

COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

L'AI en souffrance

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

2

AVRIL
2000

Pour les patients souffrant d'arthrose:
**L'inhibiteur spécifique
de la COX-2 (COXIB) pour le
traitement moderne du rhumatisme**

VIOXXX[®]

(rofécoxibe, MSD)

1. **Spécifique¹**
2. **Efficace**
3. **Bonne tolérance**
4. **Simple**
5. **Avantageux**

Information médicale abrégée de VIOXXX[®] (rofécoxibe, MSD)
Avant de prescrire, veuillez consulter l'information détaillée contenue dans le Compendium Suisse des Médicaments. VIOXXX, un inhibiteur de la synthèse des prostaglandines avec sélectivité élevée pour la cyclo-oxygénase-2 (COX-2). **Indications:** Traitement symptomatique des inflammations et douleurs de l'arthrose. **Posologie:** Adultes: La dose recommandée est de 12.5 mg une seule fois par jour. Certains patients peuvent bénéficier d'une dose de 25 mg une fois par jour. La dose journalière maximale recommandée est de 25 mg. VIOXXX peut être pris avec ou indépendamment des repas. **Contre-indications:** Hypersensibilité à l'égard de l'un des composants du médicament. Allergies connues à l'aspirine ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens. **Précautions:** Insuffisance rénale ou hépatique sévère, hypovolémie, insuffisance cardiaque, grossesse et allaitement. **Effets indésirables fréquents:** Œdèmes des membres inférieurs, hypertension, diarrhée, épigastralgies, nausée. **Présentations:** Comprimés à 12.5 mg et 25 mg; 14, 56. Suspension orale 12.5 mg/5 ml et 25 mg/5 ml; 150 ml. Liste B. 1) Brooks P. et al., Interpreting the clinical significance of the differential inhibition of COX-1 and COX-2, Rheumatology 1999; 38: 779-788 © Marque déposée de Merck & Co. Inc., USA 11-2000-VOX-99-CH-17 J

**Prestation obligatoire
des caisses-maladie**

VRAIMENT 1x PAR JOUR

VIOXXX[®]

(rofécoxibe, MSD)

Spécifique. Efficace. Pratique.



MERCK SHARP & DOHME-CHIBRET SA
Schaffhauserstrasse 136 - 8152 Glättbrugg
Téléphone 01/828 71 11 - Fax 01/828 75 22
E-Mail: vioxx_ch@merck.com / www.msd.ch

Editorial

Le malaise de l'assurance invalidité

Après trente ans de vie paisible, l'assurance invalidité est touchée de plein fouet par les remous de la crise économique des années 90. Dépensière et dispendieuse pour les uns, pas assez sociale, trop lente et trop pingre pour les autres, l'AI est prise dans la tourmente d'un conflit classique opposant les attentes sociales de la gauche et les inquiétudes financières de la droite. Cependant, il serait simpliste de réduire les problèmes actuels de l'AI à son aspect financier. Les difficultés rencontrées par l'AI sont plus profondes et elles reflètent aussi le malaise de notre société, malaise auquel la médecine n'échappe pas.

Le formulaire de demande d'AI faisant partie de la pratique de tous les médecins, chacun s'est progressivement forgé une idée personnelle de l'AI et de ses tâches. Mais quels sont les vrais problèmes? Pour tenter d'éclaircir le débat, nous avons demandé leur avis à plusieurs personnes qui pratiquent l'assurance invalidité au quotidien. Sans avoir l'ambition d'apporter des réponses précises, ce dossier a surtout pour objectif de définir les données réelles de la question et de suggérer, peut-être, quelques issues.

D^r M. Burnier

AI: réagissez!

Nous savons à la SVM que l'AI suscite des réactions de votre part. C'est l'occasion de nous les faire connaître, soit à notre adresse: SVM, CP 76, 1010 Lausanne, soit via e-mail: secgen.svm@com.mcnet.ch, avec mention «AI réactions» dans l'objet. Le CMV se réjouit d'ouvrir ses colonnes, de susciter ce débat et de prolonger ce dossier dans un futur numéro.

Prochaines parutions:



N° 3/00
8 mai 2000
(délai rédactionnel:
10 avril 2000)

N° 4/00
26 juin 2000
(délai rédactionnel:
29 mai 2000)

Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

L'invalidité au cœur
de la tourmente
Invalidité: s'appuyer sur le
modèle de la complexité
Le délicat passage
du médecin traitant à celui
de médecin-expert
Ne tirez pas
sur l'assurance invalidité!

12

Courrier

Assurances
complémentaires: diverses
contributions

15

Le coin du banquier

17

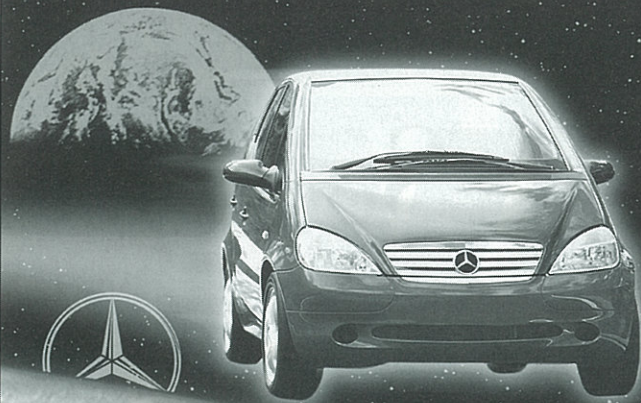
Communiqués

La stérilisation
au cabinet médical

19

Calendrier
médical vaudois

Mercedes-Benz Classe A



dès **Fr. 25'750.- net**
y compris 4 airbags, ABS, ESP, etc.
Garantie 3 ans et services gratuits jusqu'à 100'000 km.

Garage de l'Etoile SA

Lausanne-Renens, route de Cossonay 101, tél. 021/633 02 02

Garage Auto-Rives SA

Morges, rue de Lausanne 45, tél. 021/804 53 00



Garage de la Riviera SA

La Tour-de-Peilz, route de St-Maurice 233, tél. 021/977 05 05

Garage de la Plaine

Yverdon-les-Bains, rue de la Plaine 65, tél. 024/423 04 64

B

BIOTOP

2000 SA

*Le Numéro 1
de l'occasion
médicale
en Suisse!*

ACHAT, VENTE, ÉCHANGE

- Mobilier médical et hospitalier
- Diagnostic
- Laboratoire
- Echographie
- Lasers
- Bloc opératoire
- Anesthésie
- Endoscopie
- Radiologie
- Instrumentation
- Etc.

**Demandez notre liste d'articles
Soumettez-nous votre offre
Visitez nos 300 m² d'exposition**

BIOTOP 2000 SA

Champs-Courbes 1 • CH-1024 Ecublens
Tél. 021/691 22 12 • Fax 691 44 11
E-mail: biotop@worlcom.ch

Préparation: à la demande.

Résultat:

corsé.



medipa

CAISSE DE FACTURATION SA
Au service de votre cabinet

MEDIPA Caisse de facturation SA
Case postale 41, 1037 Etagnières
Tél. 021 731 41 28
Fax 021 731 37 11
www.medipa.ch

Peu importe la façon dont vous nous remettez vos informations – sur papier ou support électronique: Nous traitons vos données avec tout le soin qui s'impose et comme vous le souhaitez. Le résultat est convaincant. Car les prestations de Medipa c'est tout sauf du déjà vu. Choisissez parmi les variantes:

Feuille de prestations ou MedPen, l'administration du cabinet sans ordinateur personnel. D'autres formules sont également à votre disposition: facturation électronique, taux d'intérêts rémunérés, factoring ou encore garantie de recouvrement ainsi que de nombreuses interfaces pour logiciels tiers.

Testez-nous. Nous vous invitons pour le café.

Dossier

L'invalidité au cœur de la tourmente

Amorcée dès la fin des années 80, la crise économique a touché de plein fouet notre pays, tant par son intensité que par sa durée. Comme chacune des assurances sociales, l'assurance invalidité (AI) n'a pas échappé à la tourmente.

Cependant, malgré le refus de la 4^e révision de la LAI en juin 1999 par référendum populaire, les préoccupations de la population et des politiciens ne durèrent guère plus longtemps que celles d'une brève campagne focalisée sur les économies à réaliser, en particulier par la suppression du quart de rente.

De plus, la sensibilisation à la problématique de l'invalidité ne déclencha pas de réactions comparables à celles observées pour l'assurance maladie, l'assurance chômage ou l'assurance maternité! Pourtant, plus encore que les années précédentes, le mécontentement se fait entendre ici ou là.

Des avis très divergents

Certains estiment en effet que des prestations sont distribuées sans discrimination à des simulateurs ou à des personnes qui sauraient profiter du fonctionnement des institutions sociales en tournant le dos prématurément au monde du travail. D'autres font état d'une trop grande générosité, voire même de la complaisance de certains médecins à l'égard de leurs patients menacés dans leur poste de travail ou ayant perdu leur emploi. D'autres encore s'insurgent contre les services sociaux communaux qui adressent les chômeurs en fin de droit et les marginaux à l'AI pour l'obtention d'une rente afin de ne pas grever plus encore leur budget. Parlons aussi de ceux qui s'indignent à la vue de certaines entreprises qui, sous prétexte de restructuration, n'hésitent pas à pousser les moins performants et les préretraités vers l'AI et qui se donnent bonne conscience en les faisant bénéficier d'une couverture sociale à laquelle ils ont contribué financièrement.

A l'opposé, la population «invalidée» et les associations d'entraide estiment que les prestations sont insuffisantes

et trop difficiles à obtenir, tant la procédure est lente et complexe.

Une situation critique

Or de 1990 à 1998, les dépenses de l'AI ont doublé pour atteindre 8 milliards, alors que les recettes furent insuffisantes pour combler le déficit croissant de ces dernières années. Malgré un transfert de 2,2 milliards du compte des allocations pour perte de gain, le déficit de l'AI s'est élevé à 700 millions en 1998 et de nouvelles sources de financement devront rapidement être trouvées pour répondre à la demande. Le malaise est donc bien réel, mais face à cette évolution, l'économie et la politique restent bien muettes et la population semble se résigner au fatalisme...

Les bouleversements du monde du travail qui se poursuivent «à la hache», les changements démographiques ainsi que l'élévation de l'âge de la retraite chez les femmes ne feront que de rendre le problème de l'invalidité plus explosif. Sait-on si la riche Helvétie pourra assumer financièrement une progression rapide du nombre d'invalides alors que les conséquences sociales de ce phénomène demeurent totalement imprévisibles?

La primauté de la réadaptation sur la rente encore d'actualité?

Mise en vigueur en 1960, l'AI a eu pour but de modifier l'aide apportée aux invalides qui, jusqu'alors, avait essentiellement un caractère d'assistance. C'est ainsi que l'accent fut porté sur une *meilleure intégration* des handicapés atteints d'une infirmité congénitale, un accident ou une maladie, grâce à des mesures visant à les insérer professionnellement dans le monde économique, à l'instar des bien-por-

Jeudi de la Vaudoise

27 avril 2000

Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

Pharmacologie clinique

Organisateurs: Professeur Jérôme Biollaz et Dr Thierry Buclin, MER
Modérateur: Dr Gérard Waeber, MD

- 9 h-9 h 30 Pour une culture de la prescription
Dr Etzel Gysling
- 9 h 30-10 h Pharmacothérapie en pratique privée: feedback de l'hôpital
Dr Thierry Buclin, MER
- 10 h-10 h 30 Pause.
- 10 h 30-12 h Séminaires interactifs:
1. Interactions inattendues
2. AINS et reins
3. Antigrippaux: évaluation critique
Tuteurs: Professeur Jérôme Biollaz, Drs Thierry Buclin, MER, Jules Desmeules, PD, Etzel Gysling, Philippe Rouso, D^{resses} Monica Cosma, Valérie Piguet. #

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

tants. L'AI consacrait ainsi la primauté de la réadaptation professionnelle sur la rente. Ce fut une avancée considérable dans notre Etat social, qui bénéficia d'une conjoncture économique florissante jusqu'à la fin des années 80. De plus, le manque de bras nécessaires à garantir la croissance offrait des possibilités d'emploi à tout un chacun.

