

COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

Pour les droits des patients

***La sauvegarde
du laboratoire du praticien***

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

4

JUIN
1999

T R A I T E M E N T

de l'obésité



LE LEADER MONDIAL DE LA LUTTE CONTRE LE STRESS
ET LES MALADIES DE CIVILISATION.

BIOTONUS : LE TOP-ONE DU TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ.

A LA POINTE DU PROGRÈS EN MATIÈRE DE RÉHABILITATION CARDIAQUE ET DE
RÉADAPTATION FONCTIONNELLE.

LA CLINIQUE OFFRANT UNE APPROCHE SCIENTIFIQUE DANS LA
PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LE VIEILLISSEMENT.

BIOTONUS : LES SOLUTIONS ORIGINALES CONTRE TOUTES LES DÉPENDANCES
(DROGUE, ALCOOL, TABAC).

LE NUMÉRO 1 DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES ÉTATS DE FATIGUE.

LE CENTRE DE PRÉPARATION DES DÉCIDEURS
ET DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU.

LE SPÉCIALISTE DES TRAITEMENTS DE LA DÉPRESSION.

Biotonus
Clinique Bon Port

RUE BON-PORT 21, CH-1820 MONTREUX - SUISSE

Tél. (021) 966 58 58 Fax (021) 966 57 58 e-mail: biotonus@vtx.ch

Editorial

Secret médical en péril

Le 50^e anniversaire de la Déclaration universelle des droits de l'homme en décembre dernier fut une bonne occasion de s'interroger sur les liens que cette déclaration peut avoir avec la pratique de la médecine.

En effet, l'accessibilité aux soins pour tous, le développement de structures de soins de plus en plus performantes, mais aussi de plus en plus coûteuses, les avancées technologiques majeures, les nouveaux traitements médicamenteux qui viennent renforcer un arsenal thérapeutique déjà étoffé sont des progrès indéniables, mais qui doivent trouver leur place dans le respect de la protection de la personne du patient, de son entourage et des soignants.

Si la médecine s'élabore autour du principe du secret médical, les risques pour que la place de ce secret devienne de plus en plus insignifiante vont en grandissant. En effet, le traitement informatique des données, la transformation de la personne du malade en chiffre administratif, la transmission de l'information médicale offerte aux équipes lors de la collaboration en réseau sont autant d'occasions comportant un risque d'évasion des données personnelles.

Ce risque est particulièrement élevé en psychiatrie. L'information personnelle est la matière première du travail des professionnels de cette discipline. Il est donc du devoir de ces mêmes professionnels de la protéger. Aucune autre spécialité n'est autant confrontée à ces notions de liberté individuelle. C'est pour cette raison que le pouvoir conféré aux psychiatres de priver autrui de liberté à des fins de soins comporte un risque élevé d'abus.

Suite page suivante

Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

Les personnes atteintes de troubles mentaux ont aussi des droits! Les droits des patients souffrant de troubles mentaux: à propos de quelques progrès récents
Les droits du patient sous l'angle juridique
Les médecins informent-ils suffisamment leurs patients?

11

Communications de la SVM

12

Courrier

13

Brèves

15

Communiqués

16

Calendrier médical vaudois

**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions:

N° 5/99
8 septembre 1999
(délai rédactionnel:
16 août 1999)

N° 6/99
4 octobre 1999
(délai rédactionnel:
30 août 1999)

Les mouvements associatifs de personnes concernées par les troubles mentaux (malades, parents, professionnels, etc.), en voie de développement dans notre canton, doivent être perçus comme des collaborateurs précieux à la défense de ces principes de liberté.

Sur le plan de la législation, le droit du patient évolue rapidement. Chez nos voisins romands, de nouvelles «Lois sur la santé», en vigueur en Valais et en préparation à Fribourg, font une large place aux droits des patients. Ce n'est d'ailleurs que dans ce dernier projet qu'apparaît le corollaire logique du droit: le devoir.

Une révision de l'honorable loi vaudoise sur la santé publique est en préparation.

Sans anticiper sur l'analyse juridique qui sera publiée dans un prochain CMV, on constate que de nombreux problèmes se posent. Certaines solutions choisies laissent songeur; comme l'obligation de réviser plusieurs fois par jour le cas des patients soumis à des mesures de contrainte, ou l'obligation de détruire le dossier médical après vingt ans, un délai fixé visiblement sans tenir compte de la durée de... la vie humaine!

D'autres problèmes importants sont ignorés, en particulier dans le domaine de la protection et de la transmission des informations médicales. Ainsi, aucune disposition ne prévoit de préciser les différents types de données et leurs droits d'accès.

A ce jour, aucune loi n'encadre l'usage fait par les détenteurs d'informations médicales. Par exemple, il serait approprié de limiter les informations transmises aux assurances vie à ce qui est pertinent pour le pronostic vital du patient. Actuellement, les patients signent une autorisation générale de consulter les données médicales, et l'on constate que les questions posées vont largement au-delà de ce simple usage. On remarquera en passant que les assureurs ne sont pas mentionnés dans ces projets de loi, ce qui est à la fois les mettre de côté et leur laisser la bride sur le cou.

Dans ce contexte mouvant, les médecins seront amenés à participer à certains choix de société.

Il est donc bon de s'informer dès maintenant, et c'est le but du dossier de ce Courrier.

Bonne lecture.

D^r Ch.-A. Favrod-Coune,
D^r C. Lima

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 Pécoud
D^r Patrick Rosselet
D^{re} 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^{re} Jacqueline Caillat
D^r Pierre de Vevey
D^r Charles-A. Favrod-Coune
D^r Daniel Laufer
D^r Carlos Lima
D^r Jean-Pierre Randin
D^r Patrick-Olivier Rosselet
D^r Tarek Salem
D^r Michael Schekter

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
Avenue des Jordils 40
Case postale 74 - 1025 Saint-Sulpice
Tél. 021/695 95 95 - Fax 021/695 95 50

Réalisation

Inédit Publications SA

Dossier

Les personnes atteintes de troubles mentaux ont aussi des droits!

La proximité temporelle entre la Révolution française de 1789 – avec ses mots d'ordre *Liberté, Égalité, Fraternité* – et l'enlèvement par Philippe Pinel des chaînes aux malades de l'Hôpital Bicêtre à Paris en 1793, ne devraient pas être pris comme une coïncidence fortuite. Depuis des siècles, plusieurs voix s'étaient élevées, avec de maigres résultats, contre les crimes commis contre les personnes atteintes de troubles mentaux, à l'exception peut-être des exemples isolés de l'Espagne, des Pays-Bas et de la Belgique.

