



ENZED GRAPHIC DESIGN : MAGAZINE SVM / PRÉSENTATION DU 25_08_2021



Le logo est ici une interprétation graphique minimaliste du mot DOC qui confère à la marque une identité très originale. Comme une série de 3 points de suspension ronds, elle invite à la lecture.

Ici l'exemple est présenté avec une illustration thématique.



Ces différentes déclinaisons de couverture démontrent la grande souplesse du système, qui permet d'accueillir des images de natures diverses tout en maintenant une identité forte et cohérente.

SOMMAIRE

04

DOSSIER

04

VERS UN HEALTH POLE LÉMANIQUE

05

PROJET RHUSO

06

INTERVIEW

Prof. Nicolas de Tribolet

08

INTERVIEW CROISÉE

Brigitte Rorive Feytmans et Luc Schenker

10

HEALTH 2030 GENOME CENTER

11

ASSOCIATION VAUD-GENÈVE

12

RÉSEAU ROMAND D'ONCOLOGIE
ET ONCOLOGIE DE PRÉCISION

14

PAROLE AUX ASSUREURS

16

OPINION

17

PERSPECTIVES D'AVENIR

18

CE QU'EN PENSE...

Prof. Pierre-François Unger

19

CHECK-UP HUMOUR

20

INFO SVM

20

CLAUSE DU BESOIN

21

VALEUR DU POINT

22

LES FEMMES À L'HONNEUR
DE LA JOURNÉE SVM

23

RENDEZ-VOUS

*Les Jeudis de la Vaudoise
Formation GMEMS 2021*

24

BON POUR LA TÊTE

*Arc lémanique entre
CHUVG et HUGV*

25

REPÉRAGES

Recommandations de lecture

26

PORTRAIT

*Dr Vincent Bettschart,
chirurgien et navigateur chevronné*

IMPRESSUM

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

Aurélien Moeri Michielin,
ftc communication
Fabien Wildi,
ftc communication

Collaboratrices externes

Adeline Vanoverbeke,
Elodie Maître-Arnaud

Comité de

rédaction du CMV

Dre Sophie Barcelo,
Prof. Jacques Besson,
Dr Philippe Eggimann,
Dre Sandy Estermann,
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

enzened, Nicolas &
Mélanie Znetner
Rue Ennine 6
1003 Lausanne

Illustrations

Jean-Marc Michaud –
Newcom Partners
(couverture),
Laurent Kaczor (p. 15),
HUG – Julien Gregorio (p. 15),
Sara.H (p. 16), Yves
Giroud (pp. 19, 21),
AdobeStock (p. 20),
Dr Vincent Bettschart

RÉGLEMENTATION
MÉDICALEMe Anaïs Rossi
avocate à la svmDOSSIER
DOCMAG SEPT 2021

À RETENIR

La liste des montants versés aux acteurs de la santé par les pharmas doit être précise et, sauf exception, nominative. Autrement dit, le public pourra savoir combien, et pour quelle prestation, touche tel ou tel médecin de telle ou telle entreprise pharmaceutique.

UN CADRE COMPLEXE
ET PAS TOUJOURS
CONTRAIGNANT

Les relations entre les médecins et les industries existent depuis toujours. Cette pratique contribue à une meilleure prise en charge médicale, mais peut également se révéler une source de conflits d'intérêts.

Ln effet, l'industrie pharmaceutique et celle des technologies médicales ont une place prépondérante dans le monde de la santé. En relation permanente avec les professionnels de la santé, elles essaient d'influencer les praticiens pour une prescription ou une utilisation plus grande de leurs produits. Cette influence peut se faire par l'apport d'informations à travers la visite médicale, par des formations organisées, par la publicité, par la rédaction d'articles ou encore lors de congrès. Petit tour d'horizon des bases juridiques régissant ce domaine délicat.

DIRECTIVES ET
CODE D'ONTOLOGIE

Commençons tout d'abord par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), qui a publié des «Directives pour la collaboration corps médical - industrie» ayant pour but de décrire la manière adéquate de gérer les conflits d'intérêts et de proposer des mesures permettant de les réduire. Celles-ci se basent sur six principes généraux: principe de séparation, principe de transparence, principe de l'équivalence, principe de documentation, principe de surveillance mutuelle et février

2021 DOSSIER 5 principe de séparation des comptes. La dernière version actualisée et complétée date de 2021. Ces directives jouent un rôle important, car elles visent à assister le médecin dans le cadre de son activité quotidienne. En dépit du caractère notoire de ces directives et de leur influence considérable sur la pratique, le fait qu'elles soient édictées par l'ASSM ne leur confère pas le caractère de réglementation étatique déployant des effets impératifs formels. Elles ne peuvent dès lors être appliquées de manière contraignante et leur inobservation n'entraîne pas, contrairement au non-respect du droit étatique, de sanction prévue par l'Etat. Elles jouent néanmoins un rôle important dans l'interprétation du droit, dans la mesure, par exemple, où le Tribunal fédéral s'y réfère souvent en matière d'état des connaissances des sciences médicales. Lesdites directives contribuent à une approche correcte des conflits d'intérêts lors de l'indemnisation des prestations des médecins par des rétributions financières ou autres. Leurs buts sont de contribuer à promouvoir l'objectivité et la qualité des activités mentionnées, à améliorer la transparence, à éviter les dépendances et à gérer en connaissance de cause les



conflits d'intérêts, en recommandant la conduite à adopter au quotidien. Ces directives ont été intégrées dans le code de déontologie de la FMH. Elles sont ainsi élevées au rang de normes professionnelles et acquièrent indirectement force obligatoire de dispositions internes à la profession, et donc de dispositions statutaires, pour la majorité des médecins. Les articles 36 et 38 du code de déontologie interdisent par exemple au médecin d'accepter des rémunérations ou d'autres avantages pour se voir confier des actes diagnostiques ou thérapeutiques (analyses de laboratoire, etc.) ou donner de tels mandats à des tiers, en nature ou en espèces, pouvant influencer leurs décisions.

