents et à des dépenses moins élevées que prévu en raison du coronavirus, les réserves des assurances-maladie atteignent des sommets en 2020. Elles ont même, en chiffres absolus, presque quadruplé depuis 1996, année d'introduction de la LAMal. De leur côté, et

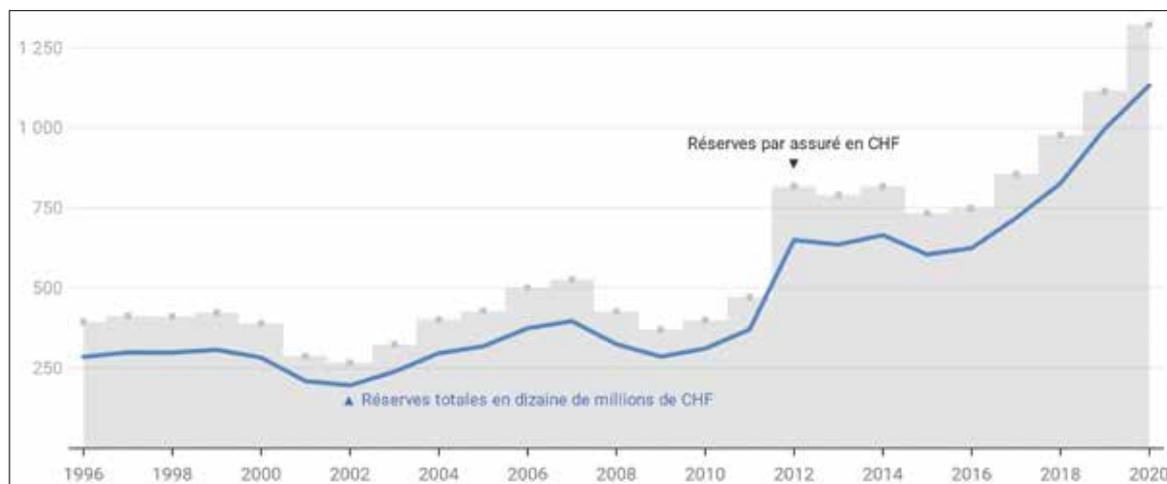
dans le même temps, les coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) ont presque triplé.

UN MAGOT CONVOITÉ DE TOUTES PARTS

Les réserves se montent désormais à 11,3 milliards de francs, soit 1322 francs par assuré en moyenne (voir graphique ci-dessous). Pas étonnant que ce «magent» soit l'objet de toutes les convoitises.

Evolution des réserves dans l'assurance obligatoire des soins (1996-2020)

(Etat au 1^{er} janvier de chaque année)



Graphique: Heidi.News, nor/mir • Source: Office fédéral de la santé publique (OFSP) • Créé avec: Datawrapper

Et il n'y a pas que les réserves qui grimpent. A première vue, tout augmente dans le domaine de la santé depuis 1996:

- les coûts totaux par assuré ont augmenté de 85%, passant de 5223 francs en moyenne à 9681 francs en 2018;
- les coûts de l'assurance-maladie obligatoire (qui incluent l'ensemble des factures remboursées par l'AOS, ainsi que les frais administratifs

- des assureurs) ont augmenté plus rapidement que les coûts totaux (+124%), passant de 1623 francs par assuré en 1996 à 3630 francs en 2019;
- les primes d'assurance-maladie obligatoire sont passées de 1539 francs par assuré en moyenne à 3772 francs en 2019;
- et les réserves par assuré ont augmenté de 395 à 1172 francs en moyenne.



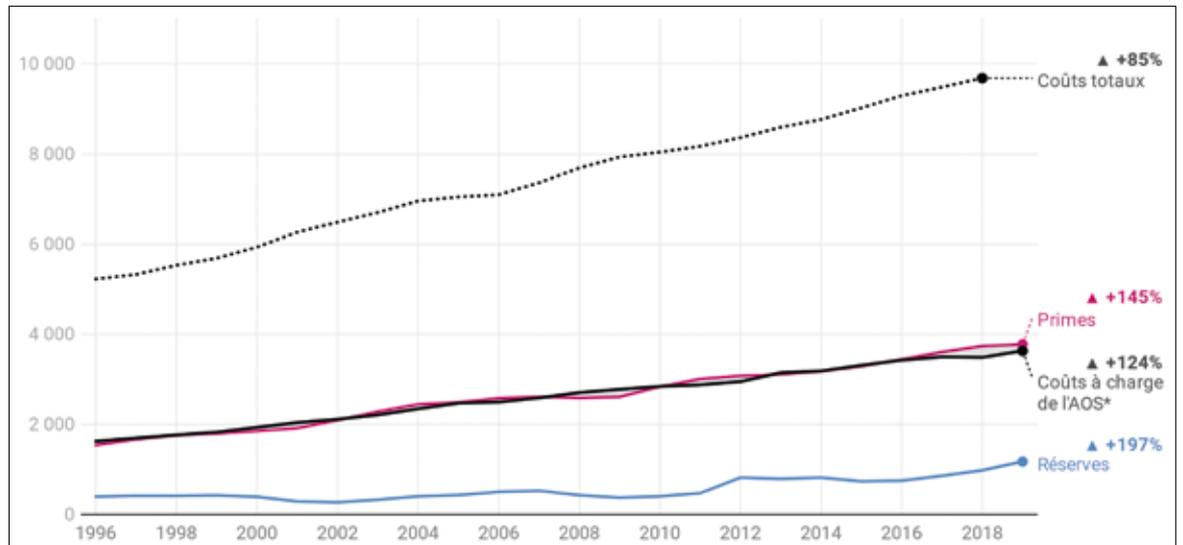
NOÉMIE ROTEN
HEIDI.NEWS
JOURNALISTE



ANNICK CHEVILLOT
HEIDI.NEWS
JOURNALISTE

Evolution des primes et des coûts de la santé depuis 1996

(En francs par assuré)

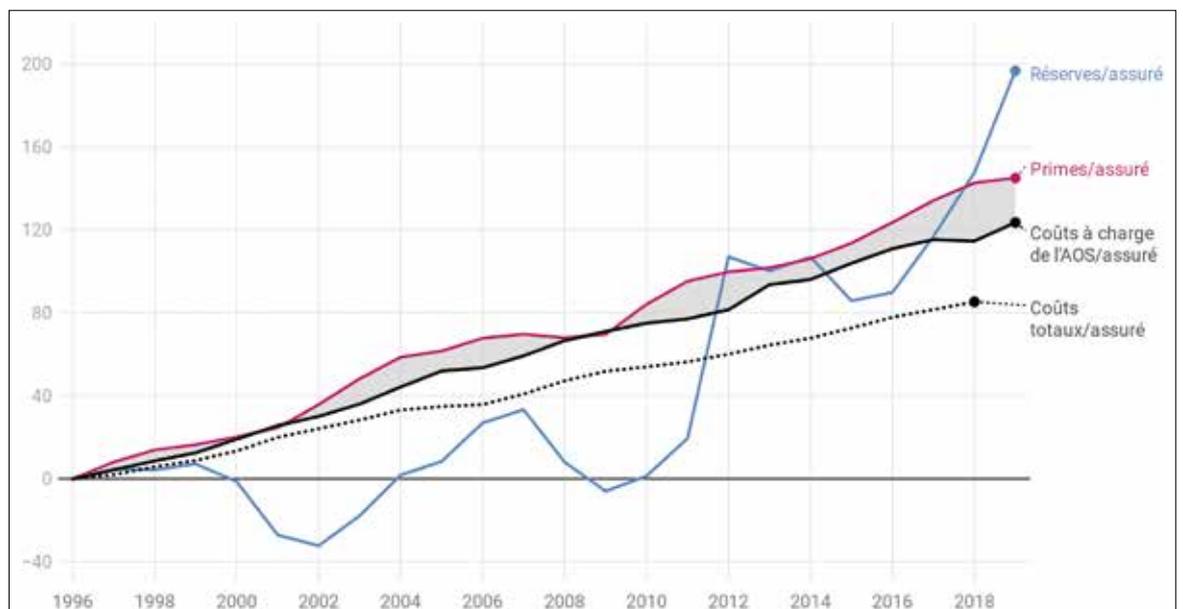


* Les coûts à charge de l'AOS correspondent à l'ensemble des factures remboursées au titre de l'assurance obligatoire de base, sans la participation aux frais des assurés (franchise, quote-part, contribution aux frais de séjour hospitalier) (= prestations nettes) + les frais administratifs des assureurs

Graphique: Heidi.News, nor/mir • Source: Office fédéral de la santé publique (OFSP) • Créé avec Datawrapper

Différences primes-coûts et volatilité des réserves

(Evolution relative, indice 100 = 1996)



Graphique: Heidi.News, nor/mir • Source: Office fédéral de la santé publique (OFSP) • Créé avec Datawrapper

Dans le graphique ci-contre, en haut, on observe que la courbe des primes (rose) et celle des coûts à charge de l'AOS (noire) sont étroitement liées. Et pour cause: la loi interdit aux assureurs d'engendrer des bénéfices dans l'assurance de base, et les primes «doivent couvrir les coûts (*les prestations et les frais administratifs, ndlr*) sans les dépasser de manière inappropriée, ni entraîner de réserves excessives».