Inégalité de traitement avérée

Dans une large mesure, les droits des personnes atteintes de troubles mentaux devraient approximativement correspondre au domaine plus large des libertés et droits du citoyen moyen. En réalité, à travers les temps, les personnes atteintes de troubles mentaux ont toujours eu beaucoup moins de droits que les personnes saines.

Depuis son origine, les principes du mouvement des droits de l'homme se sont modifiés de façon subtile mais significative, modifications qui se sont répercutées dans l'organisation des structures pour les personnes atteintes d'un trouble mental.

À la fin de la Seconde Guerre mondiale, un fort mouvement international pour les droits de l'homme s'est développé, qui a culminé avec la Déclaration universelle des droits de l'homme. Au tout début de ce mouvement, ses avocats orientaient leurs préoccupations vers les questions relatives aux droits civils et politiques: ils se préoccupaient de savoir comment assurer ces droits à ceux qui vivaient sous des régimes totalitaires, en particulier les nouveaux régimes qui se sont consolidés dans l'après-guerre, au-delà du prétendu rideau de fer¹. On voyait naître la guerre froide. Dans la proposition originelle, discutée à l'ONU naissante, les gouvernements devaient être tenus pour responsables et garants des droits civils et politiques de leurs citoyens; même les pauvres et les misérables devaient jouir de li-

berté et avoir les mêmes droits civils et politiques que les riches.

Cependant, la résistance à ces propositions est venue précisément de la part de certains gouvernements totalitaires, lesquels, vu l'inconvenance de s'y opposer ouvertement, décidèrent de les diluer en proposant d'inclure dans la liste des droits de l'homme les droits sociaux et économiques, allant ainsi au-delà des seuls droits civils et politiques proposés jusqu'alors. Sous cette nouvelle proposition, les droits civils et politiques pouvaient être assurés, à condition que les buts fixés par les droits sociaux et économiques soient atteints, ce qui veut dire: oui à la liberté et aux droits politiques mais seulement après que chacun fut nourri et logé². La santé – ou, plus précisément, le droit à la santé – était entendue comme l'un des droits sociaux.

Schlesinger Jr. (cité par Krauthammer, 1993) a très sévèrement critiqué³ ce marchandage entre droits politiques et droits sociaux:

«La Déclaration universelle des droits de l'homme a fini par inclure et les «droits civils et politiques» et les «droits sociaux et économiques», la seconde catégorie étant destinée à plaire aux Etats qui refusaient la première à ses citoyens.»

Finalement, les gouvernements qui atténuaient l'importance des «droits civils et politiques» et qui prônaient la cause des «droits sociaux et économiques» n'en ont octroyé aucun à leurs citoyens, tandis que les personnes vivant dans des pays démocratiques ont

pu bénéficier des deux modalités de droits.

La même sorte de controverse s'est produite par rapport aux services de santé mentale. Le développement d'associations fortes et bien organisées par des usagers et ex-usagers des services de santé mentale a créé un espace où ce débat peut être observé dans toutes ses contradictions. Tandis que dans certains pays il y a des mouvements qui prônent le respect des droits civils et politiques des personnes avec un trouble mental – équivalant aux niveaux locaux des droits de l'homme –, dans d'autres la lutte pour un accès équitable à des services de santé mentale est toujours d'actualité.

Parmi les premiers Etats se trouvent des associations – qui s'autodéterminent «survivants de la psychiatrie», «receveurs de soins», «clients», «usagers primaires», «ex-malades mentaux» – qui exigent des modalités de soins plus ouvertes et flexibles, la fin de la sismothérapie et même la suppression de certains médicaments psychiatriques⁴. Parmi les autres pays, d'importants segments de la société demandent la construction d'hôpitaux et l'accès facile et gratuit aux plus modernes ressources pharmacologiques.

¹ Brody E. B. *Biomedical Technology and Human Rights*. UNESCO, Paris, 1993.

² Cette controverse a fait surface pendant la Conférence des pays non alignés – qui a produit la Déclaration de Bangkok d'avril 1993 – et aussi pendant la Conférence de l'ONU qui a eu lieu à Vienne en juin 1993. La Déclaration de Bangkok affirme que les droits de l'homme ne sont pas du tout universels et qu'ils doivent être considérés dans le contexte des particularités nationales et régionales ainsi qu'historiques, culturelles et religieuses. Bref, «les droits de l'homme sont une invention occidentale et les non-Occidentaux ont leur propre définition des droits de l'homme». (Krauthammer, 1993.)

³ Krauthammer C. *Human Rights: Giving In After the Debate Is Won*. *International Herald Tribune*, June 19-20, p. 4, 1993.

⁴ Martenson L. *Deprived of our humanity: the case against neuroleptic drugs*. Genève, The Voiceless, 1998.

Une résolution de l'ONU

En décembre 1991, l'Assemblée générale de l'Organisation des Nations Unies a adopté la Résolution 46/119 sur la «Protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale»⁵. Cette résolution est un bon exemple d'un compromis entre ces deux approches des droits de l'homme par rapport à la santé. Adoptée après dix ans de débats acharnés au sein de l'ONU, elle est devenue un passage obligatoire pour tous les pays et c'est à elle que, dorénavant, tous les instruments légaux et juridiques pertinents devront se référer.

Il est aussi à relever que c'était la première fois que l'ONU adoptait une

résolution à propos des droits des personnes atteintes d'une maladie spécifique.

Après l'adoption de cette résolution, la Division de la santé mentale de l'OMS initia un projet pour le développement d'instruments pour le suivi de l'application des principes contenus dans la résolution⁶. Ce projet a été fait en collaboration avec plusieurs organisations non gouvernementales (ONG) qui ont manifesté leur intérêt sur le sujet. Les instruments ont été testés et sont prêts à l'utilisation⁷. Les ONG intéressées par le fait de leur insertion dans les contextes local, régional et national se trouvent dans la meilleure position pour assurer sur le terrain le rôle de vérificateur de l'ap-

plication des principes de cette résolution et pour informer l'ONU des éventuels abus.

*José Manoel Bertolote, MD, MSc, PhD
Département de la santé mentale
Organisation mondiale
de la santé et Service universitaire
de psychogériatrie*

⁵ ONU. *Droits de l'homme: une compilation d'instruments internationaux*. New York et Genève, ONU, 1994.

⁶ WHO. *Guidelines for the Promotion of Human Rights of Persons with Mental Disorders*. (Doc.: WHO/MNH/MND/95.4.) Geneva, WHO, 1995.

⁷ WHO. *Quality Assurance in Mental Health Care: check-lists & glossaries*. Volume 2. (Doc.: WHO/MSA/MNH/MND/97.2.) Geneva, WHO, 1997.