CADRE LÉGAL

Le 1er janvier 2020, de nouvelles prescriptions sur l'utilisation des produits thérapeutiques sont entrées en vigueur. Ces dispositions, beaucoup plus restrictives, règlent en détail les rabais et les compensations des fournisseurs de médicaments (par exemple, l'acceptation de cadeaux et d'invitations à dîner, à participer à des congrès, etc.), ce qui crée un impact direct sur la pratique des médecins. Les principales

dispositions concernées se trouvent dans la Loi sur les produits thérapeutiques (LPT)⁴ et dans son ordonnance (OITPTh)⁵. Au demeurant, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)⁶ est également concernée par ces nouvelles dispositions. En effet, l'article 56,

« Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit »

alinéa 3 précise que « le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit: a. d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat; b. de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques. » Selon la Loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd)⁷, l'article 40, lettre e oblige les médecins à défendre, dans leur collaboration avec d'autres pro-

fessions de la santé, exclusivement les intérêts des patients, indépendamment des avantages financiers. Au niveau cantonal, la loi sur la santé publique (LSP)⁸ interdit par son article 81 de conclure une association ou de conclure une obligation incompatible avec les exigences de sa profession, notamment susceptible de faire prévaloir des considérations économiques sur l'intérêt de la santé du patient ou de porter atteinte à sa liberté de choix. Enfin, et afin de ne pas se perdre dans les méandres de cette législation complexe, la SVM a publié une prise de position en concertation avec le Département de la santé sur l'admissibilité de certaines pratiques liant les médecins aux laboratoires d'analyses médicales. Ce bref aperçu témoigne de la complexité de la législation dans ce domaine. Même si celle-ci se veut plus stricte, elle n'en demeure pas moins très complexe dans son application. En effet, il n'est pas toujours aisé de savoir précisément quelle attitude tenir face aux multiples approches des industries. Pour tenter d'éclairer les fournisseurs de prestations, la FMH a mis en place une série d'exemples de situations pouvant se présenter aux médecins en expliquant quelle conduite adopter.

LE CHIFFRE

50

entreprises pharmaceutiques actives en Suisse diffuseront sur leur site internet les sommes versées à des professionnels de la santé

RÈGLEMENTATION MÉDICALE

Me Anaïs Rossi
avocate à la svm



UN CADRE COMPLEXE ET PAS TOUJOURS CONTRAIGNANT

Les relations entre les médecins et les industries existent depuis toujours. Cette pratique contribue à une meilleure prise en charge médicale. Elle peut également se révéler une source de conflits d'intérêts.

ET PAS CONTRAIGNANT

Les relations entre les médecins et les industries existent depuis toujours. Cette pratique contribue à une meilleure prise en charge médicale. Elle peut également se révéler une source de conflits d'intérêts.

En effet, l'industrie pharmaceutique et celle des technologies de santé ont une place prépondérante dans le monde de la santé. Elles entretiennent une relation permanente avec les professionnels de santé, elles essaient d'influencer les praticiens pour une prescription ou une utilisation plus grande de leurs produits. Cette influence peut se faire par l'apport d'informations à travers la visite médicale, par des formations organisées, par la publicité, par la rédaction d'articles ou encore lors de congrès. Petit tour d'horizon des bases juridiques régissant ce domaine délicat.

DIRECTIVES ET CODE D'ONTOLOGIE

Commençons tout d'abord par l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), qui a publié des «Directives pour la collaboration corps médical - industrie» ayant pour but de définir une manière adéquate de gérer les conflits d'intérêts et de proposer des mesures permettant de les réduire. Ses six principes généraux sont : la transparence, la promotion de l'objectivité et la qualité des prestations, la promotion de l'activité mentionnées, à améliorer la transparence, à éviter les dépendances mutuelles, à promouvoir la connaissance de cause les

À RETENIR

La liste des montants versés aux acteurs de la santé par l'industrie pharmaceutique.

DOSSIER
02 MAR 2021

Portrait stylisé des auteurs sur un rond rappelant le logo et de la couleur de la rubrique



Police de titre sans sérif contrastée avec la police de chapeau sérif. Tous les séparateurs horizontaux sont traitillés, ce qui rappelle la ligne de point du logo.

LE CHIFFRE

50

Mise en avant de certains chiffres de l'article permettant un niveau de lecture rapide

LE CHIFFRE

50

50 entreprises pharmaceutiques actives en Suisse diffuseront sur leur site internet les sommes versées à des professionnels de la santé

conflits d'intérêts, en recommandant la conduite à adopter au quotidien. Ces directives ont été intégrées dans le code de déontologie de la FMH. Elles sont ainsi élevées au rang de normes professionnelles et acquièrent indirectement force obligatoire de dispositions internes à la profession, et donc de dispositions statutaires, pour la majorité des médecins. Les articles 36 et 38 du code de déontologie interdisent par exemple au médecin d'accepter des rémunérations ou d'autres avantages pour se voir confier des actes diagnostiques ou thérapeutiques (analyses de laboratoire, etc.) ou donner de tels mandats à des collaborateurs en espèces, pouvant influencer leurs décisions.