PRIMES/COÛTS: UN ÉCART QUI SE CREUSE?

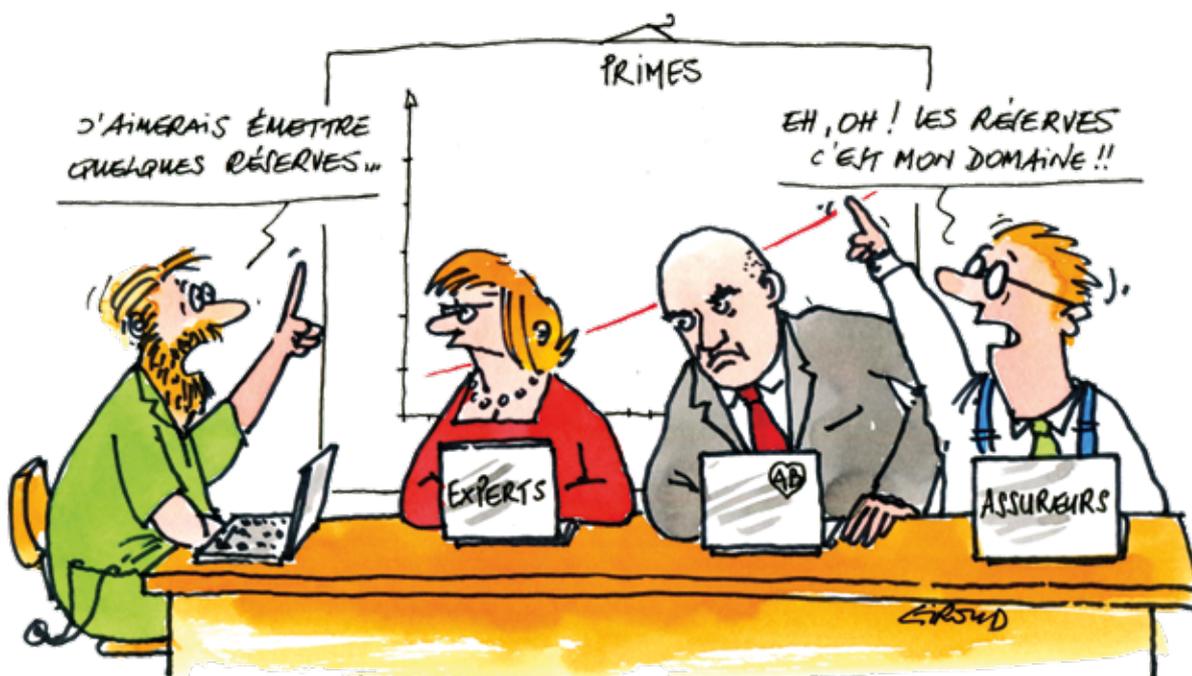
Il peut, certes, y avoir des discrédances entre les deux courbes à court terme, mais, à long terme, les primes devraient converger vers les coûts, la différence entre primes et coûts effectifs atterrissant dans les réserves qui appartiennent aux assurés, rappelons-le. Cela, c'est pour le constat superficiel qui est régulièrement évoqué par les acteurs du système de santé. Mais le diable se cache souvent dans les détails. Et, à observer l'écart entre l'évolution de ces deux courbes de plus près (voir le graphique ci-contre, en bas), on remarque qu'après que celles-ci se sont plusieurs fois croisées (coûts de l'AOS / assuré = primes / assuré), l'écart se creuse désormais depuis quelques années, faisant augmenter du même coup en partie les réserves (courbe bleue). La courbe future reste difficile à prédire, l'évolution des réserves étant très volatile. Au cours des quatre dernières années, les réserves semblent néanmoins augmenter de manière disproportionnée, ce qui pourrait expliquer le fait que le sujet des réserves est devenu explosif.

DIVERSES SOLUTIONS PROPOSÉES

Les interventions parlementaires à ce sujet se sont multipliées ces dernières années. Les uns posant la question au Conseil fédéral du rapport direct entre les réserves élevées des assureurs et les coûts des assurances-maladie, les autres l'interpellant sur la compensation des primes payées en trop et le remboursement des réserves.

Sujet particulièrement porteur en politique, les idées pour mettre la main sur le «magot» fusent également en dehors du parlement, comme lorsque curafutura, l'une des deux faitières des assurances-maladie, suggère d'intégrer les réserves dans le calcul des primes ou que Pierre-Yves Maillard propose de faire un chèque de 250 francs par personne pour restituer aux assurés des réserves qui leur appartiennent.

Même le Conseil fédéral s'y est mis: il propose de simplifier les conditions pour permettre aux assureurs de réduire volontairement leurs réserves jusqu'au niveau minimal fixé par la loi, et non 150% du niveau minimum légal comme cela est prévu aujourd'hui. Si la proposition est adoptée, la modification de l'OSAMal devrait entrer en vigueur en juin 2021 et s'appliquer pour la première fois dans le cadre de l'approbation des primes 2022. Affaire à suivre donc. ■



Modèles d'assurance alternatifs

Qualimed: illusion ou réel bénéfice?

La caisse maladie Assura a lancé un nouveau modèle d'assurance sous le nom de «Qualimed», alors que, jusqu'à aujourd'hui, elle n'avait pas vraiment exploré les modèles d'assurance alternatifs (MAA).

La caisse a établi des listes, y a placé les noms de médecins de famille et a ensuite exigé qu'ils lui signalent toute délégation à des spécialistes ou à des hôpitaux.

Assura a toujours refusé de conclure des accords avec des réseaux de soins coordonnés, contrairement à d'autres caisses. Ces contrats contiennent des accords relatifs à la qualité, qui doivent être à l'avantage des patients. Il peut s'agir de programmes portant sur la prise en charge des patients, en cas de diabète ou de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) par exemple, ou de programmes sur la sécurité des médicaments. Les mesures qui, dans ces réseaux, ont l'influence la plus positive sur la qualité sont les cercles de qualité, dans lesquels des médecins de famille, mais aussi des spécialistes et d'autres professionnels de la santé, échangent sur leur pratique. Dans les contrats passés avec les caisses maladie, ces efforts portant sur la qualité reçoivent un dédommagement approprié. Quelle est la position d'Assura à cet égard? Durant des années, elle a refusé de dépenser de l'argent pour ces programmes qu'elle estimait inutiles. Assura n'a donc contribué en rien au développement de la qualité, mais elle a bien profité du travail des autres.

L'ATTRACTIVITÉ DES TARIFS AU DÉTRIMENT DE LA QUALITÉ

Une fois encore, le nouveau modèle proposé par Assura n'intègre pas les réseaux de soins et ne soutient pas la qualité du travail. Le médecin de famille reçoit un dédommagement uniquement pour son acte de délégation. Le plus particulier dans cette délégation est qu'elle n'intervient pas de manière directe comme c'est le cas habituellement. En effet, chaque médecin de famille dispose d'un réseau de spécialistes et d'hôpitaux avec lesquels il collabore et dont il connaît les qualités et les spécificités afin d'offrir à ses patients une poursuite de traitement optimale. Dans le modèle d'Assura, le patient est adressé à une entreprise du nom de BetterDoc. Celle-ci, sur la base de critères qui ne nous sont pas connus, désigne trois



spécialistes parmi lesquels le patient pourra faire son choix. Détail piquant: cette entreprise n'est pour l'heure active qu'en Allemagne et appartient à trois frères et sœur qui n'ont aucun lien avec le système de santé suisse. De là à penser que le prix du traitement doit jouer un certain rôle dans la sélection des spécialistes, il n'y a qu'un pas.

MISE SOUS TUTELLE

Le Conseil fédéral, dans son deuxième paquet de mesures pour la maîtrise des coûts, prévoit pour sa part de redéfinir le modèle d'accès au système de santé en imposant le passage par un premier point de contact, qui s'occuperait uniquement de cette prise en charge initiale. A cet égard, il faut relever que ce n'est pas cette fonction de *gatekeeping* (gardien) qui fait la qualité des modèles d'assurance alternatifs, mais bien la prise en charge et le suivi continus des patients. Le nom de Qualimed suggère qu'un tel modèle offre de la qualité médicale. Pourtant, vu à quoi il ressemble, rien n'indique que la qualité y occupe une place importante; son nom est une illusion. Ce que Qualimed propose, c'est uniquement de retirer aux médecins de famille la compétence de délégation à des spécialistes pour la transférer à la caisse maladie. Les médecins de famille sont ainsi mis sous tutelle, tout comme les spécialistes. ■



Dr PHILIPPE LUCHSINGER,
PRÉSIDENT
DE L'ASSOCIATION
MÉDECINS
DE FAMILLE
ET DE L'ENFANCE
SUISSE (MFE)

Réserves des assureurs

Les charges aux assurés, la liberté aux caisses

Pour la troisième année consécutive, le 22 septembre dernier, le Conseil fédéral a annoncé une hausse des primes maladie qu'il qualifie de modérée. Il est vrai que 0,5% d'augmentation de la prime moyenne serait presque réjouissant quand on compare le taux aux 4% de hausse entre 2015 et 2018. Malgré tout, les primes ne baissent pas et elles continueront de peser lourdement sur le budget des ménages. Cela est d'autant plus inacceptable que les réserves des assureurs ont gonflé de plus de 2 milliards de francs en l'espace d'une année, passant à 11 milliards.