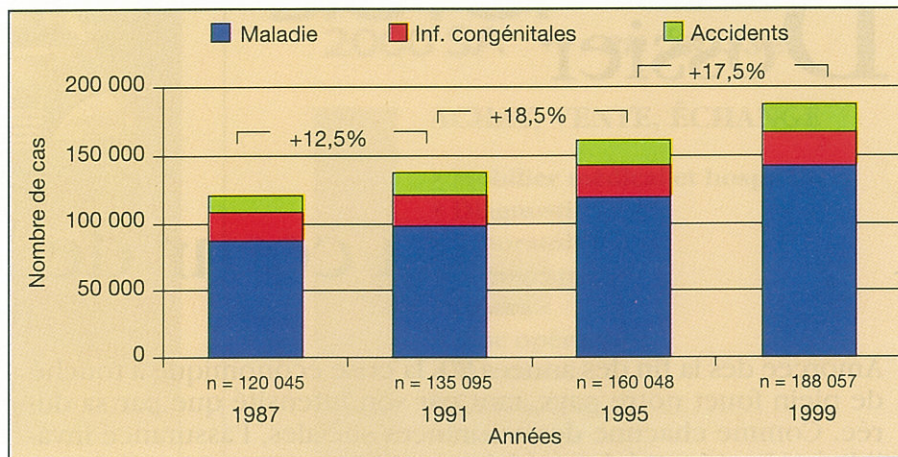
Force est de constater que, dès l'émergence de la crise en 1991, l'AI n'a plus été en mesure de pourvoir à l'insertion professionnelle des handicapés tant le flot des personnes n'étant plus à même de remplir les nouvelles exigences du marché de l'emploi se fit grossissant.

La recherche effrénée des profits aboutit à l'exclusion des plus vulnérables

En effet, les conditions qui régissent le nouveau monde du travail (compétition, performance, évolutions technologiques, mutations, insécurité, surmenage, épuisement, etc.) sont autant de facteurs capables d'engendrer des effets néfastes sur la santé, notamment sous forme de troubles de l'humeur, de somatisations douloureuses et d'altérations des conduites. Ainsi, la recherche effrénée des profits et la rude concurrence entre les entreprises, y compris dans les institutions d'Etat, exercent une pression de sélection indéniable aboutissant à l'exclusion des plus vulnérables qui n'auront alors guère d'autre solution que de chercher refuge auprès de l'AI. Cependant, il n'est pas certain que ces personnes forment à elles seules le contingent des «nouveaux invalides».

Ainsi que le montre la figure 1, le nombre d'invalides domiciliés en Suisse avec rente AI est passé de 120 045 en 1987 à plus 188 000 cas en 1999 (+57%). A cela s'ajoutent 36 000 invalides bénéficiaires d'une rente qui vivent à l'étranger. Or, il apparaît que la progression a été plus forte dans les quatre ans qui ont suivi le début de la crise (1991-1995) que durant les quatre années précédentes (18,5% vs 12,5%), et que malgré la réduction de plus de

Figure 1: Evolution du nombre d'invalides avec rente AI selon le type d'atteintes à la santé entre 1987 et 1999



50% du nombre de chômeurs depuis 1997, la progression du nombre d'invalides avec rente est restée stable (17,5%).

Au 1^{er} janvier 1999, la proportion d'invalides au bénéfice d'une rente dans la population active s'élevait en moyenne à 4,2%, soit une augmentation d'un point depuis 1992, ce qui est considéré comme une croissance considérable. Les disparités cantonales de proportion d'invalides, qui oscillent entre 2,9 et 7,2%, ne sont que partiellement expliquées par des facteurs rationnels. A titre d'exemple, Nidwald et Bâle-Ville se situent aux extrêmes, alors que Vaud, avec ses 4,9%, ce qui représente près de 18 000 invalides avec rente, occupe le 5^e rang des cantons à plus fort taux d'invalides, suivi de près par Fribourg et Genève.

10% d'invalides chez les hommes de 50 ans et plus!

La proportion d'invalides bénéficiaires d'une rente croît en fonction de l'âge, pour atteindre au-delà de 50 ans 10,6% chez les hommes et 7,5% chez les femmes, celle-ci étant même voisine de 20% chez les hommes de plus de 60 ans. Les données statistiques disponibles ne font nullement état du risque d'invalidité selon l'âge et les catégories socioprofessionnelles, ce qui pourrait être déterminant à un moment où l'on vient de relever l'âge de la retraite chez les

femmes et où l'on propose de fixer un âge de la retraite à la carte.

Une inadéquation évidente

Quand bien même les instances de l'AI se félicitent d'un taux élevé de la réadaptation professionnelle des personnes invalides qui atteint 80% dans les cas d'accidents, 70% dans les cas de maladie et 50% en cas d'infirmités congénitales, force est de constater qu'en 1998 les mesures professionnelles n'ont été jugées appropriées que dans 15% des 112 879 demandes d'instruction par les Offices cantonaux AI. S'il est réjouissant d'observer un taux d'octroi élevé chez les jeunes, le tableau 1 démontre que ce taux chute à 18% dans la classe d'âge moyenne et qu'il n'est plus que de 2% au-delà de 50 ans. Le principe de primauté de la réadaptation sur la rente n'est à l'évidence plus guère plausible à l'heure actuelle pour la majorité des demandeurs de prestations AI âgés de plus de 30 ans. Cette affirmation se trouve renforcée par le fait que si, en chiffres absolus, les personnes de plus de 60 ans représentent le plus grand risque de devenir invalides, celui des 30 à 44 ans représente le risque qui a augmenté de la manière la plus marquée au cours de ces dix dernières années.

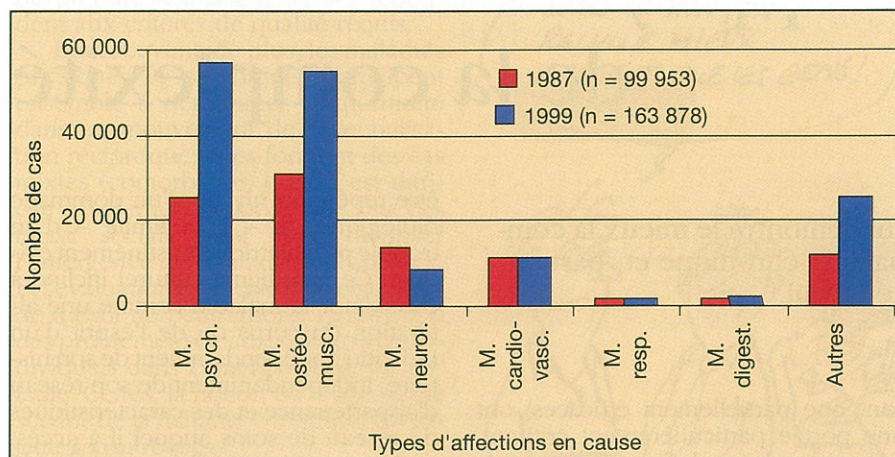
Maladies invalidantes et troubles somatoformes douloureux: quelle évolution?

Malheureusement, les données statistiques administratives et médicales de l'AI demeurent insuffisantes pour gérer de manière appropriée le flux des invalides et cerner les caractéristiques des «nouveaux invalides». Cependant, selon les publications annuelles de la Section statistique de l'OFAS, il apparaît qu'en 1999, 75% des octrois de rente furent la conséquence d'une maladie, suivis par les infirmités

Tableau 1: Octroi des mesures professionnelles selon les classes d'âge en 1998

Age	Mesures d'instruction	Mesures professionnelles	% octroi des mesures professionnelles
30 ans	13 901 (12%)	7552 (46%)	54%
30-49 ans	44 779 (40%)	8087 (49%)	18%
50-61/64 ans	54 199 (48%)	846 (5%)	2%
Total	112 879 (100%)	16 485 (100%)	15%

Figure 2: Evolution du nombre d'invalides avec rente AI pour causes de maladie et accidents entre 1987 et 1999.



congénitales (14%) et les accidents (11%), ces taux étant respectivement de 72%, 18% et 10% en 1987.

La figure 2 démontre que parmi les types d'atteintes à la santé ayant pour origine les accidents et la maladie, seules les affections psychiques et ostéomusculaires rendent compte de la plus forte augmentation des causes d'invalidité, alors que l'on ne constate aucun changement significatif pour les maladies cardiovasculaires ni respiratoires. Cependant, sur la base des données publiées, il n'est pas possible de déterminer l'incidence annuelle des nouveaux invalides pas plus que leur âge d'entrée en invalidité ni la durée moyenne de l'octroi d'une rente.

Le dos, siège de tant de souffrances

Par ailleurs, il est plus que regrettable que l'AI n'ait pas encore abandonné sa nomenclature médicale obsolète pour la remplacer, par exemple, par la classification internationale des maladies de l'OMS (CIM-10), à l'instar des hôpitaux et d'un grand nombre d'institutions de soins. De ce fait, il n'est guère possible de dresser l'épidémiologie des affections à haut risque d'invalidité. Certes, le nombre d'affections psychiques dites *troubles réactifs du milieu* ou *psychogènes* a augmenté par rapport aux psychoses et schizophrénies, ce qui plaide en faveur de notre hypothèse d'une pression de sélection sur les plus vulnérables psychiquement en les excluant du monde du travail. De plus, la nomenclature des affections ostéomusculaires est encore plus inadaptée pour saisir le type d'affections du dos en cause. C'est ainsi qu'aucune information fiable ne peut être extraite de ces statistiques pour chiffrer la prévalence des troubles dits «somatoformes douloureux», dont l'importance et la signification mériteraient pourtant d'être évaluées, tant ils sem-

blent être à l'origine de la forte augmentation du nombre d'invalides.

La souffrance à l'origine de la douleur?

Notre expérience de la pratique d'expertises médicales pour les assurances sociales nous montre que, conformément aux critères de la CIM-10 ou du DSM-IV, un tel diagnostic est retenu dans près de 60% des expertises. Or, cette entité complexe, qui traduit en termes de douleurs non objectivables la souffrance du patient, ne peut se satisfaire d'une étiquette de «surcharge psychogène» ou de névrose d'assurance. L'émergence croissante d'un tableau clinique de ce genre est souvent ressentie de manière dramatique tant par la personne touchée que par son entourage.

La manière dont une société organise le travail, les conditions de travail et le temps libre devrait être source de santé et non de maladie

Cette entité frappe généralement par le jeune âge des personnes qui en sont atteintes, par l'état de régression parfois massif dont elles sont l'objet et par l'échec ou le peu d'efficacité des mesures thérapeutiques proposées, qu'elles soient antalgiques ou antidépresseurs. Fréquemment, on observe une trajectoire de vie jalonnée de carences affectives et de maltraitance subie dans le jeune âge. A cela s'ajoutent des troubles de personnalité qui les fragilisent dans leur capacité à surmonter les difficultés existentielles. De plus, dans bon nombre de cas, la cassure intervient après vingt à trente ans d'un travail pénible débuté précocement.

D'autres facteurs socioculturels sont également invoqués pour tenter

de comprendre l'absence de désir et/ou de projets de retour dans le monde du travail, le taux élevé d'échecs des stages d'observation professionnelle et les raisons qui sous-tendent leur attente de prestations financières à titre compensatoire. Nouveau par son ampleur, ce syndrome représente-il un risque réellement assuré par l'AI? Le débat est ouvert et la jurisprudence demeure ambiguë, tant les avis médicaux aussi bien que sociaux divergent. L'absence d'études épidémiologiques et interventionnelles chez ce genre de patients ne permet malheureusement pas d'y voir plus clair!

Décrit par certains comme une crise existentielle abusivement médicalisée, le *trouble somatoforme douloureux* évoque pour d'autres la nécessité faite à certains individus, a priori guère plus malades que les autres, d'endosser un diagnostic psychiatrique sous contrainte de la crise économique, pour se voir reconnu dans leur droit existentiel. D'autres encore y voient une moins bonne tolérance des personnes fragiles psychologiquement par le monde du travail. Faut-il dès lors redéfinir les normes psychologiques par rapport aux exigences économiques et que les médecins en soient les exécutants? Certainement non, mais il appartient au médecin de ne pas nier la souffrance du patient, sous prétexte qu'elle n'est pas objectivable par les moyens techniques disponibles ou qu'elle n'est pas explicable sur la base des connaissances psychopathologiques actuelles.

En revanche, il faut admettre que si des progrès sont nécessaires pour améliorer la prise en charge de ce type d'affection dans une optique palliative plutôt que curative, la rente AI ne saurait être proposée comme une issue thérapeutique de choix. Enfin, il serait utile que politiques, économistes et autres décideurs se réfèrent à la Charte d'Ottawa qui, en 1986 déjà, affirmait dans son document fondateur de la promotion de la santé moderne: «*La manière dont une société organise le travail, les conditions de travail et le temps libre devrait être source de santé et non de maladie.*»

Dans l'attente de ces jours meilleurs, nul doute que s'imposera sous peu la nécessité d'une refonte globale – et non pas segmentaire – de notre système de sécurité sociale, dans l'optique de couvrir au mieux les risques nouveaux induits par les bouleversements socio-économiques et démographiques auxquels nous ne pourrions échapper.

Professeur R. Darioli,
D^r J. Perdrix

Centre de médecine des assurances
Policlinique médicale universitaire

Invalidité: s'appuyer sur le modèle de la complexité

C'est le modèle biopsychosocial qui démontre le mieux la complexité dans le traitement de la maladie chronique et, partant, dans l'évaluation de l'incapacité de travail.

Pour comprendre une maladie chronique et en évaluer les conséquences, il convient d'adopter le point de vue de la complexité. On évitera ainsi non seulement de tomber dans le réductionnisme de la seule approche biomédicale, mais on pourra aussi valoriser les ressources des patients; l'apport du modèle biopsychosocial semble donc le mieux adapté pour introduire la dimension de la complexité dans le traitement de la maladie chronique et dans l'évaluation médicale de l'incapacité de travail.