Les droits des patients souffrant de troubles mentaux: à propos de quelques progrès récents

La psychiatrie moderne est née quand Philippe Pinel a reconnu le droit des personnes avec troubles mentaux d'être soignées par la médecine dans le respect de leur dignité humaine. Malgré ce début prometteur, les soins psychiatriques ont trop souvent été imposés aux patients en échange de la reconnaissance de leur droit à être soignés. Sur le plan international, le droit de refuser un soin n'a d'ailleurs été reconnu que récemment comme un droit de l'homme.

C'est en 1978 seulement que la *Commission des droits de l'homme* de l'Organisation des Nations Unies (ONU) a commencé à étudier la question de la protection des personnes qui se trouvent privées de leur liberté en raison de troubles mentaux. Plus de dix ans de débats ont été nécessaires pour finaliser un projet de résolution. Le 17 décembre 1991, l'Assemblée générale des Nations Unies a finalement adopté la Résolution 46/119. Elle contient vingt-cinq principes visant à protéger les personnes présentant des maladies mentales et à améliorer les soins en santé mentale.

Cette résolution commence par rappeler que ces principes devraient être appliqués sans aucune discrimination de race, de couleur de peau, de sexe, de langue, de religion, de convic-

tion politique, d'origine nationale, ethnique ou sociale, de statut légal ou social, d'âge, de propriété ou de naissance.

Le texte déclare ensuite qu'aucun traitement ne peut être commencé sans le consentement du patient. C'est l'un des principes le plus difficile à appliquer en psychiatrie, et particulièrement en psychiatrie de la personne âgée. Il pose en effet la question de l'évaluation de la capacité de discernement du patient, car elle est indissociable de la notion de consentement éclairé. Cette évaluation nécessite donc un cadre bien défini.

Un paragraphe entier de la résolution est par ailleurs consacré aux éléments qui doivent être présentés au patient pour pouvoir prétendre à son consentement éclairé:

- démarche diagnostique;
- buts du traitement proposé;
- méthodes de traitement proposées;
- durée et bénéfices attendus du traitement;
- traitements alternatifs existants;
- effets indésirables possibles.

Bien entendu, les conflits au sein des familles, les sentiments d'abandon, les attitudes face à la mort, l'instabilité émotionnelle, les troubles cognitifs, etc., peuvent être des facteurs qui restreignent la capacité du patient à assumer des décisions personnelles importantes. Il va sans dire qu'une capacité de décision restreinte n'implique pas forcément que le patient est incapable de se prononcer quant à son sort. Il peut par ailleurs solliciter l'avis d'une personne de confiance, ou de plusieurs, pour l'aider dans son choix. La relation thérapeutique – la relation de confiance établie entre un médecin et son patient – passe donc aussi par la constitution d'un lien privilégié avec les proches qu'il a choisis pour l'aider. Ces personnes peuvent d'ailleurs prendre une part active dans le traitement: elles peuvent être investies de tâches significatives soit par le patient, soit par les équipes soignantes.

Le patient a le droit non seulement de refuser un traitement mais également d'interrompre en tout temps un

traitement auquel il a donné son consentement. L'exercice de ce droit peut avoir des conséquences graves, surtout en ce qui concerne les traitements visant à prévenir des rechutes. Il importe donc que le patient soit clairement informé des risques qu'il encourt par une interruption de traitement.

convaincue que le traitement proposé l'est dans l'intérêt de la santé du patient.

Nous pouvons remarquer l'importance qu'a l'autorité indépendante dans la décision d'imposer le traitement. Bien que le texte ne spécifie pas les façons par lesquelles une personne peut être investie d'une telle charge,

les modalités de désignation de cette personne sont toutefois primordiales pour éviter les risques de partialité.

Le représentant légal (tuteur) d'un patient peut décider de consentir à l'administration du traitement malgré l'opposition du patient. Cette situation est toujours peu confortable pour les soignants. En cas de traitement imposé, le patient

doit toujours être informé de la nature du traitement et des solutions possibles. Il doit être invité à participer au développement et à l'application du plan de soins. Dans tous les cas, le traitement proposé doit figurer dans la documentation clinique du patient¹. Cette mention doit être complétée de commentaires sur l'adhésion ou la non-adhésion du patient au traitement.

est au bénéfice de mesures de protection, son représentant légal pourra prendre une décision à ce sujet.

La résolution reconnaît par ailleurs le droit du patient (ou de son représentant légal) de faire appel à tout moment à une instance judiciaire – ou à toute autre autorité indépendante – au sujet d'un traitement.

Tout patient doit se voir notifié ses droits et la façon dont il peut les exercer, dans un langage qui lui soit compréhensible. S'il n'est pas en état de les comprendre malgré les efforts faits dans ce sens, ses droits doivent être communiqués à son représentant ou à toute personne habilitée à défendre ses intérêts. Si le patient en est capable, il peut désigner une personne qui devrait être maintenue informée de son état, ainsi qu'une personne représentant ses intérêts auprès des responsables médicaux du service.

Donner vie à la résolution

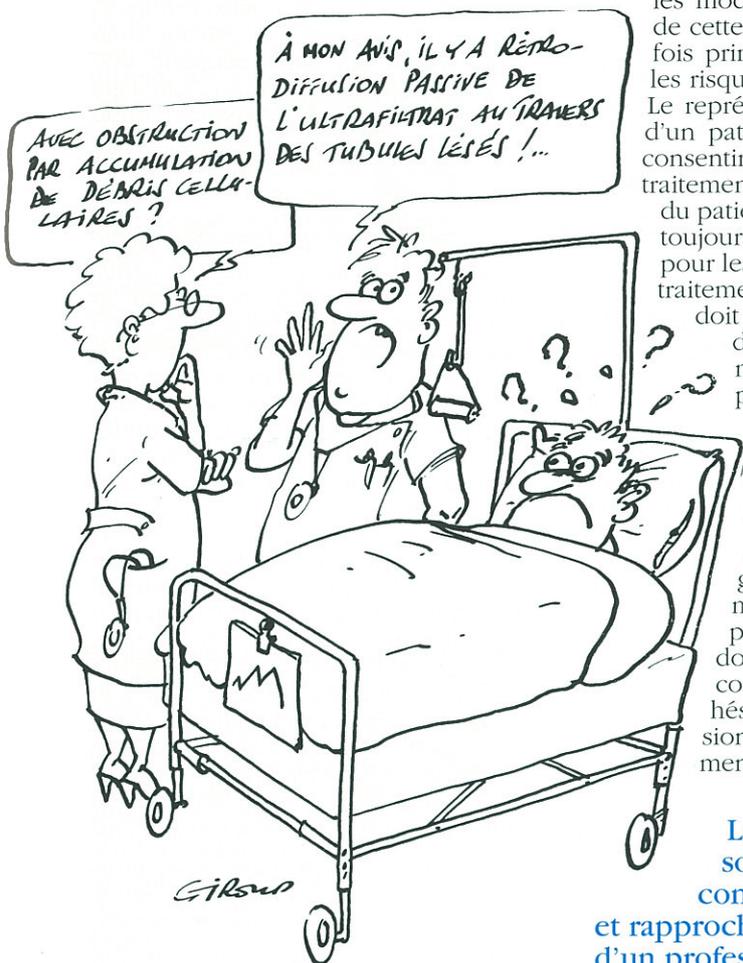
Ces quelques exemples des thèmes abordés par la résolution soulignent qu'elle a constitué une étape importante dans la défense des droits élémentaires des personnes présentant des troubles mentaux. Une étape nécessaire mais insuffisante. Il est maintenant indispensable de donner vie à cette résolution en appliquant ses principes à tous les services concernés: services des urgences, hôpitaux, cliniques, tribunaux, prisons... L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a été chargée de préparer un instrument pour rendre la résolution opérationnelle par ses signataires. Après de nombreuses consultations d'experts et d'organisations non gouvernementales, les Recommandations pour la promotion des droits de l'homme de personnes présentant des troubles mentaux ont été publiées en 1996 par l'OMS.