A lors que, quatre jours auparavant, le Conseil fédéral a mis en consultation un projet visant à encourager les assureurs à davantage restituer les réserves excédentaires aux assurés, aucun changement radical ne semble s'annoncer; les nouvelles propositions ne visent pas à contraindre les caisses maladie, passé un certain seuil, à rendre les excédents perçus, mais à les laisser libres de les restituer ou non.

LES RÉSERVES APPARTIENNENT AUX ASSURÉS

Les réserves sont une propriété collective des assurés, mais, jusqu'à présent, ni les autorités ni les élus fédéraux n'ont entrepris quoi que ce soit pour faire valoir ces «droits de propriété». Plus grave, la FRC a cherché à savoir, durant cet été, comment la part des réserves placées (en bourse, en devises ou dans l'immobilier, selon des critères détaillés dans la Loi sur la surveillance de l'assurance-maladie, LSAMal) était surveillée par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Ce contrôle est effectué par le réviseur externe de chaque caisse sur la base d'une liste de critères édictés par l'OFSP. Ce dernier peut effectuer des contrôles complémentaires, mais, à notre connaissance, aucun audit n'a encore été diligenté sur ce point. Les caisses disposent donc, là aussi, d'une bonne marge d'appréciation. En quoi est-ce une circonstance aggravante? Les 2 milliards de francs de plus-value dans les réserves sont en bonne partie dus aux gains issus des placements. Pour autant, ces bénéfices ne sont guère partagés, puisque seuls 211 millions de francs seront restitués aux assurés en 2021. Hormis dans les quelques petites assurances régionales – toujours plus rares et organisées à la façon des mutuelles d'antan –, le plus souvent sous forme de coopéra-

tives, les assurés ne disposent d'aucun levier pour influencer la manière dont les réserves sont gérées.

POUR UNE RESTITUTION BASÉE SUR LA TRANSPARENCE ET LA TRAÇABILITÉ

Or la législation prévoit qu'en cas de perte sur les marchés boursiers – si elle entraîne une diminution des réserves –, le déficit doit aussitôt être compensé par une hausse des primes (ce fut le cas en 2017). On observe, en résumé, un manque évident de symétrie dans la répartition des réserves et de leurs excédents: la liberté pour les caisses, les charges pour les assurés. Que fait donc l'OFSP?

La FRC plaide pour une restitution automatique et obligatoire des réserves excédentaires. Dans la situation actuelle, la loi stipule que cette restitution peut être faite dès lors que le seuil de 150% des réserves est atteint. Ce seuil doit être abaissé à 110 ou 120% au moins, et la restitution doit se faire en toute transparence et traçabilité: les assurés doivent savoir quels sont les montants qu'on leur restitue d'un exercice à un autre. Par voie de conséquence, la proposition défendue notamment par curafutura qui consiste à inclure le niveau des réserves dans le calcul des primes est insuffisante, car elle fonde la gestion des réserves dans un mécanisme déjà fort opaque (et compliqué). Enfin, la FRC défend le principe selon lequel la part des réserves qu'ils ont contribué à constituer devrait suivre les assurés. C'est une simple question de bon sens: le client d'une banque ou d'une caisse de pension ne perd pas les gains qu'il a cumulés lorsqu'il change d'établissement. C'est aussi un moyen d'éviter que les réserves et leur restitution ne servent d'argument marketing. ■

NB: Cette tribune est une version remaniée d'un article paru dans *FRC-Mieux choisir* n° 130, octobre 2020.



YANNIS PAPADANIEL
RESPONSABLE
SANTÉ FRC,
ADJOINT
DE LA SECRÉTAIRE
GÉNÉRALE

Interview

Le mode de calcul des primes doit être révisé

Ces dernières années, les médecins romands ont à maintes fois exposé leurs propositions pour maîtriser les coûts de la santé. Ils se sont également exprimés à plusieurs reprises pour dénoncer le mécanisme de fixation des primes. Les modifications de la LAMal et de l'OSAMal (ordonnance sur la surveillance de l'assurance-maladie) ont-elles tenu compte de ces revendications? Interview du Dr Philippe Eggimann, président de la Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR) et de la Société Vaudoise de Médecine (SVM).

Les partenaires du secteur de la santé, et notamment les sociétés médicales, ont émis depuis 2017 plusieurs propositions pour maîtriser les coûts de la santé (voir encadré p. 17). Pensez-vous avoir été entendus et écoutés?

Malheureusement, non. Le Conseil fédéral met en œuvre au pas de charge les mesures proposées par le groupe d'experts en occultant l'essentiel, à savoir que l'objectif de limitation de la hausse des coûts à charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) inférieure à 2,5% par an à l'horizon 2025 est effectif depuis 2018 déjà!

Plusieurs mesures contenues dans le deuxième paquet présenté par Alain Berset pourraient impacter négativement la pratique médicale (voir Introduction pp. 4-7). Mais quelles pourraient être les conséquences directes sur les patients?

Un rationnement des prestations et la fin du libre choix du médecin. Sur le modèle conceptuellement obsolète des plans quinquennaux, c'est un rationnement planifié des prestations à charge de l'AOS qui serait inscrit dans la LAMal. La fin de la liberté du choix du médecin doit contribuer à ce que les coûts restent dans le cadre d'un budget global fixé par les cantons qui ont déjà obtenu, dès le 1^{er} juillet 2021, le droit de limiter le nombre de médecins autorisés à pratiquer à charge de l'AOS.

Certaines critiques parlent de dérive vers une médecine à deux vitesses. Pouvez-vous nous en dire plus?

Le rationnement des prestations à

charge de l'AOS, couplé à l'imposition du managed care qui implique la fin du libre choix du médecin, imposera à une grande partie de la population de renoncer à une partie des soins. A terme, la limitation attendue des coûts à charge de l'AOS sera compensée par les complémentaires ambulatoires ou les paiements directs pour ceux qui en auront les moyens.

En tant que membre de la Chambre médicale, avez-vous l'impression que les critiques du corps médical vis-à-vis de ce deuxième paquet de mesures sont identiques d'un côté et de l'autre de la Sarine?

Pour une fois, et je dirais même que c'est un exploit, Alain Berset réussit à obtenir le fameux consensus qui lui est cher en effaçant littéralement le Röstigraben.

Du côté des assurances-maladie, l'augmentation des primes est moins forte cette année que les précédentes. Une bonne nouvelle pour les assurés?

Un leurre... Avec des promesses concernant l'utilisation des réserves excédentaires pour faire passer la pilule auxquelles ne croient même pas ceux qui les font ou les soutiennent. Des modifications de la LAMal sont nécessaires.

A ce sujet, que pensez-vous de l'initiative du PDC «Baissez les primes – pour un frein aux coûts de la santé», sur laquelle le peuple sera peut-être amené à voter?

Comme celles d'autres partis politiques, elle ne résout rien. Son acceptation légitimerait simplement les mesures visant au rationnement. C'est d'ailleurs déjà le cas, puisque le conseiller fédéral Alain

Berset présente les mesures de son deuxième paquet comme un contre-projet à cette initiative. Notre système de santé mérite mieux que cela.

Comment retrouver une proportionnalité entre coûts de la santé, montant des primes et niveau des réserves?

Comme le demandent les sociétés médicales, seule une modification du mode de calcul des primes AOS permettra d'obtenir des primes en rapport avec les coûts. Il faut instaurer le concept d'avances perçues sur des coûts établis de manière transparente. Comme pour les impôts, le concept d'avance implique qu'à terme les primes couvriront uniquement les coûts. N'en déplaise aux lobbyistes, il faut y ajouter le libre passage des réserves, mettant ainsi fin à l'augmentation mécanique des réserves, qui manquent prétendument pour les assurés nouvellement attirés dans une caisse, alors qu'elles restent en possession de la précédente.

A-t-on finalement une vision claire, aujourd'hui, des coûts de la santé et de leur répartition pour pouvoir proposer les bonnes solutions?

Encore une fois, malheureusement, non. De nombreux acteurs s'acharnent à maintenir l'opacité du système, ce qui leur permet de proposer des mesures dont ils rendent l'évaluation impossible. C'est pour cela que les sociétés médicales ont soutenu l'adoption par le Conseil national de la motion Thorens-Feller sur la transparence et qu'elles demandent au Conseil des Etats d'en faire de même. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR AURÉLIE MICHIELIN



PROPOSITIONS DE LA SMSR/SVM POUR MAÎTRISER LES COÛTS DE LA SANTÉ

1. Financement cantonal centré sur les prestations transférées vers l'ambulatoire, avec en point de mire un financement uniforme des prestations ambulatoires et stationnaires

Le transfert de prestations en stationnaire (financées à 45% par l'AOS et à 55% par les cantons) vers l'ambulatoire (100% financées par l'AOS) permettrait d'économiser beaucoup d'argent. Pour éviter toute répercussion sur le coût des primes, il est impératif d'adopter un modèle de financement uniforme, actuellement discuté au parlement. En attendant l'issue des débats, la SVM et la Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR) proposent dans un premier temps qu'une partie des économies réalisées par les cantons sur le stationnaire soit utilisée pour financer une partie des coûts des prestations qui ne sont remboursées depuis le 1^{er} janvier 2019 que si elles sont réalisées en ambulatoire.