Police classique qui représente bien l'aspect sérieux du contenu

Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit

Petit tour d'horizon régissant ce

dispositions concernées se trouvent dans la Loi sur les produits thérapeutiques (LPT)⁴ et dans son ordonnance (OITPT)⁵. Au demeurant, la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal)⁶ est également concernée par ces nouvelles dispositions. En effet, l'article

«Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit»

alinéa 3 précise que «le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit: a. d'un autre fournisseur de prestations agissant sur son mandat; b. de personnes ou d'institutions qui fournissent des médicaments ou des moyens et appareils diagnostiques ou thérapeutiques.» Selon la Loi fédérale sur les professions médicales (LPMéd)⁷, l'article 40, lettre e oblige les médecins à défendre, dans leur collaboration avec d'autres pro-

fessions de la santé, exclusivement les intérêts des patients et de la population.

Le fournisseur de prestations doit répercuter sur le débiteur de la rémunération les avantages directs ou indirects qu'il perçoit

Citation reprenant la police sans sérif qui contraste avec le texte courant.

QUEL RÔLE POUR LES MÉDECINS CADRES HOSPITALIERS?

En 2019, 91 000 séjours d'hospitalisations somatiques aiguës ont été recensés dans le canton de Vaud, dont 40% pour les «besoins de santé de base». Ces derniers devraient représenter plus de 45 000 séjours en 2030.

Seulement une planification hospitalière appropriée, qui est une tâche des cantons, permettra au système de faire face à ces séjours en augmentation. Quel que soit le modèle choisi, les médecins cadres hospitaliers devront être impliqués dans la mise en place de cette planification.

LES PRINCIPES ESSENTIELS

Le partenariat public-privé permet, dans une gestion commune, de bénéficier des avantages des deux systèmes, ce que le Covid-19 a pu démontrer. Ce partenariat permet également

l'intégration des hôpitaux dans les réseaux de soins fondés sur une collaboration égalitaire entre les acteurs du service à la population. La proximité des soins est un déterminant de qualité, qui n'est pas seulement définie par le volume, une tendance simplificatrice du système GPPH (groupes de prestations pour la planification hospitalière). C'est pourquoi les acteurs locaux doivent bénéficier d'une autonomie organisationnelle et décisionnelle forte, en étant prêts à assumer la responsabilité qui l'accompagne. C'est le mélange subtil de ces composantes qui permettra de garder un système hospitalier cantonal efficient et intégré.



À RETENIR

Les médecins cadres hospitaliers doivent pouvoir jouer un rôle actif au sein de cette structure, non seulement pour la supervision clinique, la formation, la relève ou la recherche clinique, mais également dans la gouvernance, en collaboration étroite, transparente et constructive avec les autorités administratives et régulatrices.

Au sein de l'équipe interprofessionnelle, les médecins cadres des hôpitaux jouent un rôle important dans la prise en charge des malades. La qualité de la supervision clinique, qui demande un niveau de formation élevé, doit être valorisée, et la formation continue, bien souvent trop survillée et limitée de nos jours, doit être encouragée. L'enseignement clinique pré- et postgrade, qui permet une formation appropriée de la relève, doit également être soutenu activement, y compris en périphérie; les directions hospitalières ne reconnaissent pas toujours l'importance de ce rôle. L'hôpital régional est également un lieu idéal pour la recherche clinique orientée vers les attentes des patients, au sein d'un réseau collaboratif incluant les centres universitaires; le soutien des directions, pas toujours convaincues de la plus-value de cette activité pour leur institution, doit être affirmé. L'expérience des médecins cadres acquise durant leur pratique est une ressource précieuse qui ne doit pas être galvaudée. C'est pourquoi il est important que la position de ces médecins reste attractive, non seulement du point de vue financier, mais également du point de vue de la reconnaissance globale du rôle, en limitant la pénibilité en lien avec les horaires de travail, les astreintes et les gardes. Transparence, responsabilisation et collaboration deviennent des mots-clés pour assurer la longévité des médecins cadres dans leur fonction, et ne pas gaspiller cette ressource.

MÉDECIN CADRE HOSPITALIER: UNE RESSOURCE PRÉCIEUSE

Du fait des contraintes économiques et budgétaires, nos voisins français ont connu une évolution vers une vision essentiellement managériale et pyramidale de l'hôpital. Le souci de qualité des soins a cédé la place au suivi des marqueurs économiques, sans que la pertinence de cette approche pour les patients soit démontrée. Le risque

existe également chez nous de voir des directions se comportant de plus en plus en «patrons» tout-puissants, gérant tous les aspects du fonctionnement de l'hôpital, y compris ceux du domaine purement clinique. Or, si les médecins ne sont pas des économistes, les directions s'éloignent progressivement des soignants et tendent à méconnaître leur réalité, comme l'ont révélé les tensions récentes entre directions et soignants dans divers hôpitaux de notre canton. A mes yeux, cette «dérive administrative» ne pourra être stoppée qu'en confiant de manière égalitaire la gestion de l'hôpital à un binôme directeur administratif/directeur médical partageant les responsabilités. Le rôle et le profil du directeur médical doivent être clairement définis comme ceux d'un gestionnaire co-pilotant de manière efficace la structure, avec une connaissance précise de la réalité des soins et des équipes. Un médecin adéquatement formé, un modèle à succès très répandu aux États-Unis, appliqué au CHUV. Il est clair que les médecins appelés à exercer ce type de fonction devront ajouter une formation économique et managériale solide à leur bagage de formation, afin de faire face aux défis de cette fonction. Nul doute que des médecins expérimentés ayant consacré une partie de leur vie professionnelle à une institution seront prêts à cette reconversion, dans le but de contribuer à son développement dans une autre position, une tendance qui doit être encouragée! L'hôpital est un lieu d'interactions humaines complexes, entre des patients et leurs proches et des équipes de professionnels formés et compétentes, collaborant de manière interprofessionnelle. Les médecins cadres hospitaliers doivent pouvoir jouer un rôle actif au sein de cette structure, non seulement pour la supervision clinique, la formation, la relève ou la recherche clinique, mais également dans la gouvernance, en collaboration étroite, transparente et constructive avec les autorités administratives et régulatrices.