Un bouleversement vital considérable

Les maladies chroniques invalidantes, face auxquelles les étonnantes ressources actuelles de la médecine ne

sont que partiellement efficaces, ont une portée particulièrement critique. Critiques, ces maladies le sont non seulement en raison du bouleversement profond qu'elles introduisent dans la vie du sujet (coûts humains), mais aussi en fonction des conséquences qu'elles déterminent sur la compétence sociale du sujet, en particulier sur sa capacité de travail et sur l'économie (coûts pour les soins, invalidité).

La maladie chronique, fléau moderne

Alors que l'espérance de vie a augmenté ces dernières décennies, le nombre de patients souffrant de maladies chroniques a aussi augmenté et va continuer d'augmenter¹. Ces patients chroniques dont, d'une manière dramatique, le sort ne peut être que partiellement amélioré par la médecine, restent souvent très dépendants des services médicaux et doivent être pris en charge par les assurances sociales, de plus en plus sollicitées. Nous nous trouvons dans un temps de restrictions financières, où il devient nécessaire d'adapter le plus efficacement possible les prestations du système de santé et du système d'assurances sociales aux ressources existantes tout en respectant les besoins et en garantissant les droits de cette population. Dans le climat actuel, en même temps que les discussions autour de la définition de l'invalidité et de sa prise en charge par les assurances se réactivent, on a parfois le sentiment que la protection des malades chroniques invalides demeure problématique.

Le malade chronique, corps et âme

Un paradigme culturel largement partagé par les professionnels de la santé, par les assurances, par l'administration fédérale et par les décideurs en matière de politique de santé pose que l'essentiel de la maladie doit

être repéré au niveau d'un dommage biologique ou – à la limite – d'un trouble psychiatrique obstinément évident. Ce paradigme culturel incline à considérer la maladie comme une altération du corps ou de l'esprit d'un individu, indépendamment de son histoire, indépendamment de son réseau d'appartenance et des caractéristiques du réseau de soins auquel il a accès.

Nous postulons d'une part que la maladie – que l'on cherche à décrypter sa pathogénèse, à analyser son évolution et ses répercussions sur la compétence professionnelle, ou encore à développer les moyens thérapeutiques les plus aptes à la soigner – est intrinsèquement coextensive d'un certain contexte. Nous postulons d'autre part qu'elle s'inscrit de façon indissociable dans l'horizon historique d'un processus de vie. En nous référant à l'épistémologie systémique, nous pouvons affirmer, avec L. Onnis², que la caractéristique fondamentale de la maladie est d'être un point d'intersection douloureux entre facteurs biologiques, psychologiques et sociaux, croisement entre nature et culture, où la manifestation biologique, en s'inscrivant dans un corps «vécu», et donc sujet d'histoire, devient elle-même historicisée et historicisable». Le symptôme ne devient vraiment décodable et compréhensible dans son surgissement ou sa stabilisation que si l'on a la possibilité de l'observer dans le contexte et la trame historique au sein desquels il apparaît. L'expérience montre donc que ce n'est pas la seule altération biologique qui détermine une incapacité de travail, mais la convergence de plusieurs facteurs de risque.

Quelques sujets de controverse

Alors que la conceptualisation de l'approche biopsychosociale de la maladie a été acceptée, sa mise en application dans l'évaluation de l'invalidité est encore sujette à controverse. En effet, le monde médical et les instances sociales auxquelles les médecins doivent répondre, notamment lorsqu'ils doivent évaluer les répercussions de la maladie, rencontrent encore des difficultés à intégrer les différents paramètres du modèle biopsychosocial pour évaluer des maladies chroniques



**AVENUE DE LA GARE
LAUSANNE**

**SURFACES/BUREAUX
de 60 à 300 m²**

Convientraient particulièrement pour
cabinets médicaux et dentaires.

Prix intéressant.

Places de parc à disposition.

Date d'entrée: à convenir.

Une visite s'impose!



COFIDECO SA
Agence immobilière
Pl. de la Palud 7, 1003 Lausanne

Tél. 021/311 32 42

invalidantes et pour permettre à l'AI de prendre des décisions qui répondent aux critères de qualité requis.

Bien souvent, de plus, les maladies physiques et psychiques participent ensemble à déterminer la morbidité dans un mouvement de potentialisation réciproque; elles forment des cas mixtes (comorbidité) dont il est difficile d'isoler les composantes. Une détresse sociale peut aussi favoriser l'émergence des maladies chroniques. Et l'évaluation médicale de l'incapacité de travail ne peut ignorer l'intrication des problèmes sociaux aux facteurs individuels dans l'émergence de la maladie. Certes, la notion de *composante sociale* de la maladie chronique est sujette à controverse.

Le chômage et la pauvreté sont-ils des «maladies»?

La précarité socio-économique, le paupérisme, le chômage, par exemple, doivent-ils être «pathologisés»? Ces questions exigent des réponses nuancées qui mettent ces phénomènes en relation avec les multiples composantes de la situation biopsychosociale du sujet. Des facteurs sociaux dommageables peuvent, à différents degrés, contribuer à diminuer l'aptitude du patient à faire face à la maladie et interférer avec l'accès aux soins, soit dans le sens d'une consommation exagérée, soit dans le sens d'un renoncement.

Ce renforcement réciproque de pathologies différentes, que nous rencontrons fréquemment dans notre pratique, fait problème aujourd'hui du point de vue des assurances, qui ont besoin, pour décider d'allocation de ressources aux invalides, de critères clairs.

La comorbidité psychiatrique

La comorbidité psychiatrique, en raison de sa fréquence, joue un rôle significatif dans le développement de l'invalidité. Une pathologie psychiatrique, même légère, modifie considérablement le mode de réponse du sujet à la maladie et son ajustement sur le plan social et professionnel³.

La morbidité psychosociale est spécialement importante chez les patients souffrant d'une maladie chronique. Il existe une relation importante et significative entre la morbidité physique et psychiatrique, et entre la comorbidité et l'utilisation du service de santé.

Cependant, la détresse psychologique est souvent sous-estimée par les médecins. La comorbidité psychiatrique des patients expertisés est élevée. Une importante étude multicen-



trique de Ormel *et al.*⁴ montre que la présence de symptômes psychopathologiques, dans le collectif étudié, est uniformément associée à une augmentation de l'invalidité.

Il y aurait donc, de façon générale, une excellente correspondance entre la psychopathologie et l'invalidité. Par ailleurs, l'amélioration des symptômes psychiatriques est associée à des changements correspondants sur le plan de l'invalidité. Les patients, dont les symptômes psychiatriques demeurent chroniques, deviennent aussi plus fréquemment invalides. Or, la vulnérabilité psychique peut interférer avec l'évolution clinique de ces malades, avec leur adaptation sociale et leur capacité de travail.

Les dangers de l'arbitraire

L'étude de la littérature et notre expérience montrent que pour comprendre une maladie, il convient d'adopter le point de vue de la complexité. Ce point de vue évite non seulement de tomber dans le réductionnisme de la seule approche biomédicale, mais permet aussi de valoriser les ressources thérapeutiques qu'une vision trop réductrice risque d'occulter.

En évoquant le poids particulier de la maladie psychiatrique dans la genèse de l'invalidité au sens large, il convient de souligner combien il est nécessaire que la reconnaissance d'une invalidité, dans certains cas, s'opère par la reconnaissance d'une

comorbidité psychiatrique. Les patients souffrant de maladies chroniques invalidantes sont des malades que l'éthique du médecin et de l'expert impose d'évaluer et de soigner dans leur complexité. Cette attention à la complexité est l'une des conditions qui, dans le champ de la médecine, permet à la démarche cognitive d'évaluer au plus près son «objet», à savoir le sujet malade. La nécessité d'inscrire un symptôme ou une maladie dans une logique complexe n'autorise personne, et encore moins l'expert, à opérer des simplifications réductrices qui amèneraient à des évaluations arbitraires et éventuellement injustes.

D^r M. Vannotti, MER, PMU

Bibliographie

¹ Vannotti M., Stiefel F., Célis-Gennart M.: «Les maladies chroniques invalidantes à l'épreuve d'une perspective de la complexité». In: Darioli R. (Ed.): *L'invalidité en souffrance*. 1999, *Cahiers Médico-sociaux*.

² Onnis L.: «Fonction soignante et évolution de la maladie. La chronicité des troubles psychosomatiques à l'épreuve d'une perspective de la complexité». In: Vannotti M., Celis-Gennart M., Eds Malades et familles: *Penser la souffrance dans une perspective de la complexité*. 1997, Hans Georg Ed., Genève.

³ Vonkorff M., Ormel J., Katon W., Lin EHB: «Disability and depression among high utilizers of health care: a longitudinal analysis». *Arch. Gen. Psychiatry* 1992, 49: 91-100.

⁴ Ormel J., Vonkorff M. *et al.*: «Common mental disorders and disability across cultures: Results from the WHO collaborative study on psychological problems in general health care». *JAMA* 1994, 272: 1741-1748.

GAIN DE TEMPS, GAIN D'ARGENT, PLUS D'INDÉPENDANCE

Gestion de cabinet médical: facturation, rappels, statistiques...

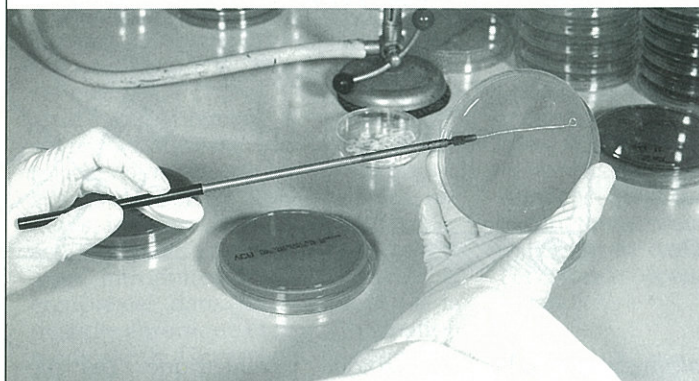
- ☺ **GALIEN**, solution informatique performante, conviviale et rapide
- ☺ **GALIEN**, coût de revient modeste, indépendant du chiffre d'affaires
- ☺ **GALIEN**, à tout point de vue, le meilleur choix!

Prenez le temps d'une démonstration

contactez M. R. Chapuis ou rencontrez-nous sur le stand 1205 à la halle 12
à Computer-Expo du 2 au 5 mai au Palais de Beaulieu, Lausanne

Axciel, ch. des Pignets 1, CP 153, 1028 PRÉVERENGES
Tél. 021/802 58 00 - Fax 021/802 58 01 - <http://www.axciel.com>

Notre métier ?



détection des maladies infectieuses
diagnostics en cytopathologie clinique
analyses biochimiques
analyses hématologiques
dosages immunologiques

L'aide au diagnostic.

Institut de biologie médicale et laboratoire de diagnostic microbiologique, Biomédilab vous offre une palette d'analyses très large. Cette polyvalence est le résultat cumulé d'années d'expérience dans différents domaines, qui nous ont permis d'acquérir une reconnaissance pour l'ensemble de nos activités.



Biomédilab - Microbion
Institut de biologie médicale
et laboratoire de diagnostic microbiologique

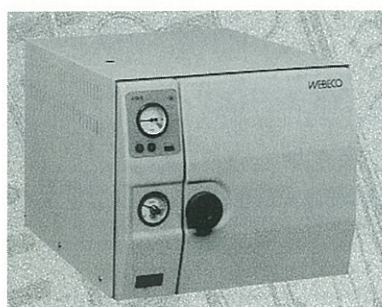
4, avenue Tissot - 1006 Lausanne - Tél. 021 / 321 40 00

cm Genève

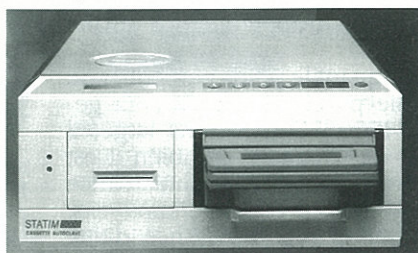


S.A.

MARCEL BLANC-CIE



Confiance - Continuité



La nouvelle gamme d'autoclaves conformes aux normes, classes N, S ou B classiques **WEBECO** ou «à cassette» **STATIM-S**

Avec le service après-vente
...qui va avec!
Entretien annuel sur contrat!

En Budron C 2
1052 Le Mont-sur-Lausanne
Tél. 021/654 30 80 - Fax 021/652 44 10
E-mail: mblanc@worldcom.ch
Internet: marcel-blanc-cie-sa.ch

Le délicat passage du médecin traitant à celui de médecin-expert

L'augmentation des demandes de rente, de la part d'adultes souvent jeunes encore, reflète probablement des changements dans les habitudes de recours aux prestations de l'AI, en rapport avec la crise du début des années 90. Alors qu'elle émanait le plus souvent du médecin, la demande est suggérée fréquemment aujourd'hui par des instances non médicales, services sociaux, l'ORP, voire l'employeur, témoignant de l'extension de la notion d'invalidité, et plaçant dans l'embarras le médecin chargé de remplir le certificat médical.