2. Transparence sur les coûts de la santé

Le monitoring des coûts de la santé incombe légalement à l'OFSP, mais est techniquement délégué à SASIS, une filiale de santésuisse, l'une des deux faîtières de l'assurance-maladie qui enregistrent les données des factures qui leur sont transmises. Cette analyse des données, dont la méthodologie n'est pas publique, a mis en lumière plusieurs problèmes, comme la discrédence entre le montant des primes et les coûts réels à charge de l'AOS (voir également article pp. 11-13). C'est dans ce contexte que s'inscrit la motion Thorens-Feller, qui demande que l'établissement de statistiques incontestées sur les coûts de la santé soit confié à un organisme indépendant, condition sine qua non pour analyser les diverses propositions de maîtrise des coûts sans céder aux conflits d'intérêts de toute nature (voir également article p. 22).

3. Primes d'assurance-maladie basées sur les coûts réels

Il est impératif de changer la manière de fixer l'évolution des primes. Les associations médicales et les cantons latins ont demandé que les primes soient fixées en fonction des coûts réels

et non plus sur la base de prévisions exclusivement faites par les assurances-maladie sans que l'OFSP ait les moyens de vérifier leur adéquation¹. A l'instar des systèmes existants de 2^e pilier ou des impôts, des acomptes doivent être calculés sur l'évolution probable des coûts. Ensuite, en fonction des coûts réels établis a posteriori en toute transparence, une rétrocession ou une facturation complémentaire est effectuée.

4. Smarter medicine

Lancée en 2014, cette initiative vise à attirer l'attention sur les traitements inadaptés ou excessifs. Son grand avantage est qu'elle n'affecte ni l'accès aux soins, ni la qualité des prestations médicales. Plusieurs sociétés médicales spécialisées ont déjà publié des listes de traitements souvent prescrits mais peu utiles, voire inutiles ou même nuisibles aux patients. Depuis 2017, cette initiative est portée par un comité de soutien² et soutenue par des organisations de professionnels de la santé, mais également de patients et de consommateurs.

Proposition FMH/Curafutura: Tardoc

Une nouvelle structure tarifaire Tardoc, appelée à remplacer TarMed, devrait pouvoir empêcher de nouvelles interventions tarifaires inappropriées des autorités comme ce fut le cas en 2018, lorsqu'une décision de baisse injustifiée des remboursements a mis en difficulté des centaines de cabinets de médecins praticiens exerçant la médecine de premier recours. Ce nouveau tarif vise également une simplification et une compréhension facilitée pour les patients des factures émises par les prestataires de soins, avec un nombre de positions réduit de 4600 à 2700. Ce projet attend sa mise en consultation depuis plus d'un an. ■

¹ www.ch/actualites/primes-passer-du-traitement-symptomatique-au-traitement-etiologicalue

² www.smartermedicine.ch



Ce qu'en pense...

LÉONORE PORCHET, CONSEILLÈRE NATIONALE LES VERTÉ-S,
COMMISSION DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Les nouvelles mesures du Conseil fédéral sont-elles à la hauteur du défi sanitaire?

Notre système de santé coûte cher, trop cher pour une partie grandissante de la population. A tel point qu'il faut craindre une médecine à deux vitesses.

La crise sanitaire majeure que nous traversons démontre que poursuivre un système de santé rentable et compétitif est dangereux, et que nous devons au contraire miser sur la solidarité et l'investissement. L'objectif: garantir l'accès à des soins de qualité pour toutes et tous. Cette donnée élémentaire nous pousse à consacrer notre temps de réflexion d'abord à la qualité humaine et technique des soins, avant de voir la santé comme un vaste marché économique où il y a de l'argent à se faire, et à économiser.

REPRENDRE LA MAIN SUR L'ÉCONOMIE

C'est pour cela que confier sa santé d'abord à la médecine de famille a du sens. En donnant aux médecins de famille la responsabilité de prescrire le recours à une médecine spécialisée, nous favorisons une prise en charge coordonnée et de qualité avec tous les prestataires. A condition que cela se fasse sans contraintes économiques ni pression des assurances, et que l'accès aux soins et le libre choix du médecin soient garantis, indépendamment des moyens financiers. Le projet du Conseil fédéral n'est pas rassurant sur ces points.

Et à condition aussi que la médecine de famille soit attractive, grâce à des modèles de temps de travail qui respectent la santé physique, mentale et sociale. C'est donc sous l'égide des praticiens-nes que la coordination des soins doit se faire. Si les professionnels-les de la santé ont la main face aux économistes, alors la coordination atteindra son but: améliorer la qualité et l'efficacité – et donc le coût – de chaque parcours de soins. Mais cela ne suffira pas. Pour mener des réformes d'économie efficaces, il faut mettre en place des mesures autrement plus innovantes que les propositions peu enthousiasmantes et déjà vues du Conseil fédéral. Le manque de transparence et l'inadéquation des augmentations des primes avec celles des coûts de la santé doivent notamment être pris à bras-le-corps.

POUR UNE VISION ÉLARGIE DE LA SANTÉ

Mais il faut surtout changer de focale: aller vers un système qui vise le maintien en santé plutôt que la réparation, en luttant contre ce que l'on appelle les maladies de civilisation, dont les causes mettent à mal notre santé et nos conditions de vie sur terre.

Nous devons ainsi évaluer chaque politique publique en fonction de son impact sur la santé: quel est l'impact de l'élargissement des autoroutes sur la qualité de l'air ou sur la pratique de la mobilité active? Quel est celui des pesticides ou des aliments ultratransformés sur nos cellules? Prévenir, c'est agir sur les déterminants de la santé. Mais c'est aussi voir plus loin et prévenir le danger majeur pour la santé humaine: le réchauffement climatique. En détruisant la planète, l'activité humaine met directement en péril notre santé à toutes et tous, comme le démontrent clairement la pandémie actuelle, les vagues de chaleur meurtrières ou l'augmentation des allergies. Cette prochaine crise frappera plus fort encore notre système sanitaire et son financement. Loin des mesures du Conseil fédéral, la politique environnementale devient pourtant un enjeu de santé publique majeure, et prioritaire. ■

Assemblée des délégués

Une première en **visioconférence réussie**

Pour la première fois de son histoire (si l'on excepte une assemblée virtuelle mais non décisionnelle en mars dernier), la Société Vaudoise de Médecine (SVM) a organisé son Assemblée des délégués (AD) en visioconférence, les mesures prises par les autorités pour contenir la pandémie empêchant une réunion en présentiel. Résultat: une participation record, avec jusqu'à 57 délégués connectés sur 61 au total!

Cette dernière AD de l'année 2020 s'est déroulée le jeudi 26 novembre à 14h sur la plateforme Zoom. Rappelons que, juridiquement, l'AD peut se tenir en visioconférence selon l'article 27 de l'Ordonnance 3 sur les mesures destinées à lutter contre le coronavirus et selon les modifications sur le règlement de l'AD de la SVM adoptées en juin dernier, en prévision d'une telle situation.

Des élections statutaires étaient notamment au programme de cette assemblée. Candidat à sa réélection, le Dr Christopher Pfaff a ainsi été reconduit en tant que délégué à la Chambre médicale. Il en va de même pour le Dr Olivier Vernet, réélu 1^{er} vice-président du Bureau de l'Assemblée des délégués. Le Dr Frédéric Anex a pour sa part succédé au Dr Pierre Robert, arrivé au terme de son deuxième mandat à la Commission de déontologie et que la SVM tient à remercier vivement pour son engagement. Greffière de cette même commission, Me Lorraine Ruf a été reconduite dans ses fonctions. Enfin, le Dr Michel Hosner a pris le relais de la Dre Anne-Claire Bloesch, médiatrice de la SVM, que nous félicitons également pour son implication.

RABAIS DE COTISATIONS EXCEPTIONNEL POUR 2021

Légèrement bénéficiaire, la SVM a vu son budget prévisionnel pour l'exercice 2021 approuvé à une très large majorité. Compte tenu de la situation sanitaire, qui a particulièrement affecté les cabinets



médicaux en début d'année, mais aussi, plus largement, l'ensemble des membres de la SVM, un rabais «Covid-19» exceptionnel de 10% sur les cotisations pour l'année 2021 sera ainsi octroyé.

Le budget 2021 de la Caisse d'allocations familiales de la SVM (CAFMED) a lui aussi été accepté à une large majorité. Sur la base des variantes retenues par le gérant de la CAFMED, une réduction du taux de cotisation à hauteur de 2,55% au lieu de 2,75% a été proposée par la SVM et validée par les délégués. Par cet effort supplémentaire et supportable qui double l'effet du rabais de cotisation, la SVM veut marquer sa solidarité avec ses membres, qui n'ont bénéficié jusqu'ici que de très peu de soutien, la FMH elle-même ayant refusé d'entrer en matière sur une baisse de cotisation proposée par la SVM. Par ailleurs, la valeur du

point TarMed a été maintenue à son niveau actuel pour 2021 (95 centimes) avec les deux principaux groupes d'assureurs (qui représentent environ 85% de l'effectif total), les conventions tarifaires ayant été reconduites. Les négociations n'ont toutefois pas encore abouti avec le dernier groupe. A la quasi-unanimité, l'AD a ainsi décidé de donner le mandat au comité de la SVM de poursuivre les discussions avec ce même groupe pour convenir d'une valeur du point et d'une convention au 1^{er} janvier 2021 (sous réserve de ratification par l'AD de mars 2021).