QUEL DOIT ÊTRE EXACTEMENT LE RÔLE DU DIRECTEUR MÉDICAL



LE MODÈLE ZURICHOIS DE PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

Dans le cadre de la planification hospitalière de 2012 et avec le concours de plus d'une centaine d'experts, la Direction de la santé du canton de Zurich (GD ZH) a développé un concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) permettant de catégoriser les soins aigus somatiques selon des logiques médicale et d'organisation hospitalière. La définition des quelque 130 groupes de prestations se base sur les codes des diagnostics CIM (classification internationale des maladies), des traitements CHOP (classification suisse des interventions chirurgicales) et, dans une moindre mesure, des DRG (groupe de cas).

La GD ZH a en outre émis pour chaque GPPH des exigences qualité qui sont déterminantes pour l'attribution des mandats de prestations et qui ont trait aux éléments suivants: titres de spécialistes exigés, disponibilité attendue, type de service d'urgences et de soins intensifs, disponibilité des laboratoires, équipements de radiologie, nombre minimum de cas, lien avec d'autres disciplines médicales, autres exigences. Ce modèle a ensuite été adopté progressivement par les cantons, bien que la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) précise qu'il est possible de s'en écarter. Des informations sur le modèle GPPH sont aussi accessibles sur le site internet de la CDS, mis à jour annuellement en concertation avec les cantons. Un concept unique reconnu permet aussi de favoriser une coordination intercantonale en matière de planification hospitalière, raison pour laquelle il est prévu que le canton de Vaud l'adopte dans la planification hospitalière en cours d'élaboration.

PLANIFICATION HOSPITALIÈRE VAUDOISE

PLANIFICATION HOSPITALIÈRE VAUDOISE

Police moderne condensée pour le surtitre

LE POUR QUOI DES MÉDECINS CADRES HOSPITALIERS?

En 2019, 91 000 séjours d'hospitalisations somatiques aiguës ont été recensés dans le canton de Vaud, dont 40% pour les «besoins de santé de base». Ces derniers devraient représenter plus de 45 000 séjours.

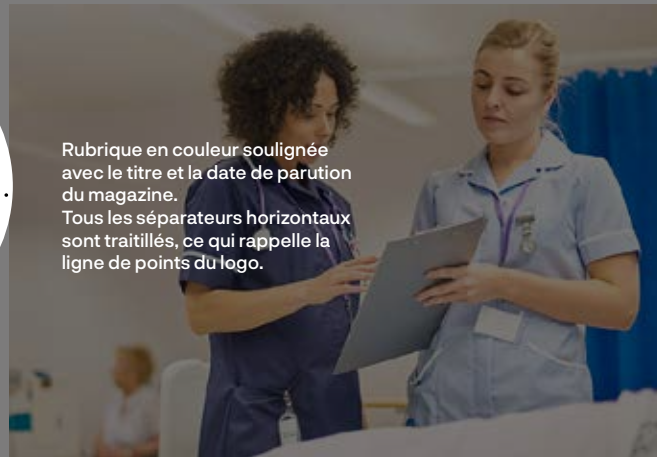
Seule une planification appropriée, qui est le rôle des cantons, permet de faire face à ces besoins. Les médecins hospitaliers devront donc être mis en place de manière adéquate.

LES PRIORITÉS ESSENTIELLES

Le partenariat entre les cantons permet, dans une gestion transparente, de bénéficier des avantages des deux systèmes, ce que le Covid-19 a pu démontrer. Ce partenariat permet également

Seule une planification appropriée, qui est le rôle des cantons, permet de faire face à ces besoins. Les médecins hospitaliers devront donc être mis en place de manière adéquate.

Police moderne condensée pour la lettrine qui met en valeur le début de l'article.



Rubrique en couleur soulignée avec le titre et la date de parution du magazine. Tous les séparateurs horizontaux sont traitillés, ce qui rappelle la ligne de points du logo.

PERSPECTIVE

DOC MAG SEPT 2021

recherche clinique, mais également dans la gouvernance, en collaboration étroite, transparente et constructive avec les autorités administratives et régulatrices.

LE MODÈLE ZURICHOIS DE PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

Dans le cadre de la planification hospitalière et avec le concours d'une centaine d'experts, la Direction de la santé du canton de Zurich (GD ZH) a développé un concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) permettant de catégoriser les soins aigus somatiques selon des logiques médicale et d'organisation hospitalière.