À l'évidence, les interrogations autour de la définition de l'invalidité, en rapport avec les changements intervenus dans la société depuis la conception de l'AI, méritent un large débat, qui dépasse le cadre médical.

En attendant que soient apportées à la loi et aux règlements les modifications souhaitées pour les adapter aux conditions actuelles, force est de respecter les textes en vigueur si l'on ne veut pas créer d'autres injustices. La tâche des médecins-conseils de l'AI, chargés de juger, sur dossiers, si les conditions d'octroi de prestations sont remplies, n'est souvent pas aisée. Ils doivent s'accommoder de notions parfois floues, telles que «le travail raisonnablement exigible» ou d'entités nosologiques sujettes à interprétations comme le *syndrome somatoforme douloureux persistant*. Ils doivent faire la part du désir légitime du médecin traitant de venir en aide à son patient, et les exigences de l'équité à l'égard des autres assurés comme de la société.

L'importance du rapport médical initial

Afin de faciliter ce travail d'évaluation et d'éviter autant que possible les retards dans le traitement des demandes, il nous est apparu judicieux de rappeler ici quelques points importants concernant les rapports médicaux sur lesquels se base toute l'instruction des dossiers de l'AI.

Nous ne saurions trop insister sur l'importance du rapport médical initial, surtout s'il peut être rempli par le médecin traitant qui connaît son patient dans sa globalité et souvent dans son évolution au cours du temps. Ce rapport est déterminant pour l'appréciation du cas, et permet d'orienter correctement les éventuels compléments d'examen, expertises, évaluations ou

enquêtes nécessaires au choix des mesures qui peuvent être engagées, comme l'orientation professionnelle, la réadaptation ou la formation dans une activité adaptée. A ce propos, il faut rappeler qu'il n'est pas requis du médecin traitant qu'il se prononce sur la faisabilité concrète d'une réadaptation professionnelle, l'AI disposant de spécialistes ayant les connaissances nécessaires pour en juger.

En revanche, il manque assez fréquemment dans les rapports médicaux une description précise des *limitations fonctionnelles* qui justifient l'incapacité de travail dans la profession exercée. Cette appréciation devrait être aussi «objective» que possible, et fondée sur les éléments médicaux qui sont les seuls sur lesquels l'AI est habilitée

à se prononcer, contrairement à ce que l'on croit. Les éléments socioculturels, professionnels, économiques peuvent cependant être mentionnés dans l'anamnèse et être utiles à l'appréciation globale du cas.

Le jugement du médecin traitant est essentiel

C'est sur cette base que les médecins-conseils de l'AI, qui n'ont pas le droit d'examiner les patients, doivent se prononcer sur le degré d'incapacité de travail et, à défaut de renseignements clairs, demander des compléments d'examen ou des expertises, ce qui rallonge les délais de traitement des dossiers. Les rapports d'hospitalisation, les lettres et rapports de spécialistes sont souvent utiles pour préciser et étayer les diagnostics, mais le *jugement* du médecin traitant, qui s'appuie sur une connaissance globale de son patient et souvent sur une observation prolongée, donne fréquemment des indications plus utiles qu'une avalanche de documents et d'examen de laboratoire sans grand rapport avec la question de l'incapacité fonctionnelle qu'entraîne la maladie. Lorsque le médecin traitant ne peut vraiment pas se prononcer, il ne devrait pas



hésiter à proposer, à charge de l'AI, un examen médical complémentaire.

De même, lorsqu'il ne peut se prononcer sur le début d'une incapacité de travail, il devrait le mentionner, laissant le soin à l'AI de le déterminer. A propos d'incapacité de travail, il est rappelé que l'on demande au médecin de se prononcer sur son degré dans la profession exercée par le patient au moment de l'atteinte à la santé, mais que celle-ci ne correspond pas forcément au degré d'invalidité retenu, qui se base sur d'autres critères.

Le délicat passage du médecin traitant au rôle d'expert

La loi sur l'AI n'a pas prévu de faire examiner tous les requérants de prestations d'assurance par des médecins d'assurance, mais confie ce rôle d'«expert» au médecin traitant, ce qui n'est pas toujours facile à assumer. C'est dire l'importance de cette première appréciation et celle d'une prise en compte précoce de l'ensemble de la situation, avec ses composantes psychologiques et socioprofessionnelles. Trop souvent, malheureusement, on constate que cette approche intervient tardivement, après de nombreux examens qui n'ont fait qu'augmenter l'anxiété du patient et le renforcer dans son sentiment d'invalidité, d'autant plus que la prolongation de son arrêt d'activité lui

a fait perdre l'habitude et la motivation du travail. Passé une année d'inactivité, toutes les observations et expertises n'aboutiront qu'à constater cette incapacité (!) d'un individu à subvenir à ses besoins, et non à compenser ou réparer financièrement les avatars, injustices ou souffrances subis pendant la vie.

Nous espérons que ces quelques remarques serviront à améliorer la communication entre les médecins et l'AI et faciliteront le règlement de situations souvent difficiles et douloureuses.

*Dr Christian Allenbach
Office AI Vaud*

Les médecins de l'Office AI Vaud, praticiens exerçant à temps partiel, se tiennent à votre disposition si vous avez des questions ou des remarques à propos des aspects médicaux de l'AI.

Noms, prénoms des médecins de l'Office AI Vaud

Allenbach Christian
Burnier Denise
Fontannaz Jean
Leuzinger Rudolf
Leimgruber Benoît
Moser Jacques
Veraguth Anne
Vincent Antoinette

Jeudi de la Vaudoise

25 mai 2000

Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

Assécurologie: dialogue avec le médecin-conseil

Organisateurs: D^{rs} Emile Simon et Alfred Vaucher
Modérateur: D^r Charles Racine

9 h-10 h

1. Le médecin-conseil: sa fonction et ses limites dans le cadre de la LAMal
D^r Alfred Vaucher, médecin-conseil Helsana
2. Conseil médical auprès d'un assureur privé: rôle, contraintes et plasticité
D^r Emile Simon, médecin-conseil La Suisse Assurances

10 h-10 h 30

Pause.

10 h 30-12 h

Séminaires interactifs:

Experts: D^{rs} J.-R. Chiolero, B. De Senarclens, R. Larpin, P. Lavanchy, F. Rion, E. Simon, A. Vaucher, A. Veya.

Modérateurs: D^{resses} C. Bonard, Ch. Galland, D^{rs} Ch. Allenbach, M. Bonard, J.-P. Bussien, S. David, M. Junod, P. Mo Costabella, C. Racine.

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

*Revue de la
Société vaudoise de médecine*

Comité de la SVM

D^r Daniel Laufer, président
D^r Charles Alexandre Steinhäuslin,
vice-président
Professeur Alain Péroud
D^r Patrick Rosselet
D^{resse} Jacqueline Caillat
D^r Jean-Philippe Grob, secrétaire
D^r Charles-A. Favrod-Coune, trésorier

Comité de rédaction du CMV

D^r Michel Burnier
D^{resse} Jacqueline Caillat
D^r Charles-A. Favrod-Coune
D^r Daniel Laufer
D^r Carlos Lima
D^r Jean-Pierre Randin
D^r Patrick-Olivier Rosselet

Secrétariat général

P. A. Repond, secrétaire général
Inka Moritz, secrétaire générale adjointe

Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1, Case postale 76
1010 Lausanne 10
Tél. 021/652 99 12
CCP Lausanne 10-1500-5
Fax 021/652 32 21
E-mail: SecGen.SVM@com.mcnet.ch

Fondation

pour la garde médicale
S.O.S. - Médecin de garde
Tél. 021/652 99 32 (24 heures sur 24)

Abonnements de déviation
et de télécommunications au service
des médecins de la région lausannoise

Administration et rédaction

Case postale 76,
1010 Lausanne 10

Régie des annonces

Suisse romande:
Inédit Publications SA
Chemin des Jordils 40
Case postale 74 - 1025 Saint-Sulpice
Tél. 021/695 95 95
Fax 021/695 95 50

Réalisation

Inédit Publications SA

Ne tirez pas sur l'assurance invalidité!

Lors de son entrée en vigueur en 1960, l'assurance invalidité signifiait une forme de provocation en abandonnant le schéma habituel d'évaluation purement médicale pour considérer les effets sur la capacité de gain de l'atteinte à la santé.

Cette relation dite de causalité entre la diminution de la capacité de gain présumée permanente ou de longue durée et l'atteinte à la santé physique ou mentale représente le fondement de la législation sur l'assurance invalidité.

En conséquence de ce mécanisme – à l'époque nouveau pour notre pays – le législateur devait offrir aux assurés la possibilité de diminuer le dommage économique provoqué par l'atteinte à la santé en leur offrant des possibilités de réadaptation, la rente n'étant accordée que si les mesures de réadaptation n'atteignaient pas leur but ou n'avaient d'emblée aucune chance de succès. C'est donc la *capacité résultante de gain* constatée après d'éventuelles mesures de réadaptation qui est déterminante en matière d'octroi de rente et non le genre ou la gravité de l'atteinte à la santé.

Au cours de ces quarante dernières années, grâce à son dispositif législatif, l'assurance invalidité a permis une harmonisation de la prise en charge des personnes handicapées en Suisse, les prestations ne dépendant plus uniquement des règles cantonales.

La réinsertion, une panacée?

Au-delà d'une certaine unité de doctrine, il est certain que l'AI, par le truchement de ses prestations individuelles et collectives, a considérablement amélioré la situation des personnes handicapées en Suisse, mais aussi des organisations, établissements, associations, engagés dans la formation et l'occupation, l'aide et le conseil auprès des intéressés et de leurs familles. L'objectif constant, par la mise en œuvre de mesures médicales, professionnelles (orientation professionnelle, formation professionnelle initiale, reclassement professionnel, placement, formation scolaire spéciale, moyens auxiliaires et indemnités journalières), reste celui de l'insertion ou de la meilleure réinsertion

possible. Est-ce toujours une approche correspondant aux réalités actuelles?

Le monde économique a évolué, en particulier depuis le début des années 90. Le marché du travail, la structure de l'emploi se sont considérablement modifiés avec l'apparition du chômage et conséquemment d'un sentiment de précarité pour nombre de travailleurs. Il est probable que cette situation explique pour une part le recours augmenté à l'assurance invalidité par des personnes en difficulté (ce qui ne signifie pas l'octroi de rentes, comme expliqué plus haut). Il faut relever que le message de 1958 du Conseil fédéral, relatif au projet de loi sur l'assurance invalidité, établissait déjà que le champ d'application de l'AI devait être clairement circonscrit par rapport aux autres branches de la sécurité sociale.

Pas de confusion des genres

Cette définition limitative revêt aujourd'hui une importance croissante, en particulier dans la perspective de distinguer l'invalidité du chômage, de la dépendance de l'aide sociale ou de la maladie. L'AI n'a pas pour objet de se substituer aux autres régimes de notre sécurité sociale en intervenant en dehors du cadre légal qui est le sien, ce dernier impliquant l'existence d'une atteinte invalidante à la santé. En d'autres termes, les phénomènes de l'exclusion, du «mal-être», ne permettent pas – sauf modifications législatives profondes – une intervention de l'assurance invalidité. Il en est de même pour les difficultés liées à l'âge, au manque de formation, au marché de l'emploi.

Quelques considérations sur les dépenses: les mesures prises au cours de ces dernières années, en particulier par le truchement de l'augmentation du taux de la cotisation, n'ont pas suffi à assainir les finances. Certains font une relation immédiate entre la situation financière de l'AI et le coût des rentes, attribuant ce dernier unique-

ment aux effets de la situation économique. Il faut signaler que le nombre de rentiers est dû également à l'évolution de la société helvétique, par exemple aux changements dans les situations familiales mais aussi à la hausse de la rente moyenne suite à l'augmentation des revenus.

En présence de l'inflation des dépenses, l'Office fédéral de l'assurance sociale, en liaison avec les Offices AI, étudie et mettra en place de nouveaux instruments portant tant sur la gestion que sur l'examen des cas avec l'espoir, à terme, de maîtriser la courbe des dépenses, tout en maintenant la vocation de ce régime social.

Une chaîne de partenaires

En termes de volumes, l'Office AI pour le canton de Vaud a enregistré en 1998 plus de 7000 nouvelles demandes et 10 200 requêtes subséquentes, soit au total plus de 17 000 interventions. Pour traiter cette importante masse, l'Office AI est totalement dépendant de ses partenaires (assurés, médecins, employeurs, services sociaux publics ou privés, familles, autres assureurs, etc.) et l'examen des dossiers ne peut avancer que si chacun exécute sa tâche rapidement. Cela est une petite allusion aux délais que l'on attribue exclusivement à l'assurance...