Enfin, 63 nouveaux membres ont été admis à l'unanimité au sein de la SVM (sous réserve du transfert de deux cas particuliers à la Commission de déontologie pour compléments d'information). ■

Pour en savoir plus: www.svm.ch/ad-novembre-2020

Législature 2020–2024

Yvonne Gilli, première femme présidente de la FMH



Les délégués à la Chambre médicale ont procédé, le 28 octobre 2020, aux élections générales des organes de la FMH pour la législature 2020–s2024. La Dre Yvonne Gilli devient ainsi la première femme à présider l'organisation. Quatre médecins vaudois ont également été réélus dans différents organes.

En élisant Yvonne Gilli, les médecins suisses ont pour la première fois placé une femme à la tête de la FMH. La spécialiste en médecine interne générale exploite un cabinet médical à Wil (Saint-Gall). En tant que membre du Comité central de la FMH et ancienne conseillère nationale, elle dispose d'une longue expérience en politique et en politique professionnelle. La vice-présidence de la FMH reste entre les mains de Christoph Bosshard (BE) et Michel Matter (GE).

«La Société Vaudoise de Médecine (SVM) salue cette nomination, qui permet d'abord de mieux illustrer la féminisation croissante de notre profession, avec une parité qui devrait être atteinte ces prochaines années», commente le Dr Philippe Eggimann, président de la SVM et de la Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR). «Au-delà, compte tenu des enjeux actuels importants, nous espérons que l'expérience politique et les réseaux conjoints de notre nouvelle présidente et de son vice-président romand permettront de renforcer la visibilité

et l'influence du corps médical au sein du parlement national, tout en s'appuyant sur l'indispensable travail complémentaire de proximité des sociétés cantonales de médecine et de leurs faitières régionales.»

A noter que l'Institut suisse pour la formation médicale postgraduée et continue (ISFM) sera désormais aussi présidé par une femme, la Dre Monika Brodmann Mäder (BE).

QUATRE VAUDOIS RÉÉLUS

Quatre médecins vaudois ont également été réélus dans leurs fonctions à l'occasion de ces élections générales, que la SVM félicite et remercie de leur engagement renouvelé:

- Dr Philippe Eggimann (Assemblée des délégués de la FMH, représentant de la SMSR);
- Dr Pierre Vallon (Assemblée des délégués de la FMH, représentant de la FFPP);
- Dr Charles Abram Favrod-Coune (Commission de déontologie);
- Dr Philippe Vuillemin (Commission de gestion). ■

Compte-rendu

Elections statutaires au GMEMS

L'Assemblée générale du Groupement des médecins travaillant en établissement médico-social (GMEMS) de la SVM s'est tenue jeudi 19 novembre en visioconférence.

Des élections statutaires se sont notamment tenues à cette occasion. L'ensemble des membres du comité actuel se sont représentés, à l'exception du Dr Vincent Jequier. Tous ont été élus à la majorité. Le comité 2020–2024 du GMEMS est donc composé des Dres Tosca Bizzozzero

(présidente), Sophie Paul et Amel Rodondi, ainsi que des Drs Ahmed Jabri, Philippe Vuillemin et Michel Ravessoud (réélu pour une année, car il ne travaillera plus en EMS par la suite). Il reste toutefois une place vacante au comité. Un·e candidat·e peut se présenter en cours d'année et être élu·e lors de l'AG 2021. La partie statutaire a été suivie par une conférence de la Prof. Barbara Broers, responsable de l'unité des dépendances du service de médecine de premiers recours des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), sur les aspects pratiques de la prescription de cannabinoïdes chez les personnes âgées. ■

Enquête MAS 2018

Médecins vaudois: un résultat d'exploitation en baisse et plus de femmes

L'Office fédéral de la statistique (OFS) a récemment publié les résultats du dernier relevé statistique des cabinets médicaux et des centres ambulatoires pour 2018 (MAS 2018).

Cette enquête représente la seule récolte nationale de données neutre sur la situation des médecins exerçant en pratique privée, permettant par là même une vision plus claire de la situation des médecins dans notre canton.

En 2018, le résultat d'exploitation (soit le chiffre d'affaires moins les charges d'exploitation) médian est de 138 000 francs pour les cabinets médicaux vaudois constitués en entreprise individuelle (soit 92% des cabinets). Ce résultat est en baisse par rapport au MAS 2017 (143 000 francs). Cela pourrait être lié à la baisse de la valeur vaudoise du point TarMed et à l'intervention du Conseil fédéral dans la structure tarifaire TarMed, deux mesures entrées en vigueur en 2018.

Rappelons-le, ces résultats d'enquête concernent 2018 et nous pouvons nous attendre à des résultats d'exploitation plus en baisse encore cette année avec l'impact de la crise du coronavirus. Comme le rapportait en mai dernier un sondage de la FMH, 46% des médecins constataient avoir eu «beaucoup moins de travail» en avril, au cœur de la crise. Une baisse d'activité impliquant une baisse de revenus, deux tiers des médecins s'attendaient à des pertes et presque la moitié à des pertes «importantes» (43%), voire «constituant une menace existentielle» (4%). Une situation qu'avait déjà relevée peu avant une enquête de la Société Médicale de la Suisse Romande (SMSR) effectuée fin avril: sept médecins romands installés sur dix indiquaient connaître une baisse significative de leur activité en cabinet depuis le début de la pandémie. Pour la grande majorité des médecins travaillant en raison individuelle, cela signifie ne pas avoir de droit au chômage partiel (RHT) pour eux-mêmes.

LA PROFESSION SE FÉMINISE

Dans le canton de Vaud, 57,6% des médecins sont des hommes et 42,4% sont des femmes. Par contre,



si l'on considère les médecins de moins de 45 ans, on retrouve une majorité de femmes médecins (53,6%). A l'échelle suisse, la proportion est de 59,9% de femmes médecins dans la même catégorie d'âge.

Il sera intéressant de voir de manière plus précise et exhaustive les évolutions futures du métier, et notamment les impacts de la pandémie sur les résultats d'exploitation. En attendant, ce MAS a déjà pu nous fournir des renseignements intéressants pour 2018, grâce notamment aux 937 questionnaires vaudois transmis à l'OFS, qui a pu, sur cette base, en extrapoler les résultats à une population recensée de 2009 cabinets et centres ambulatoires. Cette enquête statistique a certes ses limites, mais elle représente la seule récolte nationale de données neutre sur la situation des médecins exerçant en pratique privée, ce que les représentants du corps médical appelaient de leurs vœux en demandant que l'OFS se charge de ce mandat. La Société Vaudoise de Médecine (SVM) vous encourage donc à participer à la prochaine récolte de données, qui débutera ces prochaines semaines. ■

Le Conseil des Etats va-t-il enterrer des «statistiques incontestées et fiables» sur les coûts de la santé?

Fin octobre, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats (CSSS-CE) a étrangement proposé le rejet d'une motion d'origine vaudoise très équilibrée et raisonnable (Olivier Feller, PLR, et Adèle Thorens, Les Verts) demandant de confier l'établissement de statistiques incontestées sur les coûts de la santé en Suisse à un organisme indépendant, idéalement l'Office fédéral de la statistique (OFS).

Pourtant, même le Conseil fédéral était en faveur de ce texte, par ailleurs déjà accepté à une très large majorité en mars 2019 par le Conseil national (125 oui, contre 59 non). Cette proposition était aussi publiquement soutenue par toutes les

sociétés cantonales de médecine et la FMH. Les médecins ont donc fait le choix de la transparence, mais qui d'autre la veut et l'assume vraiment?

La décision finale est maintenant agendée au 15 décembre 2020. On n'ose croire que, sous d'obscurs arguments essentiellement formels avancés par sa commission chargée de préavis, le Conseil des Etats ne saisisse pas cette opportunité historique de pouvoir enfin doter notre pays d'un dispositif statistique moderne et fiable dans le domaine de la santé. Au-delà des intérêts des uns ou des autres, il en va de notre capacité à mener, ces prochaines années, un débat démocratique sain et transparent. ■

CCT et liberté thérapeutique

La presse¹ s'est récemment fait l'écho de l'interdiction communiquée par la direction de l'Hôpital intercantonal Riviera-Chablais aux médecins de la permanence de Monthey de prescrire de l'hydroxychloroquine². Indépendamment des polémiques qui ont entouré l'utilisation de cette molécule dans le cadre du traitement du Covid-19, il s'agit manifestement d'une interférence dans la liberté thérapeutique du médecin telle que nous la concevons. Cela montre que le statut du médecin que nous défendons à travers nos

conventions collectives pour les médecins-cadres va bien au-delà des questions de rémunération, mais cible aussi sa liberté de prescrire dans l'intérêt des patients, selon les règles édictées par la profession et sa conscience. Toutefois, l'applicabilité de la CCT au cas particulier n'a pas pu être vérifiée, le cas n'ayant pas été soumis au Groupement des médecins hospitaliers de la SVM. ■

¹ Le *Matin* du 23 novembre 2020 notamment.