LE MODÈLE ZURICHOIS DE PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

Dans le cadre de la planification hospitalière de 2012 et avec le concours de plus d'une centaine d'experts, la Direction de la santé du canton de Zurich (GD ZH) a développé un concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) permettant de catégoriser les soins aigus somatiques selon des logiques médicale et d'organisation hospitalière. La définition des quelque 130 groupes de prestations se base sur les codes des diagnostics CIM (classification internationale des maladies), des traitements CHOP (classification suisse des interventions chirurgicales) et, dans une moindre mesure, des DRG (groupes de cas). La GD ZH a en outre défini pour chaque GPPH des exigences qualité qui sont déterminantes pour l'attribution des mandats de prestations et qui ont trait aux éléments suivants: titres de spécialistes exigés, disponibilité attendue, type de service d'urgences et de soins intensifs, disponibilité



Question illustrant le propos de l'article mise en évidence afin d'attiser l'intérêt à la lecture complète du papier

pour chaque GPPH des exigences qualité qui sont déterminantes pour l'attribution des mandats de prestations et qui ont trait aux éléments suivants: titres de spécialistes exigés, disponibilité attendue, type de service d'urgences et de soins intensifs, disponibilité pour chaque GPPH des exigences qualité qui sont déterminantes pour l'attribution des mandats de prestations et qui ont trait aux éléments suivants: titres de spécialistes exigés, disponibilité attendue, type de service d'urgences et de soins intensifs, disponibilité

Encadré dans la couleur de la rubrique

Au sein de l'équipe interprofessionnelle, les médecins cadres des hôpitaux jouent un rôle important dans la prise en charge des malades. La qualité de la supervision clinique, qui demande un niveau de formation élevé, doit être valorisée, et la formation continue, bien souvent trop surveillée et limitée de nos jours, doit être encouragée. L'enseignement clinique pré- et postgrade, qui permet une formation appropriée de la relève, doit également être soutenu activement, y compris en périphérie; les directions hospitalières ne reconnaissent pas toujours l'importance de ce rôle. L'hôpital régional est également un lieu idéal pour la recherche clinique orientée vers les attentes des patients, au sein d'un réseau collaboratif incluant les centres universitaires; le soutien des directions, pas toujours convaincues de la plus-value de cette activité pour leur institution, doit être affirmé. L'expérience des médecins cadres acquise durant leur pratique est une ressource précieuse qui ne doit pas être galvaudée. C'est pourquoi il est important que la position de médecin cadre reste attractive, non seulement du point de vue financier, mais aussi du point de vue de la reconnaissance globale du rôle, en lien avec la liberté en lien avec les hospitalisations, les contraintes et les responsabilités. La responsabilisation des médecins cadres vient des motivations de la longévité des médecins, de leur fonction, et de leur ressource.

MÉDECINS CADRES HOSPITALIERS: UNE RESSOURCE PRÉCIEUSE

Du fait des contraintes économiques et budgétaires, nos voisins français ont connu une évolution vers une vision essentiellement managériale et pyramidale de l'hôpital. Le souci de qualité des soins a cédé la place au suivi des marqueurs économiques, sans que la pertinence de cette approche pour les patients soit démontrée. Le risque

LE RÔLE DU DIRECTEUR MÉDICAL



QUEL RÔLE DOIT ÊTRE EXACTEMENT LE RÔLE DU DIRECTEUR MÉDICAL

LE MODÈLE ZURICHOIS DE PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

Dans le cadre de la planification hospitalière et avec le concours d'une centaine d'experts, la Direction de la santé du canton de Zurich (GD ZH) a développé un concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) permettant de catégoriser les soins aigus somatiques selon des logiques médicale et d'organisation hospitalière.

LE MODÈLE ZURICHOIS DE PLANIFICATION HOSPITALIÈRE

Dans le cadre de la planification hospitalière de 2012 et avec le concours de plus d'une centaine d'experts, la Direction de la santé du canton de Zurich (GD ZH) a développé un concept de groupes de prestations pour la planification hospitalière (GPPH) permettant de catégoriser les soins aigus somatiques selon des logiques médicale et d'organisation hospitalière. La définition des quelque 130 groupes de prestations se base sur les codes des diagnostics CIM (classification internationale des maladies), des traitements CHOP (classification suisse des interventions chirurgicales) et, dans une moindre mesure, des DRG (groupes de cas). La GD ZH a en outre défini pour chaque GPPH des exigences qualité qui sont déterminantes pour l'attribution des mandats de prestations et qui ont trait aux éléments suivants: titres de spécialistes exigés, disponibilité attendue, type de service d'urgences et de soins intensifs, disponibilité



Question illustrant le propos de l'article mise en évidence afin d'attiser l'intérêt à la lecture complète du papier

pour chaque GPPH des exigences qualité qui sont déterminantes pour l'attribution des mandats de prestations et qui ont trait aux éléments suivants: titres de spécialistes exigés, disponibilité attendue, type de service d'urgences et de soins intensifs, disponibilité

EN BREF

02023 MAG SEPT 2021

4%

**NOUVELLE CLAUSE DU BESOIN ET
PRESSION SUR LA VALEUR DU POINT TARMED**

Depuis le 1er juillet 2021, en vertu d'une nouvelle réglementation fédérale, plus aucun médecin souhaitant s'installer dans le canton de Vaud n'a la garantie de pouvoir ouvrir ou reprendre un cabinet. Avec au surplus la volonté récemment annoncée du Conseil d'Etat de faire baisser la valeur du point TARMED de 4%, la SVM craint une diminution problématique du nombre de cabinets et donc de l'accès à la médecine, y compris de famille. Alors que la population augmente et se fragilise, des mesures d'encouragement à la relève et à l'installation paraîtraient plus appropriées.