Alain Porchet
Directeur Office AI Vaud

f i d u p e r
Fiduciaire personnalisée s.a.

Grand-Rue 92
1820 Montreux
Téléphone 021/963 07 08
Téléfax 021/963 14 07

Les cabinets médicaux
sont notre spécialité

Budget d'installation

Gestion comptable et fiscale

Décomptes salaire du personnel

Assurances sociales

Membre de l'Union Suisse des Fiduciaires

Courrier

Assurances complémentaires dans le domaine semi-hospitalier

Nous reproduisons ci-dessous différents avis sur cette question relancée par l'article du Dr B. Burri intitulé: «Assurances complémentaires. Modalités de fonctionnement «Wincare» dans le canton de Vaud», lequel avait été publié dans le *CMV* N° 8 de décembre 1999.

A propos d'assurance complémentaire

Monsieur le Secrétaire général,

C'est avec plaisir que nous recevons régulièrement votre journal qui traite de différents aspects, dont notamment des relations «médecins/assureurs». C'est toutefois avec une inquiétude non dissimulée que nous avons pris connaissance, dans votre *Courrier* N° 8/99, de l'article du Dr B. Burri concernant le produit d'assurance complémentaire de la Wincare.

Si les dispositions de la LAMal semblent autoriser, jusqu'à preuve du contraire, le droit pour les fournisseurs de soins de facturer un supplément lors d'hospitalisation en division privée ou semi-privée, la protection tarifaire, pour ce qui concerne les traitements ambulatoires qui comprennent les cas de semi-hospitalisation, ne souffre aucune exception.

Nous sommes donc surpris de constater l'appréciation qui est faite dans l'article sus-indiqué du produit offert par l'assureur de Wincare.

Par courrier séparé, nous intervenons auprès des organes faitiers pour que cette question, très importante, soit réglée une fois pour toutes. Si nous devons rencontrer une fin de non-recevoir pour résoudre cette question, la voie juridique devrait être utilisée pour fixer de façon impérative le droit inaliénable de la protection tarifaire prévue par les dispositions de la LAMal.

Au vu de ce qui précède et pour éviter toute difficulté entre médecins et assureurs, nous vous demandons de bien vouloir publier la présente lettre dans la prochaine édition du *Courrier du Médecin Vaudois*.

Nous sommes convaincus, comme vous le relevez dans votre article, qu'il

faut imaginer de nouveaux produits d'assurances afin de pouvoir garantir des soins de qualité et des niveaux de prestations élevés. Néanmoins, ces produits doivent respecter les dispositions légales.

Notre prise de position se veut constructive dans le but de garantir au

lecteur le maximum de transparence de l'information.

Dans cet esprit de franche collaboration, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Secrétaire général, nos salutations distinguées.

COSAMA

Robert Fuchs, vice-président
Vincent Claivaz, directeur

Factures supplémentaires pour traitement semi-stationnaire

Nous allons tenter de répondre à la question suivante: dans quelle mesure des factures supplémentaires peuvent-elles être établies en cas de traitement semi-stationnaire?

1. Conformité juridique de l'assurance «Médecin privé»

L'assurance complémentaire «Médecin privé», qui rembourse des prestations médicales complémentaires en cas de traitement stationnaire et semi-stationnaire, est assujettie à la Loi fédérale sur le contrat d'assurance (LCA). A ce niveau, Wincare est libre de concevoir ses produits comme elle l'entend: la LCA autorise en effet de telles assurances.

2. Conformité juridique de la facture supplémentaire

La protection tarifaire LAMal concerne exclusivement les prestations LAMal remboursées à titre obligatoire par l'assurance de base. Il est possible d'établir des factures supplémentaires pour les prestations com-

plémentaires (cf. l'ouvrage de A. Maurer: «Das neue Krankenversicherungsrecht», p. 81 et ss; 1996, chez Helbling & Lichtenhahn). En principe, cette règle est valable indépendamment du type de traitement, stationnaire ou semi-stationnaire. Pour ce qui est du traitement stationnaire, la possibilité d'établir des factures supplémentaires est incontestée; elle se justifie, entre autres, par le supplément de confort et/ou le choix du médecin lors d'un séjour à l'hôpital.

Le traitement semi-stationnaire dans la LAMal (cf. art. 41: prise en charge des coûts) et dans la jurisprudence s'aligne en grande partie sur le traitement stationnaire; en effet, la LAMal accorde également le droit de choisir l'hôpital (ou les installations semi-stationnaires), mais pas celui de choisir le médecin traitant. En conséquence, le libre choix du médecin et le suivi particulier qui en découle constituent des prestations complémentaires pouvant, le cas échéant, faire l'objet de factures supplémentaires.

Outre ces arguments purement juridiques, il convient également de prendre en compte l'avantage pour le patient: l'assurance «Médecin privé» de Wincare couvre indifféremment les prestations complémentaires de traitement stationnaire ou semi-stationnaire.

Cette égalité financière entre les deux types de traitement favorise, d'une part, des soins appropriés répondant aux besoins des clients. D'autre part, elle permet d'amoindrir l'attrait trompeur que provoquent à

l'heure actuelle ces traitements stationnaires coûteux.

Précisions encore que la distinction entre stationnaire et semi-stationnaire est en partie discutable et souvent infondée du point de vue médical comme économique.

Winterthur Assurances
Werner Kleinert
Etat-major d'affaire
de particuliers non-vie
Rainer Schellenberg
Responsable Managed Care
Bases & Projets

Semi-hospitalier et assurance complémentaire

Dans la livraison du *Courrier du Médecin Vaudois* du 8.12.1999¹, nous avons mis en exergue, à l'intention de nos collègues, les solutions novatrices des assurances complémentaires de Wincare, branche maladie de Winterthur. Celles-ci ont été élaborées en étroite collaboration avec la FMH, l'AMPS (Association des médecins principaux des hôpitaux suisses) et l'ASMI (Association suisse des médecins travaillant en cliniques privées) et introduites en Suisse alémanique depuis la fin de l'année 1998. Un point particulier des modules d'assurance complémentaire «Médecin privé» et «Hôpital confort» – il s'agit du fait que ces modules peuvent s'appliquer en cas d'hospitalisation et de **semi-hospitalisation** – a attiré l'attention d'autres assureurs maladie (cf. lettre de COSAMA du 29.12.1999).

Selon COSAMA, «*Si les dispositions de la LAMal semblent autoriser, jusqu'à preuve du contraire, le droit pour les fournisseurs de soins de facturer un supplément lors d'hospitalisation en division privée ou semi-privée, la protection tarifaire, pour ce qui concerne les traitements ambulatoires qui comprennent les cas de semi-hospitalisation, ne souffre d'aucune exception*». L'argumentaire de COSAMA repose sur une interprétation de M. F. Britt de l'OFAS du 15.7.1999, celle-ci faisant référence aux interpellations Rochat au Conseil des Etats (97.3056 et 97.057) du 4.3.1999².

Dans l'interpellation 97.057, notre confrère soulève les questions suivantes:

1. *Le Conseil fédéral estime-t-il justifié de régler à travers la LAMal et l'assurance de base le champ d'action des assurances complémentaires qui dépendent de la LCA?*

2. *Quelles raisons ont décidé le Conseil fédéral à restreindre le champ d'activité des assurances complémentaires aux seuls séjours hospitaliers dans des chambres privées, à l'exclusion des soins ambulatoires et des soins dans le domaine semi-hospitalier?*

3. ...

4. *En quoi la participation d'assurances complémentaires à la couverture complémentaire des frais de santé contrevient-elle aux principes de la protection tarifaire que garantit la LAMal à chacun?*

5. ...

La réponse du Conseil fédéral est la suivante (extraits):

1. *L'assurance de base et les assurances complémentaires sont régies par deux lois différentes (LAMal et LCA). Le législateur a clairement souhaité que les champs d'application de ces deux lois soient également distincts. La LAMal fixe un catalogue de ses prestations de base, le financement de cette assurance et bien entendu le domaine tarifaire s'y rapportant. Au-delà de ces prestations de l'assurance de base, la LAMal n'entre pas en ligne de compte et ne peut imposer des règles qui lui sont propres. Peuvent intervenir dès lors les assurances complémentaires.*

3.4. *Sur la base de la protection tarifaire au sens de l'article 44, 1^{er} al., LAMal, les fournisseurs de prestations ne peuvent, pour les prestations selon la LAMal ordonnées par un médecin, facturer à leurs patients un montant plus élevé que ce qu'il prévoit le tarif. En revanche, lorsque les prestations dépassent le cadre de la LAMal, les couvertures d'assu-*

rances complémentaires peuvent déployer leurs effets.

6. *Le législateur, en fixant la prise en charge des prestations au niveau du tarif du lieu de résidence ou du lieu de travail, donne précisément à l'assuré qui souhaiterait se rendre ailleurs en Suisse pour entreprendre un traitement la possibilité de couvrir cette prestation par des assurances complémentaires. Même si le fournisseur de prestations de l'autre canton était bien entendu tenu de respecter le tarif fixé, ces assurances complémentaires pourront dès lors permettre la prise en charge de la différence de tarif occasionnée par le choix de l'assuré.*

Dans l'interpellation 97.3056, le D^r Rochat tente d'obtenir une définition des traitements semi-hospitaliers et de l'hospitalisation d'un jour:

1. *Quelle définition le Conseil fédéral donne-t-il des soins semi-hospitaliers?*

2. *Quelles raisons ont décidé le Conseil fédéral à assimiler les soins semi-hospitaliers en général et l'hospitalisation d'un jour à des activités ambulatoires et non aux soins hospitaliers auxquels leur nature même et leur mention dans la LAMal les rattachent directement?*

3. *Quelles raisons ont décidé le Conseil fédéral à exclure le domaine semi-hospitalier du champ d'application des assurances complémentaires alors que les hôpitaux peuvent librement convenir de ces tarifs?*

La réponse du Conseil fédéral est:

... *En conséquence, le Conseil fédéral part du principe que les prestations couvertes par la LAMal rendent inutiles tout appoint par le truchement d'une assurance complémentaire.*

1. *Dans l'assurance maladie sociale, les assureurs sont tenus de prendre en charge les frais du traitement médical et le séjour en établissement semi-hospitalier...*

2. ...

3. *La LAMal fait état d'une division commune uniquement en matière de traitement hospitalier. C'est, par conséquent, là seulement qu'elle suppose d'autres divisions. Voilà aussi pourquoi seuls les hôpitaux peuvent proposer aux assurés des prestations supplémentaires dont les coûts nécessitent la conclusion d'assurance complémentaire.*

4. *... Puisque la LAMal définit également les prestations que les assureurs maladie sont tenus de prendre en charge en cas de trai-*

tements semi-hospitaliers, les soins aux assurés sont garantis, que ceux-ci doivent se faire soigner ambulatoirement dans une institution semi-hospitalière ou en établissement hospitalier.

L'affirmation de l'OFAS, reprise par COSAMA, correspond au point 3. de la deuxième interpellation Rochat, sortie du contexte de ces deux interpellations. La réponse du Conseil fédéral permet de retenir un certain nombre de conclusions dont la plus importante est certainement la séparation claire entre l'assurance sociale de base et les assurances complémentaires, l'une et les autres réglées par des lois différentes. Les prestations de base sont fixées par un catalogue et garanties sur le plan tarifaire par la LAMal. Le Conseil fédéral précise de manière claire que «au-delà de ces prestations de l'assurance de base, la LAMal n'entre pas en ligne de compte et ne peut imposer des règles qui sont propres». A l'évidence le point 3., qui utilise les règles de la LAMal pour définir le domaine des assurances complémentaires, donc de la LCA, est une contradiction. Une autre conclusion, à savoir qu'il existe une protection tarifaire pour les prestations définies par la LAMal, et elles seules, est certainement la volonté du législateur. Cette protection tarifaire des prestations définies dans le cadre de la LAMal n'exclut pas le fonctionnement contractuel selon la LCA des prestations non définies par la LAMal^{3,4}. Ces éléments apparaissent clairement dans le rapport explicatif de la révision partielle de la LAMal où au point 14⁵, il est dit: «Le caractère obligatoire de la nouvelle loi et le catalogue des prestations obligatoires qui l'accompagne garantissent à toutes les personnes en Suisse l'accès à un large éventail de prestations médicales. ... Tous les assurés se voient ainsi garantir un accès égal, sans réserves, aux mêmes prestations. Les prestations supplémentaires doivent être assurées, sur une base volontaire et avec des conséquences sur les primes, selon les règles du droit des assurances privées. Ce principe vaut à la fois pour les traitements ambulatoires, semi-hospitaliers et hospitaliers». On ne peut être plus clair.