Mieux protéger la sphère privée

En plus de l'application de ces principes, une attention particulière doit être accordée à la protection de la sphère privée. Cela implique qu'aucune information personnelle n'est diffusée sans le consentement de celui qu'elle concerne, indépendamment du support de cette information ou de son contenu. Cette protection intéresse d'ailleurs aussi bien les patients

¹ Rappelons que la loi vaudoise sur la santé publique du 29 mai 1985 fait de toute manière obligation de tenir un dossier résumant les observations, les prestations fournies et l'évolution du cas.

² Les discussions actuellement en cours autour de la révision des textes en vigueur dans le canton à ce sujet semblent prendre cette direction.



Comprendre le mécanisme d'un renoncement aux soins

Aucun patient ne doit être conduit à renoncer à ses droits. S'il pense renoncer à un traitement, il est nécessaire de chercher à comprendre ses motivations: elles peuvent être liées au trouble mental sous-jacent et doivent être discutées avec le patient et son entourage.

Un plan de traitement peut néanmoins être administré au patient sans son consentement, en cas:

- de traitement d'office (hospitalisation d'office demandée par un médecin traitant);
- de traitement ordonné par une autorité légale indépendante, qui a constaté l'incapacité du patient à donner son consentement au traitement;
- de traitement ordonné par une autorité légale indépendante, qui est

La contention: sous surveillance constante

et rapprochée d'un professionnel

Dans quelques situations particulières, les soignants doivent utiliser des moyens de contention pour assurer la sécurité du patient ou/et de son entourage. Ces moyens ne doivent être utilisés qu'en conformité avec les orientations écrites définies dans le service de soins. Ces moyens ne doivent pas dépasser une durée considérée comme étant suffisante pour obtenir le résultat attendu. Il est par ailleurs impératif de justifier par écrit la décision qui a été prise. Le patient doit être «contenu» dans des conditions qui respectent sa dignité, sous la surveillance constante et rapprochée d'un professionnel². Le représentant légal et/ou les proches du patient doivent être informés de la décision de contention et de l'évolution de son application.

Aucun patient ne doit être obligé de participer à un protocole d'essai clinique ou à une recherche clinique. S'il

et leurs proches que les collaborateurs du service. Elle ne peut être effective sans une attitude active de contrôle et de remise en question permanente de l'organisation du travail: elle doit marquer le souci d'éviter que des informations personnelles ne puissent circuler sans contrôle. Ainsi, la gestion des informations cliniques doit être réalisée de telle manière que des informations personnelles ne soient pas à la portée de personnes non autorisées. Seules les informations directement utiles à la prise en soins devraient être transmises aux partenaires du réseau de soins, et le destinataire de ces informations devrait toujours être personnellement identifié.

Par ailleurs, la gestion et l'archivage des documents nécessitent eux aussi une attention particulière, qu'ils soient sur support papier ou informatique. Les activités d'enseignement et de re-

cherche nécessitent des mesures particulières, notamment en ce qui concerne le consentement du patient quant à l'usage des informations qui le concerne.

La législation fédérale a été dotée ces dernières années de textes précis et contraignants dans le domaine de la protection de la sphère privée³. Ils traduisent le souci légitime du législateur et de la population de protéger ces droits, qui sont considérés comme fondamentaux. Leur contenu devrait donc être aujourd'hui connu de chaque professionnel et les activités cliniques être réorganisées en conséquence.

Bien qu'il puisse sembler au premier abord que les soins psychiatriques offerts en Suisse répondent à

³ Divers documents d'information à ce sujet sont disponibles auprès du Bureau du préposé fédéral à la protection des données, 3003 Berne.

l'ensemble de ces critères, une analyse détaillée indique plutôt qu'il reste du chemin à parcourir pour que nos pratiques concordent pleinement à ces exigences minimales.

Nous saluons ainsi l'effort de l'Assemblée générale des Nations Unies pour promouvoir les droits des patients souffrant de troubles mentaux. Chacun de nous est responsable de l'application de ces principes qui ne font que rendre les interventions psychiatriques plus efficaces. En mettant l'accent sur la défense primordiale des intérêts du patient, ils rappellent à cette discipline la vraie dimension humaine qui est la sienne.

Carlos Augusto de Mendonca Lima
et Nicolas Kühne
Service universitaire
de psychogériatrie
Hôpital de jour psychogériatrique

Les droits du patient sous l'angle juridique

Un ouvrage de Jean-Marie Agier et Nicole Chollet¹ évoque un grand nombre de droits qui appartiennent aux assurés sociaux. Bien que ce guide eût été publié avant l'adoption de la 10^e révision de l'AVS et de la LAMal, il contient nombre de renseignements encore d'actualité.

Il ne serait donc guère indiqué de paraphraser cet ouvrage, que toute personne concernée pourra sans doute facilement se procurer et qui est fort facile à consulter. Nous nous attacherons plutôt à l'examen de quelques questions qui présentent un intérêt particulier, avec l'espoir de voir un jour le Tribunal fédéral des assurances en être saisi et avoir ainsi l'occasion d'y répondre ou de soumettre sa jurisprudence à un nouvel examen.

En évolution permanente

Le droit des assurances sociales, est-il nécessaire de le rappeler, est en constante mutation. Il est dès lors difficile de faire un point de la situation qui soit destiné à durer. A titre d'exemple, nous mentionnerons qu'au moment où cet article a été rédigé, deux lois adoptées par le Parlement devaient être soumises au verdict po-

pulaire, laissant une incertitude quant à l'entrée en vigueur de la nouvelle loi sur l'assurance maternité et sur la dernière révision de l'assurance invalidité.