² Dont l'interdiction de prescription a été levée le 16 juin 2020 dans le canton de Vaud.

Engagez-vous!

Alors que la campagne de recrutement de volontaires bat son plein dans le canton de Vaud, confronté à une pénurie de personnel de santé pour faire face à la situation sanitaire, le DSAS vient de promulguer une nouvelle directive¹ qui remplace la précédente². C'est l'occasion de rappeler que la SVM a été la première à relayer un appel de l'office du médecin cantonal aux médecins volontaires en mars dernier. Cet appel fut un franc succès, puisqu'il suscita près de 200 candidatures qui furent fort utiles pour affronter la première vague de la pandémie. Un enthousiasme mal récompensé, puisque la première directive émise prétendait fixer rétroactivement la rémunération des médecins à un tarif inférieur à ce qui avait été convenu. Pour ajouter à la confusion, certains mandataires et agences à qui cette tâche a été confiée

ont allègrement confondu les statuts de dépendant et indépendant, au point de rendre la situation inextricable.

La situation n'est pas complètement réglée à ce jour et la nouvelle directive, à nouveau édictée sans aucune concertation, n'y change rien. Les étudiants en médecine y sont toujours rémunérés à 7 francs de l'heure. Est-ce une façon de les «préparer» à négocier les futures valeurs du point médical à leur juste valeur? ■

NB: VOIR ÉGALEMENT À CE SUJET L'ARTICLE DU DR JEAN-PIERRE RANDIN PUBLIÉ SUR LE BLOG DES MÉDECINS VAUDOIS: WWW.SVMED.CH/BLOG/LE-PARTENARIAT-PUBLIC-PRIVE-A-LEPREUVE-DU-COVID

¹ Directive concernant les principes de renfort en personnel et d'octroi de financement pour les établissements et institutions sanitaires, ainsi que les organisations de soins durant la phase de lutte contre le coronavirus (Covid-19), du 20 novembre 2020.

² Directive financière concernant la rémunération du personnel de réserve attribué aux établissements et institutions sanitaires, ainsi qu'aux organisations de soins pendant la phase de lutte contre le coronavirus Covid-19, du 15 avril 2020.

HIB, deuxième hôpital public intercantonal sinistré après l'HRC?

Alors qu'une nouvelle convention collective a été signée en mars dernier par toutes les parties après moult interventions de l'administration vaudoise, elle n'a toujours pas été approuvée par les cantons concernés.

L'année 2020 est pratiquement écoulée, et pourtant les médecins de l'Hôpital intercantonal de la Broye (HIB) ne savent toujours pas à quel régime contractuel ils seront soumis rétroactivement depuis le début de l'année. Quelle autre profession pourrait le tolérer, surtout dans une période où les médecins de l'HIB ont été particulièrement mis à l'épreuve et continueront de l'être, et qu'ils ont démontré, s'il en était besoin,

leur capacité à prendre en charge un nombre élevé de patients Covid-19? Dans tous les cas, ce n'est pas la meilleure manière de les motiver et les convaincre de rester.

Or, comme on l'a vu avec l'Hôpital intercantonal Riviera-Chablais (HRC), la fuite des médecins-cadres qualifiés, dont le recrutement est difficile, est le prélude à des déficits abyssaux et chroniques, dans lesquels se débat actuellement et pour longtemps l'HRC. Dans

le cas de l'HRC, il ne s'agit pas seulement d'un plan de sauvetage à 125 millions de francs (sans tenir compte des dépassements liés à sa construction), mais il s'agit bien de lui trouver un financement pérenne (voir «*La spirale des millions*» dans le CMV 3 – juin 2020, p. 39).

Nous ne voyons guère de solutions à cette situation et à d'éventuelles répliques sans un examen approfondi des causes qui ont conduit à ce désastre. ■

Hommage

Dr Robert Dreyfuss

C'est avec une profonde tristesse que nous avons appris le décès du Dr Robert Dreyfuss, qui laissera le souvenir d'un médecin plein de bon sens et d'empathie, à l'écoute intelligente de ses patients.

Le Dr Robert Dreyfuss est né à Vienne en 1921. Il a passé son enfance et fait ses études de médecine à Lausanne. C'est là aussi qu'il a suivi sa formation postgraduée, dans les services des Prof. Edouard Jéquier-Doge et Pierre Bernard Schneider, notamment, avant de la compléter dans le Service de médecine psychosomatique à l'Hôpital universitaire de Besançon, en France. Le Dr Dreyfuss s'est engagé dans



les campagnes pour le droit des femmes à un libre accès à l'interruption volontaire de grossesse. Il a aussi collaboré avec le Dr Pierre-André Gloor aux activités et au développement de Pro Familia à Lausanne. Dans ses activités de psy-

chiatre, il a été proche de ses malades, qu'il savait écouter, réconforter et accompagner dans les processus parfois longs de guérison.

Tous ceux qui l'ont connu garderont de lui le souvenir d'un médecin extrêmement compétent, chaleureux et ouvert sur le monde. Humaniste, il était un lecteur assidu de Montaigne, Victor Hugo, Verlaine et Du Bellay. Il aimait d'ailleurs conclure ses entretiens en récitant «Heureux qui, comme Ulysse, a fait un beau voyage»... Celui du Dr Robert Dreyfuss aura été long et passionnant. Il s'est achevé au cours de sa 100^e année.

Nous faisons part de notre émotion à sa famille et à ses amis. ■

PROF. JEAN-PIERRE GUIGNARD,
PROFESSEUR HONORAIRE, UNIL

Bibliothèque universitaire de médecine

Une bibliothèque **dépourvue de livres** peut-elle garder son nom?

J'ai récemment visité la nouvelle Bibliothèque universitaire de médecine (BiUM), nouvellement installée sur le Bugnon. Mais mérite-t-elle encore son nom?

J e suis un chirurgien approchant de la septantaine ayant effectué ses études à Lausanne entre 1969 et 1976. J'ai donc connu la Bibliothèque du Service de chirurgie A du «Cantonal», puis la Bibliothèque de médecine de la Faculté de biologie et médecine, où j'ai passé des centaines d'heures. Cela m'a permis de publier 150 articles chirurgicaux originaux, cinq livres de chirurgie, et de stimuler mon équipe à présenter des dizaines de conférences en Suisse et à l'étranger.

J'ai donc connu les livres, leur toucher, leur odeur, sens très ancien, reptilien, qui permet aussi de fixer la médecine dans la mémoire. Cette visite m'a surpris. L'accueil par les spécialistes de l'informatique médicale y est plutôt froid; un badge est nécessaire pour accéder aux livres et revues. Livres et revues? Il n'y en a presque plus, un bon nombre d'entre eux étant par ailleurs cachés dans un compactus (badge nécessaire!).

La science – et cela est heureux – a évolué vers l'immatérialité informatique, ma foi utile et nécessaire. Arrivé là, on vous explique tout à l'écran et on vous enseigne – fort gentiment – comment naviguer dans les tutoriels Tribu, Renouvaud, BiUM Embase, Trip Database, etc. Je vois d'ici le reproche de passéisme!

Mais est-ce que les concepteurs de ce chef-d'œuvre «bugnonesque» ont déjà mis les pieds un jour dans la Bibliothèque universitaire de Bologne, qui compte 726.523 volumes, dans celle de l'Abbaye de Saint-Gall, dans celle d'Urbino, à Catane, dans celle du Trinity College de Dublin, dans celle du Parlement d'Ottawa ou dans tant d'autres merveilles de la connaissance?

Devant quelques centaines de misérables livres et revues, les bras m'en sont tombés. La BiUM mérite-t-elle encore le nom de «bibliothèque», du grec ancien *biblio*, livre, et *thékè*, dépôt? Je ne connais pas



bien les critères de classement des universités du monde, comme celui de Shanghai (ARWU), par exemple; mais si le nombre de livres et revues matériels entre dans ce classement, l'UNIL n'est pas près de percer le plafond de verre du Top 100. ■

PROF. MARCO P. MERLINI,
ANCIEN PROFESSEUR TITULAIRE À LA FBM

Publicité





Nettoyage & Facility Services



Devis gratuit et sans engagement pour vos abonnements de nettoyages



Rendez-vous sur notre site internet

7 départements +30 services



www.eco2net.ch

Yverdon-les-Bains: 024 425 30 00 - Lausanne: 021 784 37 56 - Vevey: 021 921 00 33 - Domdidier: 026 675 30 03

Le financement des soins en terres vaudoises, une longue histoire

Durant des siècles, en Pays de Vaud comme ailleurs, le malade est rarement soigné dans un hôpital: il l'est à la maison.

L'hôpital est un fourre-tout social réunissant des aliénés, des prostituées, des miséreux dépourvus de toute ressource et des malades, surtout infectés. L'aumône et les largesses des riches en quête de paradis en assurent le financement. Les vrais hôpitaux comme les Hospices de Beaune restent rares et sont systématiquement dépendants d'une congrégation religieuse, dont les soins mêlent les savoirs et les drogues de l'époque au secours de la religion. En 1574, à l'hôpital de Lausanne, il y a 24 «patients» adultes, dont 11 malades, et 10 enfants, dont 5 malades.