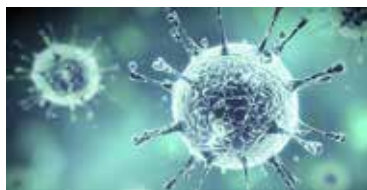
Baisse prévue par le Conseil d'Etat pour la valeur du point TARMED de 4%



«Les médecins n'ont pas l'intention de réduire leur revenu pour donner aux assureurs une marge de manœuvre supplémentaire, dont ils n'ont pas besoin.»

PHILIPPE EGGMANN

**COVID-19: BILAN
DES CINQ HÔPITAUX
UNIVERSITAIRES**



La pandémie de Covid-19 affecte notre vie quotidienne depuis des mois. Une lueur d'espoir pointe à l'horizon avec le début de la campagne de vaccination. Si la Suisse a pu se passer de confinements aussi sévères que ceux des pays qui l'environnent, c'est dû notamment à notre système de santé efficace, avec de très bonnes capacités. Les hôpitaux universitaires suisses jouent un rôle central à cet égard. Cette année, cependant, ils ont atteint les limites de leurs ressources, aussi bien humaines que financières. Réunis en conférence de presse aujourd'hui à l'Hôpital universitaire de Berne, les directeurs des cinq hôpitaux universitaires ont fait le point tant sur l'importance des hôpitaux universitaires que sur la charge qui leur incombe après une année de pandémie.

1,8

milliards de francs suisses de budget en chiffres arrondis

**L'INTELLIGENCE
ARTIFICIELLE POUR
LA RÉGULATION DES
APPELS D'URGENCE**

Le Service des urgences du CHUV et l'université de Franche-Comté à Besançon se sont unis pour piloter un projet transfrontalier visant à améliorer, grâce à l'intelligence artificielle, la détection des urgences vitales lors des appels à la centrale 144.

**NOUVEAU TEST
SEROLOGIQUE
POUR ÉVALUER
L'IMMUNITÉ
CONTRE LE
SARS-COV-2**

Le CHUV et l'EPFL ont uni leurs forces pour mettre au point un nouveau test sérologique particulièrement sensible pour quantifier les anticorps neutralisants contre le SARS-CoV-2. Les résultats de ces recherches, publiés dans la prestigieuse revue scientifique Science Translational Medicine, offrent des perspectives réjouissantes pour le suivi de l'immunité protectrice conférée par l'infection et/ou les vaccins au sein de la population. Ce test permet de mesurer l'efficacité de la protection contre les différents variants du virus et de suivre leur persistance au cours du temps.

11'942 collaborateurs et collaboratrices et 107 nationalités représentées au CHUV

200'000 personnes de plus dans le bassin lémanique ces 20 prochaines années

La Source
à domicile 
Nos soins. Pour vous, chez vous.

Bénéficiez du savoir-faire en soins infirmiers et soins de base du plus grand établissement privé de soins aigus pluridisciplinaire du canton de Vaud.

Offre disponible dans 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.



À RETENIR

Il s'agit avant tout de finaliser, simplifier, organiser et hiérarchiser les instruments existants et de les assortir d'un mécanisme de contrôle paritaire comme évoqué plus haut, tout en redonnant corps à une vision partagée de la médecine

VISION PARTAGÉE DE LA FUTURE MÉDECINE HOSPITALIÈRE

Le champ de la médecine hospitalière a connu une évolution accélérée au cours des dernières décennies, ce qui a conduit à une adaptation du cadre juridique dans lequel les médecins exercent. Cette évolution, exigeante de la profession et de son organisation une énorme faculté d'adaptation et un certain prix humain, a néanmoins pu s'opérer dans une relative paix sociale.



Le contexte est très largement dû au partenariat social induit par l'introduction en 2005 – une première en Suisse! – d'un régime de convention collective. Cela a permis la transition harmonieuse du statut indépendant des médecins-chefs au statut de salariés occupant une fonction dirigeante élevée. Le paradoxe est dû au fait que c'est la médecine libérale qui a amené cette proposition de convention collective de travail (CCT) sur la table de négociation, laquelle n'a pas été immédiatement comprise. Pourtant, elle est toujours actuelle. Une partie de la médecine hospitalière est le fait de mé-

decins agréés dont le statut n'a cessé d'être questionné, voire contesté depuis deux décennies. Mais les faits, ténus, se sont chargés de rappeler à la réalité: les médecins agréés sont indispensables au bon fonctionnement des hôpitaux, comme le montrait déjà un rapport de 2005², même si leurs spécificités ne leur permettaient pas d'entrer dans une CCT. La décennie précédente avait été marquée, dans le canton de Vaud comme ailleurs, par les tensions autour de la planification hospitalière. Par quoi on entendait alors la réduction ou plutôt la concentration du nombre d'établissements de soins aigus, symbolisée par le programme

d'économie et de restructuration baptisé «Equation 33». Le retour progressif à une période de vaches grasses a maintenu le cap des restructurations et fusions et relégué les économies au second plan... Le facteur décisif est venu du progrès médical qui a rendu possible un virage ambulatoire d'abord encouragé par les autorités et le tarif vaudois dit d'hospitalisation de jour (HDJ), abandonné depuis l'introduction de TARMED en 2004. Ce virage a été carrément imposé à partir du 1er janvier 2019 par une ordonnance fédérale intitulée «l'ambulatoire avant le stationnaire». Cette évolution se lit aujourd'hui clairement dans l'évolution exponentielle des coûts de l'ambulatoire hospitalier au cours des deux dernières décennies. Les médecins et les patients n'ont pas eu d'autre choix que de s'adapter, sous prétexte d'économie. Mais où sont précisément passées ces économies? Dans la poche des assurances complémentaires ou dans celle des cantons? Dans le sac de noeuds des coûts de la santé, la transparence n'est pas toujours de mise. C'est pourquoi nous préconisons une fois de plus⁴ que la réduction des coûts se traduise par une réduction, voire une réallocation préalable des primes ou des financements. La transparence était également le grand dogme à l'origine de la salarisation des médecins-chefs. S'il est bien sûr un principe pertinent, la vérité nous oblige à dire que c'est plutôt le contraire qui s'est produit. D'un fonds des honoraires aujourd'hui dissous, dont les comptes étaient publics puisque tenus par la Centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois (CEESV) de l'Etat de Vaud, on est passé à un modèle cantonal de financement, puis à des régimes locaux de plus en plus opaques.