Droit d'obtenir une décision de l'assureur maladie

Le droit organisant le contentieux de l'assurance maladie présente une particularité dont les conséquences, constatées dans la pratique, peuvent être très désagréables pour les assurés, comme le prouve l'exemple suivant.

En date du 14 février 1997, un assureur maladie avait fait part à un assuré de la façon dont il entendait liquider un cas d'assurance. L'intéressé ayant requis une décision formelle, en expliquant qu'il n'était pas d'accord avec celle qui lui avait été communiquée, l'assureur avait alors rendu une décision formelle, le 6 octobre 1997, qui confirmait celle du 14 février précédent. Opposition fut formée le 13 octobre 1997 contre cet acte administratif. Las de ne pas voir statuer sur

cette opposition et sans nouvelles de l'assureur, l'assuré avait fini par recourir au tribunal des assurances compétent par pli du 30 janvier 1998 posté le 10 février suivant, en se fondant sur l'article 86 alinéa 2 LAMal, selon lequel le recours peut aussi être formé lorsque l'assureur n'a pas rendu de décision ni de décision sur opposition, en dépit de la demande de l'assuré. L'autorité saisie déclara le recours prématuré, le 14 septembre 1998, parce que le retard apporté à statuer sur l'opposition n'était pas si important qu'il justifierait un recours pour déni de justice, ce d'autant plus qu'il est d'expérience que les caisses maladie ont fort à faire durant les trois derniers mois de l'année, s'agissant notamment de l'établissement des nouvelles primes, ce qui peut expliquer un certain ralentissement dans le traitement des dossiers. Le tribunal a aussi estimé que l'affaire exigeait une instruction particulièrement poussée des cas litigieux, ce qui ne peut qu'augmenter les délais nécessités par la gestion de ceux-ci (il évoquait également l'évolution récente de la jurisprudence, qui devait être rapprochée de la richesse de la doctrine).

L'affaire a été tranchée très récemment par le Tribunal fédéral des assurances, dont la décision, si elle apporte une certaine clarté et vise à décharger les autorités judiciaires, n'est somme

¹ Jean-Marie Agier et Nicole Chollet. *Maladie, accident, invalidité, vieillesse, perte de soutien: vos droits d'assurés*. Guide juridique pratique, Editions d'En bas, Lausanne, 1991.

toute guère favorable aux assurés. Il est même permis de se demander si les tribunaux en bénéficieront vraiment.

Un cas d'école...

De l'avis de la Haute Cour, l'article 80 alinéa 1 LAMal oblige les assureurs maladie, en cas de désaccord avec un assuré et sur demande de celui-ci, à prendre position dans les trente jours dans une décision formelle qui pourra être attaquée dans les trente jours également par voie d'opposition. Cette dernière ouvre une sorte de procédure de reconsidération qui confère à l'autorité ayant statué la possibilité de réexaminer sa décision avant que le juge ne soit éventuellement saisi.

Le but ainsi visé est d'obliger l'assureur à revoir sa décision de plus près, de lui permettre, en particulier, de compléter au mieux le dossier par des mesures d'instruction appropriées – souvent nécessitées par les nouveaux allégés de l'assuré – afin de décharger les tribunaux, ce qui est l'objectif final recherché. L'article 85 LAMal (à la différence de l'article 80 alinéa 1 LAMal) n'instituant pas de délai de trente jours pour statuer sur l'opposition, les assureurs maladie n'ont pas l'obligation de le faire dans un tel laps de temps. Il n'en demeure pas moins que la procédure d'opposition est soumise aux garanties de procédure de l'article 4 alinéa 1 de la Constitution fédérale, qui exige notamment qu'une procédure soit achevée dans un délai raisonnable. Et l'arrêt de rappeler qu'il y a retard injustifié (donc, que le délai en question n'est pas respecté) lorsque l'autorité diffère sa décision au-delà de ce qui est raisonnable (cela doit s'apprécier au regard des circonstances particulières, notamment de l'ampleur et de la difficulté de la cause ainsi que du comportement du justiciable, mais non des circonstances sans rapport avec le litige, telle une surcharge de travail de l'autorité).

En l'espèce, le Tribunal fédéral des assurances a considéré que la complexité de l'affaire justifiait le temps mis à statuer – ou plus exactement à ne pas statuer – notamment au regard de l'ampleur de la doctrine qui s'était attachée à examiner la question de principe au cœur du différend. Les frais ont été mis à la charge du recourant.

... et la leçon qui en découle

Il faut tirer la leçon de cette décision de justice.

Si l'article 80 LAMal fixe un délai de trente jours à l'assureur dont une décision n'est pas acceptée par l'assuré pour la confirmer², sur demande expresse de l'intéressé, la loi ne précise pas dans quel délai l'assuré doit pré-

senter cette demande. Or, cette situation existait déjà sous l'empire de l'ancienne LAMA. La jurisprudence prescrivait alors à l'assuré de réagir dans un délai d'examen et de réflexion convenable, dont la durée devait être fixée de cas en cas, selon les circonstances. A notre avis, on doit aujourd'hui encore laisser à l'assuré le temps convenable, variable selon les situations mais certainement supérieur à trente jours, pour exiger une décision formelle³. Passé ce délai, il faudra considérer que la décision non formelle a été acceptée et par conséquent est entrée en force, en application des principes développés dans ce domaine par la jurisprudence, qui a conservé sa validité, à nos yeux.

A l'assuré de réagir

L'assuré qui n'a pas reçu de décision formelle dans les trente jours dès sa demande expresse sera donc bien inspiré, s'il a le sentiment que son assureur maladie n'est pas prêt à lui donner satisfaction, de saisir immédiatement le tribunal des assurances, dès le délai écoulé. Le juge devra alors examiner le fond de l'affaire, puisque l'article 86 alinéa 2 LAMal donne expressément à l'assuré le droit de s'adresser

au tribunal des assurances dans une telle hypothèse. L'intéressé évitera ainsi de devoir attendre une décision sur opposition qui (vraisemblablement dans la plupart des cas) ne répondra pas à son attente. Il eût certainement été plus indiqué que le Tribunal fédéral des assurances suive l'opinion de Gebhard Eugster (qui à notre connaissance est le seul auteur à s'être prononcé sur cette question), selon laquelle il faudrait reconnaître au délai de trente jours de l'article 80 LAMal une valeur indicative dans le cadre de la procédure d'opposition. L'assureur qui n'est pas en mesure de rendre sa décision dans ce délai pourrait certes le dépasser, mais il devrait invoquer des motifs sérieux et pertinents et en informer l'assuré en lui indiquant la durée probable du retard (une surcharge de travail ne devant pas constituer un motif suffisant, à cet égard). A tout le moins, cet avis pertinent eût mérité d'être suivi!