Les avantages de «l'assistance publique», en dehors des secours occasionnels de «passade», sont réservés à la population originaire de la ville concernée. Celle-ci pensionne pour ce faire un chirurgien-barbier, un médecin ou un apothicaire, voire les trois à Lausanne. Mais aussi une sage-femme pour fournir des soins gratuits, agrémentés parfois d'un pécule facilitant la sortie de l'hôpital.

Cette prise en charge ciblée était aussi la règle à Paris dans les corporations de métiers, comme en témoigne *Le Livre des Métiers* d'Etienne Boileau (1268): les ouvriers malades, jeunes et vieux, étaient pris en charge gratuitement par la corporation à laquelle ils appartenaient.

HÔPITAUX EN QUÊTE DE FINANCEMENT

La pratique des soins change au siècle des Lumières et le besoin de disposer de vrais hôpitaux se fait plus insistant.

Pour financer la reconstruction de l'hôpital de Lausanne, trois loteries sont mises sur pied entre 1761 et 1768, soit 36 000 billets de valeurs différentes, qui rencontrent un grand succès.

Mais ces loteries vont ouvrir un débat qui se tient bien au-delà des frontières du canton: l'impôt sur les divertissements ne devrait-il pas financer l'hôpital? «Les droits des hôpitaux sur les spectacles doivent-ils être supprimés ou conservés?» s'interroge le Parisien Fortin en 1791. D'après lui, il vaut mieux les conserver que de créer un impôt pour les hôpitaux, qui augmenterait le nombre de pauvres et ferait dire que «l'impôt direct est le créateur de l'hôpital».

En 1821, Jacques Orsel produit un *Essai sur les hôpitaux et sur les secours à domicile*, pour déterminer qui prodigue les meilleurs soins dans une gamme de prix donnée. L'étude, méthodologiquement correcte pour l'époque, pose les mêmes questions qu'en 2020 et conclut que se faire soigner à domicile coûte moins cher qu'à l'hôpital.

CAISSES DE SECOURS AU XIX^e SIÈCLE

Les Vaudois des années 1820 peuvent compter sur des soins gratuits à l'hôpital cantonal, qui tire ses revenus, entre autres, du défunt hôpital de Villeneuve et des subventions de l'Etat (26 286 francs en 1836, sur une dépense totale de 72 530 francs). Cependant, ils doivent déboursier 6 batz par jour pour l'hôpital des aliénés. En 1827, l'asile pour enfants malheureux est quant à lui gratuit, et Lausanne crée au milieu du siècle la première assurance-maladie pour les enfants de la Ville.

Au fil des progrès de la médecine au XIX^e siècle, des caisses de secours sont mises sur pied pour les personnes âgées, les enfants et les ouvriers, afin de pouvoir rétribuer les soins qui leur sont prodigués. Le patient paie son médecin en fonction de ses prestations, et ceci durera pour une minorité jusqu'à l'adoption de la LAMal en 1996, qui institue l'assurance-maladie obligatoire. ■



Dr PHILIPPE VUILLEMIN
MÉDECIN
GÉNÉRALISTE

Docteur Francesco Ceppi

L'humanitaire chevillé au corps

Un pied au CHUV dans la recherche de pointe, l'autre au Nicaragua dans l'humanitaire. Pour le Dr Francesco Ceppi, la problématique du cancer chez l'enfant est trop importante pour imaginer se focaliser uniquement sur la Suisse.

Pandémie oblige, voilà de longs mois que le Dr Francesco Ceppi n'a pas pu se rendre en Amérique centrale. Mais, même à distance, son engagement reste intact. Il faut dire que l'hémato-oncologue pédiatre, spécialiste du traitement des leucémies et des lymphomes chez l'enfant, a l'humanitaire chevillé au corps! Son premier séjour au Nicaragua remonte à l'époque de sa deuxième année d'études à la Faculté de biologie et médecine de l'Université de Lausanne. Il rejoint alors l'association AMCA (Association pour l'aide médicale en Amérique centrale), fondée par un oncologue tessinois, le Prof. Franco Cavalli. «Sur place, j'ai découvert l'oncologie pédiatrique avec le Dr Alberto Malta, qui m'avait pris sous son aile», raconte-t-il. Chaque été, il passe trois mois

au Nicaragua comme bénévole pour soutenir le projet d'amélioration du service d'oncologie pédiatrique de l'hôpital des enfants La Mascota, à Managua. «J'ai surtout beaucoup appris dans ce domaine!» souligne-t-il. Son diplôme de médecine en poche, il fait part à la Prof. Maja Beck Popovic de sa volonté de se spécialiser en oncologie pédiatrique, sans jamais lâcher l'humanitaire – il fera notamment son doctorat au Nicaragua.

Aujourd'hui, le Dr Francesco Ceppi travaille au CHUV et collabore notamment avec le Prof. George Coukos et la Prof. Lana Kandalaft sur les thérapies cellulaires et sur l'immunothérapie en pédiatrie. Il est également responsable du projet d'oncologie pédiatrique à La Mascota et fait partie d'un réseau de médecins impliqués dans le traitement des leucémies dans l'ensemble de l'Amérique centrale.

DES TRAITEMENTS DANS DES SACS DE HOCKEY

Chaque année, 300 à 350 enfants nicaraguayens déclarent un cancer; c'est d'ailleurs la seconde cause de mortalité infantile en Amérique latine, après les accidents. «Lorsque l'AMCA a été créée en 1985, tous ces enfants mourraient», raconte le Dr Francesco Ceppi. «Pourtant, Franco Cavalli est passé pour un fou à l'époque: tout le monde se



focalisait sur la malnutrition ou la tuberculose.» Son idée était de former des médecins nicaraguayens à même de pratiquer sur place. Il s'agissait aussi de les soutenir dans le développement d'infrastructures de prise en charge des enfants malades du cancer. «Lors de mes premiers voyages, j'apportais des médicaments (y compris des chimiothérapies) et du matériel médical dans des gros sacs de hockey!» se souvient-il. Si les traitements sont désormais fournis par les autorités nicaraguayennes, l'AMCA continue de contribuer à améliorer la formation des médecins et leur apporte toujours un soutien logistique,

Clin d'œil

«Ce porte-stylo m'a été offert par l'association centraméricaine d'oncologie pédiatrique (AHOPCA) durant un congrès au Costa Rica. Avec ses couleurs, je sens que l'Amérique centrale et sa population sont toujours proches de moi.»





notamment pour le transport des enfants malades du domicile à l'hôpital. De son côté, le Dr Francesco Ceppi dit s'enrichir des échanges réguliers avec ses lointains confrères: «C'est là-bas que j'ai appris la médecine, lorsque nous devons nous débrouiller avec des moyens très limités. Aujourd'hui encore, ces échanges me permettent de relativiser: ici, nous buttons parfois sur des problèmes absurdes, alors qu'à Managua, ils manquent tout simplement d'aiguilles!»

RECRECITER DES CONFRÈRES

En 2019, le Dr Francesco Ceppi a lancé AMCA Vaud ([www.amca-](http://www.amca-vaud.ch)

Ci-dessus: l'équipe du département d'hémo-oncologie pédiatrique de La Mascota, à l'occasion d'une visite du Prof. Valentino Conter (au centre), mentor et grand ami du Dr Ceppi.

A droite, en haut: le Dr Ceppi en mission à Haïti, pendant le tremblement de terre de 2010.

En bas: le Dr Ceppi et la Dre Patricia Calderon, cheffe du département d'hémo-oncologie pédiatrique de La Mascota.

vaud.ch), dont le comité et l'équipe opérationnelle sont composés uniquement de bénévoles. Objectif: faire connaître l'association en Suisse romande afin, notamment, de recruter de nouveaux médecins, bénévoles eux aussi, et de trouver de nouveaux soutiens financiers (institutionnels et privés) pour les projets. Pas question en effet pour lui de faire les choses en solo:

«Je veux partager cette expérience et recruter des confrères oncologiques; il y a tellement de besoins!» Plusieurs «papes» de l'oncologie du CHUV l'ont d'ailleurs d'ores et déjà rejoint autour d'un nouveau projet de soutien au département de gynéco-oncologie de l'Hôpital des femmes Bertha Calderón, au Nicaragua. ■

ÉLODIE MAÎTRE-ARNAUD

Changeons de voie

A défaut de donner un sens à la pandémie, sachons en tirer les leçons pour l'avenir.

Un minuscule virus dans une très lointaine ville de Chine a déclenché le bouleversement du monde. L'électrochoc sera-t-il suffisant pour faire enfin prendre conscience à tous les humains d'une communauté de destin? Pour ralentir notre course effrénée au développement technique et économique?

Nous voici entrés dans l'ère des grandes incertitudes. L'avenir imprévisible est en gestation aujourd'hui. Faisons en sorte que ce soit pour une régénération de la politique, pour une protection de la planète et pour une humanisation de la société: il est temps de changer de voie. ■



«Je recommande la lecture de ce nouvel ouvrage d'Edgar Morin, mon maître à penser qui, à 99 ans, brille encore par son intelligence. Durant sa riche carrière, il a notamment consolidé le concept de complexité, si essentiel en médecine.»