La restriction des assurances complémentaires au seul domaine hospitalier telle souhaitée par l'OFAS a suscité de nombreuses réactions dès 1998. Nous pensons en particulier à celles du professeur A. Maurer qui a clairement dénoncé l'incompatibilité juridique (art. 102 LAMal) lors de la suppression des assurances complémentaires du domaine de l'ambulatoire par certaines caisses maladie suisses et

souligné le caractère fallacieux de l'argument de la protection tarifaire^{3,4}. De plus, le professeur U. Ch. Nef, dans une communication du 20.11.1998, reconnaît le droit et la liberté à chaque assureur de proposer une assurance complémentaire pour le domaine semi-hospitalier si ses assurés le souhaitent, naturellement selon les règles contractuelles de la LCA⁶. Enfin, si les articles récents de M. H. P. Kuhn, secrétaire général adjoint de la FMH, à propos des prestations complémentaires ont échappé à certains, ils peuvent s'y référer^{7,8}. Plus précisément encore, un arrêt rendu par le Tribunal fédéral des assurances du 30.8.1999⁹ a reconnu à un patient domicilié dans le canton de Vaud le droit aux prestations de l'assurance de base de son canton de domicile, en l'occurrence Assura, alors qu'il souhaitait, pour des raisons de convenance personnelle, se faire opérer d'un glaucome à Berne. Par contre, la surtaxe de ce traitement extracantonal est soit à sa charge, soit à celle de son assurance complémentaire s'il en a contracté une. Cet arrêt reconnaît donc l'existence de prestations au-delà de la LAMal, non prises en charge par cette dernière, permettant alors l'intervention d'une assurance complémentaire.

Les arguments énoncés ci-dessus nous ont paru suffisamment étayés pour réfuter la conception restrictive de l'OFAS, plutôt d'allure politique que respectant l'ancien et le nouveau droit, et souscrire aux nouveautés contractuelles du groupe Winterthur, qui ont été introduites dans d'autres cantons.

D^r B. Burri, Président du Groupement vaudois des médecins travaillant en cliniques privées

Références

- ¹ *Courier du Médecin Vaudois*, 8.12.1999.
- ² Interpellations Rochat, Conseil des Etats, 97.3056, 97.3057.
- ³ A. Maurer, Verhältnis obligatorische Krankenpflegerversicherung und Zusatzversicherung, Recueil de travaux, LAMal-KVG, Lausanne, 1997, pp. 705-734.
- ⁴ A. Maurer, Zusatzversicherung für den ambulanten Bereich? *NZZ*, 13.5.1998.
- ⁵ Révision partielle de la loi fédérale du 18.3.1994 sur l'assurance maladie. Rapport explicatif. 14, p. 5, 8.3.1999.
- ⁶ U. Ch. Nef, Zusatzversicherung im Bereich der Behandlungen ambulant und «semi-hospitalier», communication personnelle, 20.11.1998.
- ⁷ Hp. Kuhn, *Bulletin des médecins suisses*, 80, N° 36, pp. 2175-2178, 1999.
- ⁸ Hp. Kuhn, *Bulletin des médecins suisses*, 81, N° 6, pp. 275-279, 2000.
- ⁹ AZA K 174/98 Bn, 30.8.1999.

12^e Colloque de l'ISPA, 4 mai 2000 «Alcool et tabac chez les jeunes: la prévention est-elle hors jeu?»

Hausse de la consommation de tabac, augmentation de la fréquence des états d'ivresse: face à cet alarmant constat, que fait notre société? Les prix des alcools forts baissent massivement, les lois censées protéger la jeunesse ne sont tout simplement pas appliquées, l'interdiction de la vente du tabac aux mineurs en reste au stade du débat...

La prévention a-t-elle son mot à dire? Elle qui peine à trouver une réelle place dans les écoles comme dans le reste de la société d'ailleurs, faute de soutien politique et d'argent, peut-elle inverser la tendance? De quels moyens avons-nous besoin pour réussir? Sur quelles collaborations pouvons-nous compter? Des intervenants prestigieux comme, entre autres, M^{me} Marie Choquet, de l'INSERM, en France, M. Marcus Freitag, d'Allemagne, et M. Pierre-André Michaud, de l'IUMSP de Lausanne, tenteront de répondre à ces préoccupations majeures. Des ateliers permettront aux participants d'échanger et d'approfondir leurs pratiques.

Le colloque aura lieu à l'Hôtel Mövenpick-Radisson, à Lausanne. Il se déroule en français et en allemand. Traductions simultanées des conférences plénières. La finance d'inscription est de Fr. 120.-.

Intéressé(e)?

N'hésitez pas à nous contacter pour demander un programme détaillé ou vous inscrire!

*Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA)
Secrétariat du colloque: tél. 021/321 29 85, fax 021/321 29 40
e-mail: info@sfa-ispa.ch*

Le coin du banquier

La banque électronique devient monnaie courante!

Qui aurait pu prédire, il y a cinq ans seulement, la place qu'Internet allait occuper dans notre vie quotidienne, professionnelle ou privée? La banque électronique n'est ainsi plus une utopie, mais une réalité dotée de nombreux avantages. Elle offre des prestations toujours plus variées et a le grand avantage d'être accessible en toute sécurité vingt-quatre heures sur vingt-quatre, sept jours sur sept et depuis n'importe quel endroit!

L'emploi du temps très chargé d'un médecin ne lui offre pas toujours l'occasion d'avoir accès à ses comptes bancaires pendant les heures d'ouverture de son cabinet. Grâce aux serveurs vocaux, mis à disposition par sa banque ou à sa connexion Internet, cet accès est désormais possible en tout temps. Il lui est ainsi très aisé de consulter l'état de ses comptes en temps réel, de contrôler ses encaissements et d'effectuer des paiements avec une flexibilité maximale et une réduction non négligeable des coûts administratifs de son cabinet.

Sur le plan pratique et grâce à la banque électronique, il est notamment possible de:

- **Consulter ses comptes:** le site Internet de la banque permet de consulter ses comptes, d'imprimer des relevés ou de les importer dans ses fichiers. A partir d'un téléphone portable ou d'un téléphone à fréquence vocale équipé des touches * et #, un seul numéro d'accès permet de garder le contact avec la banque depuis la Suisse ou l'étranger. Il est ainsi possible d'obtenir la transmission d'un relevé de compte sur un fax en Suisse et de recourir directement en semaine, et même le samedi, aux services d'un conseiller bancaire.
- **Faire ses paiements:** les paiements peuvent être saisis en direct sur le

site Internet de la banque, grâce à des masques analogues aux bulletins imprimés. Les opérations, si elles sont plus nombreuses, peuvent également être effectuées hors connexion. Salaires et factures sont ainsi saisis dans un logiciel comptable avec module DTA ou dans le logiciel de paiement mis à disposition par la banque. Les fichiers peuvent ensuite être transmis en quelques secondes grâce au Net. Autre avantage non négligeable: les ordres de paiement peuvent être enregistrés à l'avance avec leur date d'échéance.

- **Faire ses encaissements:** les opérations d'encaissement des factures sont grandement facilitées, grâce au bulletin de versement bleu avec numéro de référence, le BVR. Ce système de facturation/encaissement permet d'automatiser la gestion des débiteurs. Les crédits sont portés en compte plus rapidement et vos encaissements peuvent être soit téléchargés directement du site Internet de la banque, soit obtenus sur disquette.

Toutes ces opérations bancaires confidentielles via Internet soulèvent bien entendu la question de la sécurité et de la protection des données. Que l'on se rassure, les banques utilisent les dernières technologies en vigueur, afin de garantir la meilleure sécurité possible. Des systèmes sophistiqués de cryptage permettent de sécuriser les données transmises et des codes d'identification pour les signatures collectives ou individuelles sont nécessaires (carte d'accès ou calculatrice). Tout est ainsi mis en œuvre pour une sécurité maximale avec une convivialité optimale pour l'utilisateur.

La banque électronique offre des avantages séduisants. Elle permet d'effectuer un maximum d'opérations sans quitter son bureau ou son domicile, à sa guise, indépendamment des heures

DOCTEUR, IL RESTE ENCORE DEUX PATIENTS ET VOTRE COMPTE EN BANQUE À CONSULTER!...



nix&RENIX

d'ouverture de la banque. L'efficacité de gestion est augmentée grâce à la diminution des opérations, en particulier des doubles saisies comptables. Les risques d'erreurs sont ainsi réduits, de même que les frais de gestion administrative. Le système a de plus l'avantage non négligeable de diminuer notablement la masse de papier!

Banque Cantonale Vaudoise

Box

Vous avez une question au sujet des prestations de la banque électronique? Des spécialistes de la BCV sont prêts à vous répondre:

- **Pour des questions d'ordre général:** veuillez les envoyer par écrit au Secrétariat de la Société vaudoise de médecine, route d'Oron 1, 1010 Lausanne, qui se chargera de les transmettre. Vous trouverez la réponse dans une prochaine édition de votre magazine.
- **Vous avez des questions d'ordre personnel:** vous pouvez vous adresser à votre conseiller bancaire ou à M. D. Passerini, auprès de la Banque Cantonale Vaudoise au (021) 212 15 09. Vous pouvez également adresser un e-mail à: electronic.banking@bcv.ch ou consulter le site www.bcv.ch

EMPLOYÉE DE COMMERCE

souhaitant travailler dans le domaine médical

CHERCHE EMPLOI

(à temps partiel)

à Lausanne ou environs

pour réception, prises de rendez-vous, facturation, dactylographie.

Libre de suite ou à convenir.

Ecrire sous chiffre CMV 30.03.2000, Inédit Publications SA, case postale 74, 1025 Saint-Sulpice.

Vous ne sortez
pas tous
du même moule



italiques

C'est la raison pour laquelle nous avons développé une palette de services et de prestations souple et diversifiée dans le domaine du private banking. Répondre à vos besoins en matière de conseil financier et patrimonial dans le cadre d'une relation proche et personnalisée avec un conseiller est notre premier objectif. C'est en effet le seul moyen d'apprendre à vous connaître suffisamment pour être en mesure de vous proposer une vision globale de votre situation et vous recommander les produits et instruments que nous avons créés pour vous. Pour développer une relation financière qui sorte du rang, **APPELEZ-NOUS AU 021 212 23 41. BCV PRIVATE BANKING, LA FINANCE À VOTRE PORTÉE.**

 **Banque
Cantonale
Vaudoise**

PRIVATE BANKING

Communiqués

La stérilisation au cabinet médical

1. Qu'est-ce que l'ODim?

L'Ordonnance fédérale sur les dispositifs médicaux (ODim), entrée en vigueur le 1^{er} avril 1996, vise à garantir une utilisation sûre des dispositifs médicaux. Elle introduit en Suisse les dispositions en vigueur dans la Communauté européenne (directives 93/42/CEE et 90/385/CEE).

La Directive 93/42/CEE du 14 juin 1993 est relative aux dispositifs médicaux.

La Directive 90/385/CEE du 20 juin 1990 est relative aux dispositifs médicaux implantables actifs.

L'ODim régit la mise sur le marché, la surveillance du marché et le contrôle ultérieur des dispositifs médicaux et de leurs accessoires par les autorités. Ce contrôle porte notamment sur l'entretien correct des dispositifs médicaux.

2. Qu'est-ce qu'un dispositif médical?

Définition selon l'ODim

Dispositif médical:

Tout instrument, appareil, équipement ou objet médico-technique, utilisé seul ou en association, y compris les accessoires, mis sur le marché et destiné à être appliqué à l'homme aux fins ci-après et dont l'action principale n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques, immunologiques ou métaboliques (mais dont l'action peut être soutenue par ces moyens):

1. diagnostic, prévention, contrôle, traitement ou atténuation d'une maladie;
2. diagnostic, contrôle, traitement, atténuation ou compensation d'une blessure ou d'un handicap;
3. étude, remplacement ou modification de l'anatomie ou d'un processus physiologique;
4. maîtrise de la conception.

Les dispositifs médicaux sont répartis entre les classes I, IIa, IIb et III en fonction des risques qu'ils peuvent présenter lors de l'utilisation prévue. La classification s'effectue conformément à l'Annexe IX de la Directive 93/42/CEE.

Le fabricant se porte seul garant, le cas échéant, le responsable de la mise sur le marché, pour la classification du dispositif médical. Si nécessaire, il fait appel à un organe d'évaluation de la conformité.

Quelques exemples de dispositifs de la classe I: tables de traitement; tampons de gaze; champs opératoires; chausssures orthopédiques; lunettes. Pour les classes II et III: seringues à usage unique; sondes; cathéters; endoscopes; appareils d'anesthésie, de réanimation et de mesure; réseaux de distribution de gaz mé-

dicaux; appareils électriques et électromagnétiques (ECG, EEG); équipements radiologiques, stérilisateur; lentilles de contact; implants; etc.

Dispositif sur mesure:

Tout dispositif médical non fabriqué en série, conçu selon la prescription écrite et sous la responsabilité d'une personne dûment qualifiée, et destiné à n'être utilisé que pour un patient nommément désigné. Exemples: supports plantaires, attelles, corsets, etc.