TRANSPARENT. VRAIMENT?

Un audit commandé en 2008 par le Groupement des médecins hospitaliers (GMH) de la Société Vaudoise de Médecine (SVM) à la société Ernst & Young avait toutefois permis de vérifier, d'entente avec la plupart des établissements hospitaliers, les mécanismes d'alimentation de la rémunération des médecins-chefs et de créer les conditions de la confiance. Les récentes recommandations du Contrôle cantonal des finances, bien qu'elles n'aient rien

montré d'inquiétant, inspirent actuellement une relecture de la CCT des médecins-chefs FHV-SVM et la mise sur pied d'instruments de contrôle paritaire de son application qui font défaut. C'est même la principale conclusion à en tirer et à laquelle remédier. La médecine hospitalière vaudoise et même intercantonale est désormais encadrée par trois CCT: celle de l'Hôpital intercantonal de la Broye, qui a été signée le 29 mars dernier, celle de l'Hôpital Riviera-Chablais et celle s'appliquant aux autres hôpitaux de la FHV. Un règlement des médecins cadres du CHUV a également été établi. C'est sans doute trop pour exprimer des principes et des normes qui doivent tous répondre aux mêmes questions: comment assurer l'attractivité des postes de médecins cadres de manière à garantir la relève médicale en milieu hospitalier, qui ne s'improvise pas? Quels modèles de rémunération suffisamment incitatifs adopter pour garantir les volumes de patients et d'activités nécessaires à l'atteinte des masses critiques exigées et à l'équilibre financier des institutions?

POUR UN ACCORD CADRE CANTONAL

Ceci dans le respect des principes de la résolution du GMH du 11 octobre 2018⁶ (liberté thérapeutique, relations partenariales, transparence, formation et intérêt public, harmonisation des titres). Le trait d'union entre le statut et la rémunération figurant dans les CCT, les impératifs médicaux et publics devaient s'inscrire dans un accord-cadre cantonal dont les éléments ont été consignés dans une lettre d'intention avec le DSAS en 2016 déjà, et dont les six points sont parfaitement convergents avec la résolution du GMH. On y trouve déjà tous les éléments de nature à concrétiser le nouvel avenant sur la médecine hospitalière du partenariat DSAS-SVM. Signé le 3 mars 2020 malgré la pandémie débutante, il n'attend que des jours un peu meilleurs pour revenir en tête des priorités. Entretemps, on aura beaucoup appris de la valeur de la médecine hospitalière en situation de crise, tout comme du devenir de certains modèles de gouvernance hospitalière. Il n'est nul besoin de nouvelles dispositions légales ou réglementaires, comme l'envisageait encore un projet de loi mis en consultation⁸ en 2019.

MAIS OÙ SONT PRÉCISEMENT PASSES CES ÉCONOMIES



¹ Article 4 CCT FHV-SVM.
² Rapport sur la situation des médecins agréés dans le canton de Vaud. Faute d'attention aux honoraires des médecins agréés, sans parler, bien sûr, de la précarité de leur statut. Rapport FHV-SVM du 18 mai 2005.
³ OPLS, annexe 1a, Restriction de primes en charge des coûts pour certaines interventions chirurgicales. L'Etat des dépenses de soins ambulatoires effectués en ambulatoire.
⁴ Voir aussi notre article dans le Courrier de Médecine (Volume 46), décembre 2020. Projet de modification de la Loi fédérale sur le droit de transit des personnes en transit par l'aéroport de Genève-Miraflores (LTA), deuxième volet de mesures d'économies – Un transport en caisson (1er août, pp. 4-5).
⁵ Comité de suivi avec l'organisation médicale des hôpitaux et le Groupement des médecins cadres. Rapport de synthèse, mars 2019. Fait suite à l'annulation par le Conseil constitutionnel du Règlement sur l'organisation médicale des hôpitaux (arrêté cantonal d'Etat) et sur le statut des médecins cadres du 21 décembre 2018. Arrêt CCESV 2019.0004 du 26 octobre 2019.
⁶ Résolution adoptée par l'Assemblée générale du GMH le 11 octobre 2018.
⁷ Projet d'accord cadre et feuille de route pour la médecine hospitalière, 22 décembre 2016.
⁸ Avenant projet de loi modifiant la Loi sur l'APES, 2019.

DIFFÉRENTES
MISSIONSLucien Dorsetti
médecin HUGDÉBAT
DOC MAG SEPT 2021LE RÔLE DES HÔPITAUX
UNIVERSITAIRES DANS
L'OFFRE DE SOINS DE DEMAIN

Depuis des années, la politique suisse de la santé se concentre sur trois questions. Comment offrir à la population la meilleure qualité de soins au meilleur prix? Comment développer des structures de soins pour répondre aux besoins de la population? Comment rendre les innovations médicales et digitales rapidement accessibles à tout le monde?