² Il n'est bien entendu pas interdit à l'assureur de se rallier à l'opinion de l'assuré et de lui notifier une décision lui donnant satisfaction!

³ Lorsque l'assureur l'aura renseigné de manière informelle – ce qui pourrait aussi intervenir par le versement de prestations sans explication aucune – sur la façon dont il entend liquider un cas d'assurance.

Choix du fournisseur de soins selon la LAMal

Un autre problème intéressant – à notre avis tranché récemment de manière malheureuse par le Tribunal fédéral des assurances – concerne le statut dans la LAMal des assurés qui ont besoin de soins à domicile dont le coût est supérieur (pour l'assureur maladie) à celui des mêmes soins qui pourraient être prodigués dans un établissement médico-social (EMS). Car, si l'on n'y prend pas garde, la décision prise récemment par la Haute Cour dans ce domaine pourrait menacer le principe du libre choix du fournisseur de soins, pourtant ancré dans la LAMal.

L'arrêt que nous évoquons concernait une assurée dont l'état de santé justifiait des soins à domicile très importants pour lesquels une demande d'indemnisation d'heures supplémentaires avait été présentée à l'assurance. L'assureur maladie avait refusé de les autoriser en alléguant qu'un séjour dans un EMS serait beaucoup plus économique pour lui. En l'occurrence, le coût des soins à domicile (à raison de cinq heures par jour) s'élevait à 110 francs, alors que l'assurance n'aurait eu à prendre en charge que 20 francs par jour dans l'EMS de référence (en application d'une convention tarifaire fixant un forfait journalier). Analysant les deux possibilités ouvertes à l'assu-

rée (recevoir à domicile des soins occasionnant des frais beaucoup plus élevés que ceux entraînés dans un EMS, d'une part, et, d'autre part, accepter un placement dans un tel établissement), la Haute Cour a estimé qu'il s'agissait de deux variantes aussi appropriées l'une que l'autre. Aussi a-t-elle jugé qu'il fallait préférer celle des deux qui était la plus économique pour l'assurance, à savoir le placement en EMS, dès lors qu'il faut prendre en compte, pour effectuer la comparaison des coûts, les frais encourus à domicile, d'une part (en l'occurrence 110 francs par jour), et ceux pris en charge par l'assureur dans un EMS, d'autre part (en l'espèce 20 francs par jour). Pour le Tribunal fédéral des assurances, les charges que doit assumer l'assuré dans un cas comme dans l'autre n'entrent donc pas en considération, et il n'y a pas lieu non plus de s'interroger sur les raisons expliquant un forfait aussi favorable.

Un principe ignoré

Or, l'arrêt n'examine pas la question qu'il importait pourtant de trancher avant de décider si le principe de l'«économicité» du traitement pouvait être invoqué pour fonder un refus de prendre en charge le coût des soins à domicile dépassant celui des frais en-

courus par l'assureur en cas de séjour dans un EMS. En effet, les travaux préparatoires de la LAMal laissent clairement entendre que les soins à domicile doivent permettre d'éviter des hospitalisations, de les retarder ou au moins d'en diminuer la durée, et cela sans égard au coût de ces mesures. Le maintien à domicile devait donc l'emporter sur le principe de l'«économicitée» du traitement, ce que la Haute Cour a tout simplement ignoré.

L'«économicitée» n'est pas toujours le meilleur critère

Mais, même s'il avait été juste de se placer dans le cas d'espèce sur le terrain de l'«économicitée» du traitement, l'arrêt serait critiquable pour d'autres raisons.

L'article 32 LAMal exige certes que le traitement à la charge de l'assurance maladie obligatoire soit efficace, approprié et économique. Mais l'article 56 LAMal (sous le titre «Caractère économique des prestations») prescrit, lui, de limiter les prestations «à la mesure exigée par l'intérêt de l'assuré et le but du traitement». Or, on sait que, très souvent, le placement d'un patient dans un EMS a des effets désastreux sur son moral et, très rapidement, sur son état physique. Cet aspect de la question n'est pas du tout évoqué par le Tribunal fédéral des assurances et n'a donc pas été pris en considération, malgré son importance. Il importe par conséquent de souligner ce facteur, lorsqu'on se trouve en face d'un assureur qui entend opposer le principe de l'«économicitée» du traitement à un assuré qui a besoin de soins à domicile.

Notons également que la comparaison des coûts effectuée devrait tenir compte des éventuelles subventions des pouvoirs publics, voire du secteur privé, permettant de conclure des conventions tarifaires forfaitaires particulièrement avantageuses (si avantageuses souvent que le maintien à domicile devient une utopie).

Par ailleurs, il ne faudrait pas oublier qu'un régime de forfait se carac-

térise par le fait que le montant convenu représente une moyenne. Or, qui dit moyenne dit montant insuffisant dans certains cas et excessif dans d'autres. Il est par conséquent choquant qu'un assureur au bénéfice d'un forfait puisse se retrancher derrière le montant convenu quand cela l'arrange, soit lorsque les frais à domicile sont plus élevés que ce dernier, et tabler sur les coûts plus favorables de soins à domicile lorsque l'application du forfait lui serait préjudiciable!

Mais le grand danger (au vrai, caché) présenté par cet arrêt réside dans le fait que le principe de l'«économicitée» du traitement est déclaré applicable lorsqu'on se trouve en présence de mesures de même nature dont le coût varie en fonction du tarif applicable – facturation à l'acte dans un cas, forfaitaire dans l'autre. Or, aucune disposition de la LAMal ne prescrit expressément aux assurés de choisir les fournisseurs de soins *appliquant les tarifs les moins onéreux*. Pourtant, le Tribunal fédéral des assurances semble bien adresser une telle injonction aux assurés qui ont besoin de soins à domicile. Et l'on peut légitimement craindre que l'on décide un jour d'appliquer le principe ainsi posé au domaine des soins médicaux: un assureur pourra alors limiter ses prestations à celles qu'il aurait versées si l'assuré avait consulté un médecin ayant signé avec lui une convention tarifaire plus favorable que celle passée avec le fournisseur choisi dans le cas particulier (ou plus favorable que le tarif édicté par le gouvernement cantonal conformément à la loi).

Il ne saurait faire de doute qu'une telle attitude violerait le droit médical de la LAMal. Elle ne saurait être justifiée par une référence à l'article 56 LAMal, dont on ne peut pas déduire que des mesures ne sont pas économiques du seul fait qu'elles ont été facturées en appliquant un tarif conforme à la loi, mais plus élevé que celui liant d'autres fournisseurs appliquant les mêmes mesures.

cidé de ne plus verser désormais que le montant forfaitaire convenu avec l'EMS de référence (69 francs par jour, censé comprendre les frais de médecin, de pharmacie, de laboratoire, de physiothérapie).