3. Qu'est-ce que la mise sur le marché?

Mise sur le marché:

Transfert ou mise à disposition rémunérés ou gratuits d'un dispositif médical neuf ou remis à neuf en vue de sa vente ou de son utilisation en Suisse, ou utilisation d'un dispositif médical importé directement de l'étranger, pour autant qu'il ne soit pas destiné à être appliqué à la personne l'ayant importé.

La mise sur le marché est une notion clé de l'ODim. Un dispositif est mis sur le marché lorsqu'une fois fabriqué en Suisse ou à l'étranger, il est vendu ou utilisé sur le marché suisse. Contrairement à l'UE, la notion suisse de mise sur le marché n'englobe pas seulement la première mise sur le marché. Elle s'applique également à tout revendeur et à toute personne qui modifie un dispositif. **Le responsable de la mise sur le marché doit être en mesure de démontrer la conformité du dispositif aux exigences essentielles selon l'article 4, 1^{er} alinéa de l'ODim.** Le fabricant ou le responsable de la mise sur le marché sont responsables du respect des règles de l'Annexe I des Directives 93/42/CEE et 90/385/CEE. Tout responsable de la mise sur le marché doit s'assurer que son dispositif est conforme et il doit à tout moment être en mesure de prouver, sur demande de l'autorité et dans un délai raisonnable, cette conformité. Cela doit éventuellement être réglé par contrat avec le fabricant.

Qui peut être responsable de la mise sur le marché?

- Le fabricant ayant son siège en Suisse, pour autant qu'il mette son dispositif sur le marché suisse;
- l'importateur d'un dispositif fabriqué à l'étranger;
- tout revendeur en Suisse (pas à l'étranger);
- toute personne qui modifie un dispositif est considérée comme fabricant et, le cas échéant, comme responsable de la mise sur le marché.

La question de savoir si un dispositif a été modifié dépend des instructions du fabricant;

- la personne qui adapte un dispositif (dispositif sur mesure, systèmes).

Ne sont pas des mises sur le marché

L'«utilisation pour son propre usage au sens large» s'applique au dispositif qui, après la première utilisation au sein de l'unité est remis en état selon les instructions du fabricant pour être réutilisé dans l'unité d'organisation. Cela ne vaut pas pour le produit qui sort de l'unité d'organisation ou qui n'est pas simplement remis en état mais fabriqué, ou le dispositif qui est modifié au sein de l'unité.

L'«utilisation pour son propre usage au sens étroit» est l'importation ou la fabrication d'un dispositif pour soi-même. L'importation ou la fabrication d'un dispositif médical n'est pas considérée comme une mise sur le marché quand le produit importé est utilisé par l'importateur lui-même ou le fabricant sur sa propre personne. Si un médecin, dans l'optique d'une protection de ses patients, rapporte de l'étranger (importe) un dispositif pour l'appliquer à ses patients, il est considéré comme responsable de la mise sur le marché et il assume toutes les obligations et responsabilités qui en découlent.

4. Les cabinets sont-ils concernés?

Oui, en effet, de nombreux dispositifs médicaux sont utilisés dans les cabinets. Pour une utilisation sûre et efficace, certains dispositifs doivent être entretenus régulièrement. Les responsabilités liées à l'entretien du matériel découlent d'une part de l'ODim (article 14), mais aussi du devoir de diligence de tout professionnel, notion fondamentale en cas de litige. En plus, l'article 77 de l'Ordonnance sur l'assurance maladie introduit les critères de qualité pour le remboursement des prestations.

L'ODim impose donc aux utilisateurs d'appareils et d'instruments de les maintenir en bon état et de les entretenir. Par conséquent, dans les cabinets, l'entretien des dispositifs médicaux (appareils, instruments) doit être planifié, exécuté et pouvoir être prouvé. Les instructions du fabricant en matière de révision et d'entretien doivent être suivies. Si l'utilisateur ne possède pas le personnel technique qualifié pour ce travail, il doit solliciter les services d'entreprises compétentes. L'ODim ne donne cependant pas à l'OFSP le pouvoir d'exiger que ces entreprises prestataires de services soient certifiées. L'utilisateur est libre de donner la préférence à celles qui se sont soumises librement à une certification.

Les normes techniques européennes (normes propres à concrétiser les exigences essentielles auxquelles doivent satisfaire les dispositifs médicaux) sont applicables.

Dans le domaine de la stérilisation, en particulier, les deux procédés de stérilisation faisant l'objet d'une norme de validation sont la stérilisation à la vapeur (EN 554) et à l'oxyde d'éthylène (EN 550).

GÉRER VOTRE PORTEFEUILLE D'ASSURANCES ET VOUS
PROPOSER **LES MEILLEURS CONTRATS DISPONIBLES...**

POUR EN SAVOIR PLUS: **HTTP://WWW.RCPONT.COM**

72, RUE DE LAUSANNE CASE POSTALE 62, 1211 GENEVE 21, TÉL. 022 731 25 26, FAX 022 731 24 64, E-MAIL: RPONT@RCPONT.COM

VioLab Lausanne

VioLab Lausanne, une filiale de l'Institut Dr Viollier, est à la recherche après entente d'une personnalité compétente aimant prendre des initiatives pour occuper le poste de

Directeur/trice de laboratoire

afin de promouvoir sur le plan régional le développement des prestations du laboratoire médical.

Exigences:

- Formation de haut niveau réussie et achevée dans le secteur de la santé (FAMH, MHA)
- Habitude de penser et d'agir en tenant compte des situations pratiques et de la gestion des entreprises
- De bonnes connaissances du secteur régional de la santé
- Une haute compétence sociale et émotionnelle
- Un style de commandement basé sur la coopération
- De l'intérêt pour les tâches de marketing
- Savoir s'exprimer avec aisance en français et en allemand

Offre:

- Direction de notre filiale
- Activité innovatrice, indépendante et exigeante
- Formation et perfectionnement permanents
- Travail en équipe orienté vers les processus

Nous serions heureux de recevoir votre candidature que vous voudrez bien adresser par écrit à:

**M^{me} Claudine Tesan, Institut Dr Viollier,
Spalenring 147, Boîte postale, 4002 Bâle
Homepage: <http://www.viollier.ch>**

Clinique chirurgicale et Permanence de Longeraie

S.O.S. MAIN

- Centre de traumatologie et de chirurgie réparatrice de la main et des extrémités
- Chirurgie reconstructive des nerfs périphériques et du plexus brachial
- Microchirurgie
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique et reconstructive
- Physiothérapie et rééducation fonctionnelle
- Ergothérapie
- Urgences jour et nuit

1003 Lausanne
Avenue de la Gare 9
Téléphone 021/320 33 01
Fax 021/312 49 07

Centrale romande d'achat pour le médical et le laboratoire
Installation de cabinets – Service après-vente médico-technique

Laissez-nous vous soigner!

ROMEDIC SA

Route Aloys-Fauquez 60 – Case 22 – 1000 Lausanne 8
Tél. 021/646 40 36 – Fax 021/646 62 68

Pour la stérilisation à la vapeur dans de petits appareils, comme au cabinet, les normes qui vont entrer en vigueur prévoient trois classes d'autoclaves à vapeur:

- Classe N permettra de stériliser **seulement des instruments nus soit non emballés** et des instruments **non creux et non poreux** (soit pas d'aiguilles, canules d'aspiration, bâtonnets montés, compresses, etc.)
- Classe S permettra de stériliser des instruments emballés ou non comme des instruments creux dont le fabricant de l'autoclave doit donner les limites de taille (diamètre et longueur maximaux) et les possibilités (pas de paquets de textile par exemple)
- Classe B permettra de tout stériliser avec un système de vide fractionné préalable, injection de vapeur et vide pour séchage (procédé identique à celui des appareils de stérilisation de l'hôpital, avec les mêmes possibilités).

Naturellement, l'ODim ne contraint pas le médecin de remplacer son appareil dès l'entrée en vigueur des normes. Il bénéficie de l'avantage «de la chose acquise». Cependant, en cas de litige avec un patient, le fait de ne pas avoir un autoclave «aux normes» pourrait être préjudiciable, surtout s'il ne bénéficie pas d'un contrat d'entretien et s'il n'est pas validé.

Remarque: Les stérilisateur à air chaud, type Poupinel, ne peuvent pas être validés et les autoclaves – dits «ra-

pides» (classe N) – ne peuvent l'être que pour les dispositifs non creux, non poreux et non emballés.

La restérilisation de dispositifs médicaux prévus par le fabricant pour plusieurs utilisations, comme des instruments chirurgicaux, n'implique que le strict respect des procédures habituelles de désinfection, lavage, séchage, conditionnement, stérilisation. Celui qui stérilise ces dispositifs réutilisables, pour son propre usage, est tenu pour responsable de leur état selon l'ODim.

Même dans une situation d'«utilisation pour son propre usage au sens large», celui qui remet en état un tel dispositif est soumis à la responsabilité du fait des produits (Loi fédérale sur la responsabilité du fait des produits du 18 juin 1993).

5. Conseils pratiques pour les cabinets

Évaluez précisément vos besoins surtout dans le domaine des dispositifs médicaux stériles.

Qu'est-ce que je dois stériliser?

Quel type de stérilisateur acheter?

Prenez en compte les coûts d'entretien et de validation (Fr. 300.– à Fr. 500.– pour un appareil de la classe B ou S).

A l'achat:

Lorsque vous achetez un dispositif médical, vous avez droit à des informations écrites complètes avec instructions d'utilisation et d'entretien en français, allemand et italien.

Les dispositifs de classe II ou III (ainsi que les dispositifs avec une fonction de mesure ou stériles de classe I) doivent porter le marquage suisse MD ou européen CE suivi par le numéro qui désigne l'organe responsable de l'évaluation de la conformité et du suivi correct du dispositif.

Les producteurs et importateurs sont obligés de mettre sur le marché uniquement des dispositifs conformes à l'ODim. En cas de doute, réclamez la déclaration de conformité du fabricant selon la Directive 93/42/CEE ou 90/385/CEE.

Assurez-vous que le fournisseur vous propose si nécessaire un contrat d'entretien.

A l'usage:

Ne remettez pas en état un dispositif prévu pour être utilisé une seule fois par celui qui l'a mis sur le marché, car vous en modifiez l'usage et vous devenez celui qui le met sur le marché. Vous devez alors suivre la même procédure d'accréditation que la première fois.

Si la date de péremption du fournisseur est dépassée, n'utilisez pas les dispositifs médicaux et revoyez la gestion de vos stocks.

Marie-José Krending

Service de la santé publique
Cité-Devant 11, 1014 Lausanne

Bibliographie

Ordonnance sur les dispositifs médicaux 1996. ODim RS 819.124.

Directive 93/42/CEE du 14 juin 1993 relative aux dispositifs médicaux.

Directive 90/385/CEE du 20 juin 1990 relative aux dispositifs médicaux implantables actifs.

Norme européenne EN 554 de juin 1994. Stérilisation de dispositifs médicaux.

Validation et contrôle de routine pour la stérilisation à la vapeur d'eau

Norme européenne EN 550 de juin 1994. Stérilisation de dispositifs médicaux.

Validation et contrôle de routine pour la stérilisation à l'oxyde d'éthylène.

JEUDI 6 AVRIL 2000

11 h-12 h: Colloque de dermatologie – Dr Th. Kuntzer: «Maladies dermato-neurologiques» – CHUV, Lausanne, auditoire Beaumont.

JEUDI 6 ET VENDREDI 7 AVRIL 2000

Journées médico-sociales romandes – Professeur H. Stalder: «Dépendances et autonomie» – FORUM de Meyrin, Genève – Renseignements et inscriptions: M^{me} Kretschmer, tél. 022/328 35 17.

VENDREDI 7 ET SAMEDI 8 AVRIL 2000

Séminaire de l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin – «Un cours sur la thérapie photodynamique» (First International Course on Photodynamic Therapy) – CHUV, Lausanne, auditoire César-Roux – Renseignements: secrétariat du professeur L. Zografos, tél. 021/626 85 90.

LUNDI 10 AVRIL 2000

18 h 30: D.H.U.R.D.V. – Colloque de recherche – Dr V. Piguat, Genève: «Stratégie de VIH pour échapper au système immunitaire – Hôtel Rivers-Rolle, Rolle – Renseignements: secrétariat du professeur R. G. Panizzon, tél. 021/314 013 50.
17 h 30: Rencontre de pathologie chirurgicale – Drs Ch. Fontoliet, F. Mosimann: «Rejet des allo-

greffes hépatiques» – Institut de pathologie, Lausanne, auditoire Spengler.

MARDI 11 AVRIL 2000

18 h 30: Colloque hospitalo-régional de Morges – Dr J.-M. Choffat: «Cas de pédiatrie» – Hôpital de zone Morges, auditoire de l'ESIM.

MERCREDI 12 AVRIL 2000

17 h-19 h: Colloque de médecine intensive – Professeurs P. Francioli, D. Pittet: «Prévention des infections de cathéters: place des cathéters antibactériens» – CHUV, Lausanne, Auditoire Tissot, BH 08 – Renseignements: secrétariat du Dr R. Chioléro, tél. 021/314 20 09.