La première piste qui vient à l'esprit est de rationaliser la réalisation des prestations pour que leur volume soit suffisant à la fois pour garantir leur qualité et pour une utilisation optimale d'équipements parfois extrêmement onéreux. Tout en préservant, lorsque c'est nécessaire, la notion de soins de proximité. Alors, réseaux? Fusions? Les fusions, bien connues, apportent des solutions simples et efficaces dans les situations où le très faible nombre de malades et/ou le caractère très onéreux d'un appareillage nécessitent le regroupement des forces

«Il faut un projet dont l'ambition globale est supérieure à celle que chaque entité peut imaginer réaliser seule.»

sur un seul lieu géographique. Mais les fusions imposent souvent de renoncer à toute proximité, à laquelle la population reste généralement très attachée. En témoigne l'échec passé du Réseau hospitalo-universitaire de Suisse occidentale (RHUSO) Vaud-Genève (voir p. 5). Les fusions impliquent aussi l'unicité des instances managériales invariablement transformées en un mammoth administratif. Elles sont inopérantes pour régler les problèmes marginaux de plusieurs institutions en matière de management. S'agissant de recherche, les fusions sont également connues pour

diminuer significativement la créativité de groupes fusionnés qui perdent souvent l'indispensable stimulation de la concurrence.

PLACER L'HUMAIN
AU CŒUR DES RÉFLEXIONS

Les réseaux constituent une alternative utile sous un certain nombre de conditions. La première, et la plus importante, est de prévoir un projet dont l'ambition globale est supérieure à celle que chaque entité peut imaginer réaliser seule. Ensuite, il est impératif de savoir faire confiance aux partenaires du réseau pour la réalisation et/ou le développement d'une partie du «grand projet». Chaque site est alors accepté comme «proche», parce que reconnu dans un domaine particulier dont il peut être fier, même s'il ne pratique pas l'ensemble des procédures spécialisées. Cela nécessite une gouvernance claire, non pas d'une administration pléthorique, mais la gouvernance d'un projet et de ses sous-projets. Chacun des acteurs doit pouvoir retrouver sa contribution et sa fierté, acceptant sans difficulté le contrôle du mandat qu'il a reçu. Les deux options, fusion ou réseau, ont un besoin impératif d'acteurs humains de très grande qualité. On devinera néanmoins que les qualités humaines nécessaires à mener à bien une fusion, basée sur l'autorité (structure pyramidale), sont sensiblement différentes de celles qui font vivre un réseau, basé sur le leadership (structure plus horizontale). Ces constats affirment, s'il en était besoin, l'importance de l'humain.

En 1978, j'ai commencé ma formation postgrade dans ce qui s'appelait encore le service de chirurgie de l'hôpital cantonal. Ce service était dirigé par deux professeurs qui supervisaient quasi toute la chirurgie, hormis l'urologie, la neurochirurgie et la chirurgie osseuse.

TOO SMALL TO SUCCEED

HÔPITAUX
UNIVERSITAIRES
EN SUISSE

POINT DE
VUE PARDr Philippe Eggmann
Président de la svimOPINION
DOC MAG SEPT 2021

LE CHIFFRE

550 000

le canton de Vaud plafonne le revenu brut annuel d'un médecin cadre à 550'000 francs



PEUT-ON SE
PERMETTRE LE
MAINTIEN DE
DEUX HÔPITAUX
UNIVERSITAIRES
À 60 KILOMÈTRES
DE DISTANCE

Ou sommes nous aujourd'hui? Je prie le lecteur de consulter les organigrammes des différents services du CHUV et des HUG. Par exemple, la chirurgie viscérale à Lausanne est dirigée par cinq professeurs, auxquels il faut ajouter des médecins adjoint-e-s et chef-f-s de clinique. A l'instar de toutes les spécialités médicales ou chirurgicales, il y a quasi plus de médecins cadres que de médecins assistant-e-s! Il est bien normal que l'hôpital universitaire se développe pour répondre adéquatement à sa mission d'enseignement, de recherche et de traitement de maladies complexes et rares. Mais il faut aussi poser fondamentalement la question qui fait mal et peut heurter des egos professoraux: peut-on se permettre le maintien de deux hôpitaux universitaires à 60 kilomètres de distance, avec leur croissance arborescente et illimitée et la multiplication de sous-spécialités? Quel pays au monde peut se prévaloir d'une telle densité d'hôpitaux universitaires? Il y a, à mon sens, deux facteurs limitant cette croissance continue: la masse critique des patient-e-s «complexes» et, certes, le facteur financier. Le CHUV, ainsi dénommé depuis 1983, est aussi un hôpital de ville, traitant des pathologies courantes, pour une population de plus en plus âgée. Chaque service spécialisé est tenté d'appliquer le traitement de pointe à une population captive, de façon inappropriée, le volume de patientèle cible n'étant pas assez conséquent.

SUPPRESSION, FUSION OU PARTAGE?

Pendant combien de temps encore la Confédération et les cantons concernés pourront-ils se permettre de financer cinq hôpitaux universitaires? Car il s'agit aussi de rémunérer honorablement des médecins hautement qualifiés (le canton de Vaud plafonne le revenu brut annuel d'un médecin cadre à 550 000 francs). Inexorablement, le politique devra choisir entre supprimer un hôpital universitaire en le «réduisant» à un hôpital cantonal et contraindre à la fusion et au partage de spécialités, comme cela a été réalisé pour la chirurgie de la greffe ou tenté pour la neurochirurgie en Suisse romande.

M E R C I



www.enzed.ch
rue enning 6
1003 Lausanne