Appliquer aveuglément la jurisprudence récente à un tel cas d'espèce (en retenant seulement que la Haute Cour a admis le plafonnement des prestations dans l'affaire soumise à son examen) reviendrait à imposer aux assurés le régime financier de l'EMS dès que la durée des soins journaliers dépasse une heure! Une telle conclusion serait en contradiction flagrante avec les travaux préparatoires de la LAMal. Elle ne serait pas compatible avec les dispositions de l'OPAS, dont l'article 8a alinéa 3 prescrit une procédure de contrôle systématique du bien-fondé de l'évaluation des soins requis ainsi que de l'adéquation et du caractère économiques des prestations dès que les prescriptions ou les mandats médicaux prévoient plus de soixante heures de soins par trimestre (ce qui représente quelque vingt heures par mois).

Jean-Louis Duc
Professeur honoraire UNIL

Cet article contenait encore deux chapitres («Affiliation à l'assurance maladie facultative d'une indemnité journalière» et «Epuisement du droit aux indemnités journalières de la LAMal») que nous avons laissés de côté avec l'accord de l'auteur. Ils sont disponibles auprès du SG de la SVM ou directement auprès du professeur Duc, La Corbaz - Les Quartiers, 1837 Châteaue-d'CEX.

Résumé

L'auteur entend attirer l'attention sur ce qu'il considère être une anomalie du droit de l'assurance maladie sociale: selon la jurisprudence la plus récente, les assureurs maladie n'ont pas l'obligation de rendre une décision dans les trente jours dès l'opposition de l'assuré. Il peut en résulter des retards conséquents. Aussi conseille-t-il aux assurés qui n'auraient pas reçu de décision susceptible d'opposition dans le délai légal de trente jours de saisir immédiatement le juge des assurances, qui devra examiner le fond de l'affaire.

L'auteur attire d'autre part l'attention sur une direction fâcheuse que pourrait prendre la jurisprudence, au regard d'un arrêt récent du Tribunal fédéral des assurances permettant aux assureurs maladie de ne prendre en charge que le forfait journalier prévu pour les séjours en EMS en lieu et place du coût – plus élevé – de soins à domicile, cela au nom de l'«économicitée» du traitement. On pourrait en arriver à porter gravement atteinte au libre choix du fournisseur de soins.

Rationnement des soins à domicile

L'arrêt évoqué ci-dessus concerne peut-être un cas très particulier: le coût des soins à domicile était en l'espèce plus de cinq fois plus élevé que celui du forfait applicable dans l'EMS de référence. Il n'est pas absolument exclu que la Haute Cour, si l'occasion lui en est donnée, précise sa jurisprudence et constate qu'il s'agissait dans l'affaire jugée d'une différence telle qu'il se justifiait d'appliquer le principe de l'«économicitée» du traitement (ce que nous contestons vivement).

Une menace juridique sur les soins à domicile?

Un autre exemple (réel) montre que, non infléchi, la jurisprudence pourrait menacer l'institution des soins à domicile.

Un assureur avait payé 48 702 fr. 50 en 1998 pour 695 heures de soins à domicile. Cela représentait 133 fr. 50 par jour (à raison de 70 francs l'heure), soit un peu moins de deux heures de soins par jour. A la suite de l'arrêt rendu par la Haute Cour, cet assureur a dé-

Les médecins informent-ils suffisamment leurs patients?

Environ un tiers des plaintes qui parviennent chaque année aux services de consultation de l'Organisation suisse des patients (OSP) concernent les médecins, dont 12% se rapportent au manquement au devoir d'information ou au refus du médecin de donner au patient accès à son dossier médical.

Rappelons que, selon le droit, le patient a droit à une information complète et compréhensible:

- sur sa maladie et son pronostic, avec ou sans traitement;
- sur les traitements possibles, leur but et le plan thérapeutique (durée du traitement, personnes chargées dudit traitement);
- sur les risques et effets secondaires du traitement proposé;
- sur la façon dont une intervention chirurgicale sera pratiquée;
- sur les possibilités éventuelles d'autres diagnostics et traitements, leurs chances de succès et leurs risques;
- sur les coûts du traitement et sur le refus éventuel de l'assureur maladie de les assumer.

En outre, le patient a le droit de consulter son dossier médical complet – et d'en obtenir des copies – c'est-à-dire de toutes les notes écrites et documents concernant le diagnostic, le traitement et les soins (y compris les radiographies), ainsi que des rapports, de la correspondance et des lettres de transfert.

En résumé, le patient doit être en mesure de donner son consentement éclairé et sans subir de pressions. La loi vau-

doise sur la santé publique – actuellement en révision et sur laquelle l'OSP a été invitée à formuler ses remarques – est en retard par rapport à la conception moderne de transparence à l'égard du patient.

Le dialogue est essentiel

Nos conseillères constatent encore trop souvent des lacunes dans l'information donnée au patient et surtout l'absence d'un vrai dialogue. Dans certains cas, une lettre adressée au cabinet, avec copie à l'OSP, permet au patient de recevoir la radiographie, le rapport d'opération ou tout autre document qu'il désire obtenir. Dans d'autres, les conséquences du non-respect du devoir d'information sont irréversibles. Tel le patient qui n'a pas été rendu attentif aux risques liés à une opération du genou et qui se retrouve affecté d'un boitement. Bien informé, il aurait peut-être renoncé à une intervention et préféré supporter les inconvénients de son état d'alors. Le procès qu'un patient gagne parfois grâce à l'efficacité de l'un des avocats-conseils de l'OSP va peut-être lui permettre d'être indemnisé pour le dommage subi, mais c'est une maigre consolation.

Aussi l'OSP déploie-t-elle de grands efforts pour

agir en amont. Elle entretient des contacts avec les principaux acteurs de la santé et participe à plusieurs commissions et groupes de travail fédéraux et cantonaux. Conformément au droit de consultation inscrit à l'article 43 alinéa 4 de la LAMal, elle examine les contrats tarifaires que lui soumettent les fédérations cantonales d'assureurs et de thérapeutes et leur transmet ses commentaires.

Ces dernières années, l'OSP a collaboré avec les chirurgiens suisses pour établir des protocoles d'information écrits aux patients. Ils sont en phase d'introduction auprès des chirurgiens en Suisse alémanique. Pour sa part, la soussignée fait partie d'un groupe de travail du CHUV pour une démarche allant dans le même sens.