JEUDI 13 AVRIL 2000

9 h-12 h: Colloque de la PMU – «Garde médicale: Problèmes psychiatriques» – Auditoire de la PMU, Lausanne, 2^e étage, César-Roux 19.
12 h 15-13 h 45: Colloque de l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA) – Pro-

fesseur G. Theintz: «Sport et croissance: quelles interactions?» – CHUV, Lausanne, av. Beaumont 48, salle de colloques de l'UMSA, 1^{er} étage.

12 h 30-13 h 30: Colloque d'immuno-allergologie – «Présentation de cas» – CHUV, Lausanne, salle de colloques 18-549, BH 18.

13 h-14 h: Colloque de pneumologie – Professeur J.-W. Fitting: «Les anabolisants: place en réhabilitation respiratoire» – CHUV, Lausanne, salle de séminaires 6, BH 08.

14 h-18 h: Manifestation de la PMU – Orateurs: professeurs J. Philippe, M. Burnier, V. Mooser, R. Lerech, R. Darioli et Dr J. Ruiz. Organisation: professeurs A. Pécout et R. Darioli «Syndrome métabolique, le quartette mortel» – Hôtel Mövenpick-Radisson, Lausanne-Ouchy – Renseignements et inscriptions: M^{me} Devaud, tél. 021/345 23 04.

15 h-20 h 15: Cours de formation postgraduée et continue de l'Hôpital ophtalmique Jules-Gonin – Organisation: Drs R. P. Copt et professeur L. Zografos: «L'ICG en l'an 2000, évaluation au

Calendrier médical vaudois

Période du 6 avril 2000 au 13 mai 2000

terme de sept ans de pratique – Auditoire de l'Hôpital Jules-Gonin, Lausanne – Renseignements: tél. 021/626 85 90 (le matin).

16 h-17 h 30: Colloque de la Division de cardiologie – Dr Th. Buclin: «Les interactions médicamenteuses en cardiologie» – CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

17 h-19 h 30: Formation continue des intervenants du réseau de santé FARMED – «Réseau FARMED et collaboration avec le milieu psychiatrique» – Auditoire de la Clinique psychiatrique universitaire de Cery, route de Cery, Prilly – Renseignements: secrétariat PMU, tél. 021/345 22 22.

17 h 30: Colloque du Service de médecine – Dr B. Fasnacht: «Médecine générale et grossesse» – Hôpital du Chablais, Monthey, site de Monthey, salle de conférences B, niveau 4.

19 h: Conférence du GRAAP – Dr Ph. Quinche: «Diagnostic: borderline. Qu'est-ce que c'est?» – GRAAP, Lausanne, rue de la Borde 27, salle de conférences.

20 h-22 h: Conférence de la Société vaudoise de pharmacie – Dr F. Spertini: «Allergies et sociétés» – Université de Lausanne, bâtiment de l'Ecole de pharmacie (BEP), auditoire C – Renseignements et inscriptions: Service de formation continue, Lausanne, tél. 021/692 22 90.

LUNDI 17 AVRIL 2000

17 h 30: Colloque du Service de chirurgie – Dr A. Denys: «Nouvelles techniques de radiologie interventionnelle en pathologie tumorale hépatique» – CHUV, Lausanne, salle de colloques 325, BH 15.

MERCREDI 19 AVRIL 2000

20 h: Conférence du GRAAP – Dr Ch. Bryois: «Anciens et nouveaux neuroleptiques» – GRAAP, Lausanne, rue de la Borde 27, salle de conférences.

JEUDI 20 AVRIL 2000

12 h 15-13 h: Colloque de dermatologie – Dr St. Gloor: «SwissDerma: Support à la prescription en dermatologie» – CHUV, Lausanne, auditoire Beaumont.

JEUDI 27 AVRIL 2000

8 h 15-12 h: Colloque du D.H.U.R.D.V. – Professeur A. Pécout: «Quelques réflexions sur la formation des médecins de demain» – CHUV, Lausanne, auditoire de Beaumont – Renseignements: secrétariat du professeur R. G. Panizzon, tél. 021/314 013 50.

9 h-17 h: Cours du DMSC – Priorité de la prévention, préventions prioritaires – 9 h-12 h: «Bénéfices et risques de la prévention» – 14 h-17 h: «Ateliers pratiques» – Auditoire Pierre-Decker, Lausanne, rue du Bugnon 19 (matin) – Salle de séminaires, bâtiment des Hospices, rue du Bugnon 21 (après-midi) – Renseignements et inscriptions: Service de formation continue, tél. 021/692 22 93.

12 h 15-13 h 45: Colloque de l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA) – Dr J.-M. Porret: «Le sommeil à l'adolescence» – CHUV, Lausanne, av. Beaumont 48, salle de colloques de l'UMSA, 1^{er} étage.

12 h 30-13 h 30: Colloque d'immuno-allergologie – Dr J.-M. Fellrath: «LED et atteintes respiratoires» – CHUV, Lausanne, salle de séminaires 2, BH 08.

17 h-19 h 30: Formation continue des intervenants du réseau de santé FARMED – «Réseau FARMED et collaboration avec le milieu psychiatrique» – Salle EMS La Chotte, quai de la Thièle

12, Yverdon – Renseignements: secrétariat PMU, tél. 021/345 22 22.

20 h: Conférence du GRAAP – Dr M. Vannotti: «Mieux communiquer. «Les pannes dans la communication» – Hôpital de Cery, Prilly, salle de spectacles.

SAMEDI 29 AVRIL 2000

9 h-17 h: Journée de sensibilisation organisée par l'ISPA – «Gestion des mes émotions» – Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), av. Ruchonnet 14, Lausanne – Renseignements et inscriptions: ISPA, M^{me} Ayer, tél. 021/321 29 85.

LUNDI 1^{ER} MAI 2000

17 h 30: Colloque de recherche – Dr T. Kruger: «Thérapie photodynamique peropératoire» – CHUV, Lausanne, salle de colloques 325, BH 15.

MARDI 2 MAI 2000

8 h 15-9 h 45: Colloque de recherche clinique – J.-R. Cardinaux: «Toxicomanie et adaptations moléculaires des circuits de la récompense: rôle des facteurs de transcription» – Lausanne, SU-PEA, rue du Bugnon 23 A, 1^{er} étage, salle de séminaires.

9 h 15-10 h: Colloque du Département de pédiatrie – Professeur C. Le Coultré: «Cryptorchidie 2000» – HCUG, Genève, Hôpital des enfants.

18 h 30-20 h 30: Colloque du Nord vaudois – Professeur Ph. Assal: «Rendre le traitement à long terme plus efficace. Le rôle de l'éducation thérapeutique» – Hôpital d'Yverdon (C.H.Y.C.), salle de conférences, 3^e étage.

MERCREDI 3 MAI 2000

12 h 15: Séminaire de l'Institut de pharmacologie et de toxicologie – Dr I. Bezprozvanny, Dallas, USA: «Calcium channels and calcium signaling» – Institut de pharmacologie et de toxicologie, Lausanne, rue du Bugnon 27, entrée C3, 1^{er} étage, salle de conférences.

17 h 30: Colloque romand de radiologie – Drs M. Wintermark, R. Meuli et P. Maeder: «Estimation des débits sanguins cérébraux: modèles et applications» – CHUV, Lausanne, auditoire 4, niveau 8.

JEUDI 4 MAI 2000

9 h 30-16 h 50: Colloque de l'ISPA – «Alcool et tabac chez les jeunes: la prévention est-elle hors jeu?» – Renseignements: ISPA, tél. 021/321 29 11 /www.sfa-ispas.ch.

Journée romande d'allergologie – Renseignements: Division d'immunologie et d'allergie, tél. 021/314 07 90 ou 314 08 00.

13 h-14 h: Colloque de pneumologie – Professeur P. F. Dampf: «Les aléas infectieux de l'endoscopie» – CHUV, Lausanne, salle de séminaires 6, BH 08.

17 h-19 h 30: Formation continue des intervenants du réseau de santé FARMED – «Réseau FARMED et collaboration avec le milieu psychiatrique» – Salle de projection, collège de Marcollet, route de Marcollet 42, Crissier – Renseignements: secrétariat PMU, tél. 021/345 22 22.

VENDREDI 5 MAI 2000

12 h 15-13 h 45: Colloque de l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA) – Professeur J. Wilkins, Montréal: «Approche clinique de l'adolescente souffrant d'anorexie» – CHUV, Lausanne, av. Beaumont 48, salle de colloques de l'UMSA, 1^{er} étage.

SAMEDI 6 MAI 2000

9 h-17 h: Journée de sensibilisation organisée par l'ISPA – «La communication non violente ou créative selon Marshall Rosenberg» – Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), av. Ruchonnet 14, Lausanne – Renseignements et inscriptions: ISPA, M^{me} Ayer, tél. 021/321 29 85.

MARDI 9 MAI 2000

13 h-14 h: Colloque de la formation continue «Assécurologie» – Dr M. Vannotti: «Troubles de la personnalité et invalidité» – Lausanne, Policlinique médicale universitaire (PMU), rue César-Roux 19, 4^e étage, salle de colloques.

9 h-12 h 30/14 h-17 h 30: Séminaire du Centre d'étude de la famille – Professeur N. Duruz: «Le couple paradoxal» – Site de Cery, Prilly – Renseignements et inscriptions: CEF, site de Cery, tél. 021/643 64 01.

MERCREDI 10 MAI 2000

12 h 15: Séminaire de l'Institut de pharmacologie et de toxicologie – Dr A. Sarasin, France: «Specific types of mutations associated with DNA repair deficiency in humans» – Institut de pharmacologie et de toxicologie, Lausanne, rue du Bugnon 27, entrée C3, 1^{er} étage, salle de conférences.

JEUDI 11 MAI 2000

9 h-17 h: Cours du DMSC – Priorité de la prévention, préventions prioritaires – 9 h-12 h: «Prévention et contexte politico-économique» – 14 h-17 h: «Ateliers pratiques» – Auditoire Pierre-Decker, Lausanne, rue du Bugnon 19 (matin) – Salle de séminaires, bâtiment des Hospices, rue du Bugnon 21 (après-midi) – Renseignements et inscriptions: Service de formation continue, tél. 021/692 22 93.

12 h 15-13 h 45: Colloque de l'Unité multidisciplinaire de santé des adolescents (UMSA) – Professeur H. Fonseca, Lisbonne: «Approche familiale de l'adolescente souffrant d'anorexie» – CHUV, Lausanne, av. Beaumont 48, salle de colloques de l'UMSA, 1^{er} étage.

17 h-19 h 30: Formation continue des intervenants du réseau de santé FARMED – «Réseau FARMED et collaboration avec le milieu psychiatrique» – Salle du Collège, rue du Collège 26, Clarens – Renseignements: secrétariat PMU, tél. 021/345 22 22.

17 h 15: Leçon inaugurale – Professeur G. Pantaleo: «Comment exploiter le système immunitaire à l'aube du 3^e millénaire» – CHUV, Lausanne, auditoire César-Roux.

19 h: Conférence du GRAAP – «EMS, proches, patientes, quel partenariat?» – GRAAP, Lausanne, rue de la Borde 27, salle de conférences.

VENDREDI 12 ET SAMEDI 13 MAI 2000

10^e Réunion de Groupe d'étude en coeliocirurgie infantile (GECI) – «L'apport de la coelioscopie en chirurgie oncologie» – Renseignements: secrétariat du Service de chirurgie pédiatrique, tél. 021/314 30 71 ou 72.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 15 mai 2000 et le 30 juin 2000: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 10 avril 2000.

La nuit porte conseil...



Franchement, est-ce que la gestion de votre cabinet tourne rond – sans frais excessifs ni impayés pléthoriques? Avez-vous orchestré votre emploi du temps pour pouvoir fermer boutique le soir à six heures ou êtes-vous encore de ceux qui demeurent scotchés devant leur PC quand toute la ville s'est assoupie? **Et pourquoi n'adhérez-vous pas à la Caisse des Médecins?** Vous avez là un partenaire multiprestation aux méthodes parfaitement rodées. Aucun ne propose un éventail aussi complet de solutions judicieusement imbriquées cou-

vrant l'ensemble des besoins non médicaux du cabinet. Côté matériel, logiciel, gestion d'entreprise, communication ou besoins spécifiques des cabinets, aucun ne dispose d'une aussi longue expérience. Aucun n'organise des stages de formation et séminaires professionnels aussi approfondis. Et aucun autre ne pratique des tarifs aussi compétitifs. La Caisse des Médecins? Rien de tel pour économiser vos forces, vos nerfs, votre temps et votre argent Alors, qu'attendez-vous?



RHINOOO...



...PATHIES

Apprécier le printemps sans souci


FLUTINASE[®]
Propionate de fluticasone

Catégorie de vente: B. Pour de plus amples informations
veuillez consulter le Compendium Suisse des médicaments.

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome AG · 3322 Schönbühl
Internet: <http://www.glaxowellcome.ch/gw/>