DR JEAN-PIERRE RANDIN,
MEMBRE DU COMITÉ DE RÉDACTION

Editions Denoël (2020).
160 pages. 25 fr. 50.
Pour l'obtenir: www.payot.ch

NB:
Ces résumés d'ouvrage ont été communiqués par les éditeurs. Ils ne sont pas le fruit du comité de rédaction du CMV.

La Société suisse d'orthopédie et de traumatologie au tournant du nouveau millénaire

Le livre retrace l'histoire de la Société suisse d'orthopédie et de traumatologie – swiss orthopaedics dans le contexte médical et social des trente dernières années, marquées par une forte hausse des pathologies et accidents de l'appareil locomoteur due à la croissance et au vieillissement de la population. La pression des politiques de santé sur les prestations médicales et leurs coûts, l'évolution de la formation des



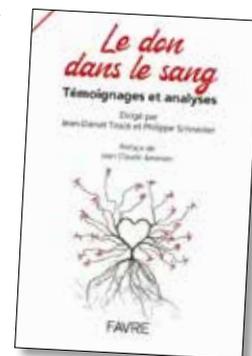
orthopédistes ou encore la concurrence entre spécialisations chirurgicales sont parmi les enjeux qui ont façonné swiss orthopaedics dans sa structure et ses missions, relatés à partir de sources écrites et de témoignages de ses présidents et directrices depuis 1992 jusqu'à nos jours. ■

BHMS Editions (2020)
232 pages. 48 francs.
Pour l'obtenir: <https://boutique.revmed.ch>

Le don dans le sang

Cet ouvrage est un témoignage de gratitude envers les nombreuses personnes qui accomplissent bénévolement un geste social fort en donnant de leur sang pour les autres. Leur solidarité contribue à rendre la société plus humaine.

Certaines d'entre elles ont accepté de prendre la parole. Dans de brèves histoires de vie, elles se dévoilent et expriment leurs motivations, sentiments et opinions en relation avec un acte qu'elles ont répété à de multiples reprises. En écho à ces 17 témoignages-portraits, de grands témoins apportent leur regard d'êtres humains et de spécialistes sur les questions métaphysiques, spirituelles, éthiques, juridiques, sociologiques et médicales posées par le don de sang. ■



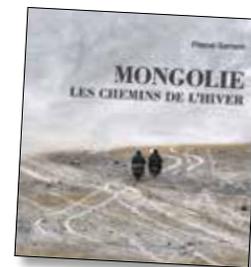
Editions Favre (2020)
304 pages. 25 francs.
Pour l'obtenir: www.editionsfavre.com

Mongolie – Les chemins de l'hiver

Membre de la Société Vaudoise de Médecine (SVM) et médecin généraliste aux Diablerets aujourd'hui retraité, le Dr Pascal Gertsch signe un second ouvrage dévoilant un pays qu'il a soigneusement arpenté, d'est en ouest et du nord au sud, depuis plus de huit ans déjà: la Mongolie. Richement illustré par 355 images issues de sa collection personnelle, dont certaines prises dans des lieux jusqu'alors jamais photographiés, car inaccessibles, voire interdits d'accès, *Mongolie – Les chemins de l'hiver* retrace ses pérégrinations au

pays de Gengis Khan durant les saisons froides, bien à l'écart des sentiers battus. L'occasion pour lui de partager, avec authenticité et générosité, les nombreuses rencontres qui ont rythmé son parcours. Derrière chacune d'elles se cache une histoire unique, alimentant sa soif de découvertes, là où la rigueur de l'hiver contraste avec la chaleur de l'accueil des locaux. ■

NB: Pour chaque exemplaire vendu en exclusivité chez Payot Libraire, 5 francs sont reversés à l'Association Ski-Club Suisse-Mongolie (ASC SUMO), fondée par le Dr Pascal Gertsch.



«Je me dois de partager avec vous, lecteurs, par ce livre, quelques-uns des moments captés et des trésors entrevus qu'il m'aurait paru bien égoïste de garder pour moi seul.»

DR PASCAL GERTSCH, MEMBRE DE LA SVM
ET AUTEUR DE L'OUVRAGE

Editions ASCSUMO – Association Ski-Club Suisse-Mongolie
384 pages. 59 francs.
Pour l'obtenir: www.payot.ch

Publicité

Espace publicitaire offert.

Du rire et du rêve pour nos enfants hospitalisés

Grâce à vos dons, les enfants hospitalisés reçoivent chaque semaine la visite des docteurs Rêves.

Merci pour votre soutien.
CCP 10-61645-5
theodora.org

Fondation
THEODORA

FÉVRIER - JUIN 2021

Certificate of advanced studies (CAS)
Santé publique

NOUVEAU MODULE !
Santé au travail, environnement
et société

FÉVRIER - JUIN 2021

Certificate of advanced studies (CAS)
Gouvernance des systèmes de santé

NOUVEAU MODULE !
Santé digitale et impact du numérique
sur les systèmes de santé

Inscription en ligne : www.unisante.ch

Administrés par Unisanté, ces programmes sont communs à la Faculté de biologie et de médecine (FBM) et/ou à la Faculté des hautes études commerciales (HEC) de l'Université de Lausanne.

Contact : formations.sante@unisante.ch

Unil
UNIL | Université de Lausanne

unisanté
Centre universitaire de médecine générale
et santé publique - Lausanne

LES JEUDIS DE LA VAUDOISE

Sous réserve de modifications – Programme et inscription en ligne sur svmed.ch

Programme 2020-2021



INSCRIPTION EN LIGNE SUR

[www.svmed.ch/
formation-continue-svm](http://www.svmed.ch/formation-continue-svm)



14 janvier 2021 Acquisitions thérapeutiques

11 février 2021 Gastroentérologie

1^{er} avril 2021 Gynécologie

6 mai 2021 Médecine légale et droit médical

10 juin 2021 Troubles fonctionnels

Horaires :

De 8h30 (accueil) à 12h15 à l'auditoire César-Roux, puis en salles de séminaire au CHUV à Lausanne.

Cours en présentiel à l'auditoire César-Roux ou en visioconférence selon l'évolution de la crise sanitaire.

Tarifs :

Un jeudi par mois: membres SVM: CHF 65.-, non-membres SVM: CHF 75.-

Carte de parking du CHUV :

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

Commission pour la formation continue de la SVM:

Dres I. Marguerat Bouché, A.-F. Mayor Pleines, S. Paul et F. Pilloud, Pr O. Lamy, Drs A. Birchmeier, Ph. Staeger, J. Vaucher et J.-L. Vonnez.

Accréditation:

3 points par cours. Formation certifiée SSMIG.



TÉLÉCHARGEMENT DES CONFÉRENCES

Les membres SVM peuvent visionner en tout temps les conférences sur svmed.ch (formation continue), quatre jours après le déroulement d'un JVD.

Cette organisation est rendue possible grâce à nos partenaires



**CENTRE D'IMAGERIE
D'AIGLE**

Votre imagerie médicale de proximité

Nouveau Centre 3R

3R - Réseau Radiologique Romand a le plaisir de vous annoncer l'ouverture de son nouveau **Centre d'Imagerie d'Aigle**. Le CIA dispose d'équipements performants permettant de réaliser une large palette d'exams, notamment:

- Échographie - Doppler
- Mammographie MicroDose
- Radiographie numérique
- Imagerie interventionnelle



3R
RÉSEAU
RADIOLOGIQUE
ROMAND

- SION
- MARTIGNY
- MONTHEY
- **AIGLE**
- FRIBOURG
- MONTREUX
- VEVEY
- ÉPALINGES
- LAUSANNE
- CHAVANNES
- MORGES
- ONEX-GENÈVE

CIA - Centre d'Imagerie d'Aigle
Place de la Gare 5
CH - 1860 Aigle

Tél. 024 524 50 50
secretariat@cia-aigle.ch
groupe3r.ch/cia



La Source

à domicile 

Nos soins. Pour vous, chez vous.

Prestations de soins à domicile disponibles sur prescription médicale dans tout le canton de Vaud 7/7 et 24/24 pour toute personne en perte d'autonomie, hospitalisée ou non à la Clinique de La Source, quel que soit son type d'assurance*.

* D'autres soins et prestations non remboursés par l'assurance de base sont disponibles sur demande.

Tél. 0800 033 033

soinsadomicile@lasource.ch - www.lasourceadomicile.ch

BEAUTIFUL FAST CARS

JAGUAR I-PACE 100 % ÉLECTRIFIÉE



Le premier SUV hautes performances entièrement électrique de Jaguar séduit par son design révolutionnaire de type «cabine avancée», son habitacle conçu avec intelligence et sa puissance de 400 ch grâce à laquelle il accélère de 0 à 100 km/h en 4.5 secondes sans émettre la moindre émission.

Avec chargeur triphasé plus puissant.

Découvrez-le sans tarder à l'occasion d'une course d'essai.



Emil Frey Crissier

www.crissier.landrover-dealer.ch

I-PACE EV400, aut., 400 ch (294 kW), consommation mixte 24.8 kWh/100 km, émissions de CO₂ 0 g/km. Catégorie de rendement énergétique: A.