Autre forme d'information dont l'OSP a, cette fois, pris l'initiative, le *Livret d'examen radiologiques*¹. Ce document – qui a reçu l'appui, financier également, de l'OFSP, et qui a bénéficié du concours de la FMH, du CMPR (Collège de médecine de premier secours) et de la SSO (Société suisse d'odontostomatologie) dans sa réalisation – rend de précieux services au médecin comme au patient. La consignation simple des examens (indication des dates, parties du corps exposées et doses, types d'examen, nom du médecin ou de l'institut) permet ensuite à tout médecin ou dentiste d'avoir une vue synthétique des examens effectués par ses confrères et de récupérer les documents nécessaires. Le cas échéant, il est aussi possible d'éviter des expositions inutiles et des coûts superflus.

Faire encore mieux

Le droit a évolué de manière favorable à une meilleure information du patient et les associations de patients ont plus d'occasions d'apporter leur contribution dans ce domaine; cependant, des progrès restent à faire – notamment dans la formation des médecins et du personnel soignant – pour que le droit du patient à l'information soit plus largement respecté.

Babette Hünenberger
Déléguée OSP pour la Suisse romande

¹ Vous pouvez obtenir ce livret au prix de Fr. 8.- à l'adresse suivante: Organisation suisse des patients, case postale 6139, 2502 Bienne. Merci d'envoyer votre commande accompagnée d'une enveloppe C5 affranchie et libellée à votre adresse.



Clinique chirurgicale et Permanence de Longeraie

S.O.S. MAIN

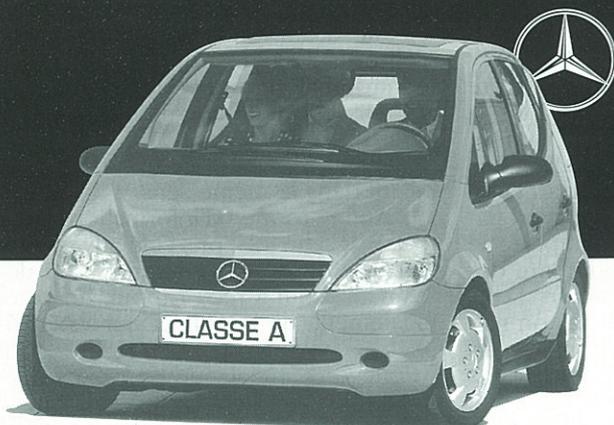
- Centre de traumatologie et de chirurgie réparatrice de la main et des extrémités
- Chirurgie reconstructive des nerfs périphériques et du plexus brachial
- Microchirurgie
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique et reconstructive
- Physiothérapie et rééducation fonctionnelle
- Ergothérapie
-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

1001 Lausanne – Avenue de la Gare 9 – Téléphone 021/320 33 01 – Fax 021/312 49 07

Mercedes-Benz Classe A

dès Fr. 25'500.- 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, rte 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, rte de Saint-Maurice 233, tél. 021/977 05 05

Garage de la Plaine

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



Notre Garantie – La Qualité

- Installations pour médecins et hôpitaux
- Etudes et planifications
- Service technique d'entretien et de réparations
- Instrumentation, appareils et implants pour la chirurgie
- Tables et lampes d'opérations
- Mobilier de stations et de salle d'op

Agent en Suisse romande de:

MAQUET

Otopront

Original Hanau

AESGULAP

ZEISS (Suisse)

HanauLife

Boston Medical

En Budron C2 – 1052 Le Mont-sur-Lausanne

Tél. 021/654 30 80 – Fax 021/654 30 89

E-mail: mblanc@worldcom.ch

Cours d'homéopathie

pour médecins, dentistes, vétérinaires, pharmaciens et étudiants en médecine de 1'

Ecole Suisse Romande d'Homéopathie Uniciste.

Seul cours en Suisse Romande accrédité par la Société Suisse des Médecins Homéopathes (SSMH) pour l'AFC en homéopathie décernée par la FMH

Cours d'introduction les 5, 6 et 20 novembre à Lausanne. Prix 400.- (étudiants 200.-)

Renseignements: ESRHU, Dr F. Audétat – 3, rte de Florissant – 1206 Genève

Tél. 022/789 49 49 – Fax 022/346 04 44

Communications de la SVM

La sauvegarde du laboratoire du praticien s'organise

L'enquête organisée par le *CMV* auprès des médecins de la SVM concernant leur laboratoire a recueilli un écho suffisant pour encourager la commission du laboratoire à poursuivre ses travaux. Cent trente d'entre vous ont répondu au questionnaire proposé et confirmé leur attachement à leur laboratoire, puisque **118 sur 125** médecins possédant un laboratoire ont estimé qu'il était indispensable à leur pratique (voir ci-dessous).

La commission a analysé l'ensemble des données et envisagé diverses stratégies visant à améliorer la rentabilité des laboratoires des médecins. Ce but devrait être atteint principalement en diminuant les frais généraux par une collaboration accrue entre médecins et avec un groupe de laboratoires privés du canton qui participent à cette commission. Un meilleur soutien aux médecins et à leurs assistantes ou laborantines dans divers domaines, en particulier la formation continue, et l'accès facilité à l'avis de spécialistes sont également envisagés, ce qui devrait améliorer encore la qualité des résultats obtenus.

Cependant, afin de pouvoir calculer avec plus de précision la rentabilité actuelle et à venir du laboratoire du praticien, la commission devrait avoir accès à des informations plus détaillées provenant du nombre le plus important possible de médecins possédant, seuls ou en groupe, un laboratoire. Certains médecins nous ont déjà fait parvenir des chiffres concernant leur laboratoire, ce dont nous les remercions chaleureusement. Malheureusement, seuls de rares rapports sont suffisamment détaillés pour permettre une analyse de rentabilité actuelle et après introduction du tarif OFAS.

Nous faisons donc appel à l'ensemble des médecins possédant des chiffres détaillés concernant leur laboratoire afin qu'ils les mettent à disposition de la commission du laboratoire, pour le bien de tous.

Dans le but de faciliter leur travail et celui des membres de la commission qui seront chargés d'analyser ces données, un questionnaire a été élaboré. Celui-ci peut être obtenu sur simple appel téléphonique au secrétariat de la SVM (tél. 021/652 99 13).

Le nombre le plus grand possible de médecins participant à cette étude sera seul garant de sa validité qui permettra, en retour, d'aider la majorité des médecins vaudois qui le désirent à garder un laboratoire de qualité, efficace et rentable.

Appel du GIV..

Dans ce numéro, la commission du laboratoire propose un questionnaire à remplir par le plus grand nombre de médecins afin d'évaluer la rentabilité du laboratoire du praticien et, de là, d'élaborer une stratégie afin de l'améliorer pour défendre, dans le proche avenir, le maintien de cet outil essentiel pour notre pratique. Le comité appelle ses membres à participer activement à cette enquête afin de soutenir le travail de ladite commission.

*Pour la commission du laboratoire de la SVM
J.-Ph. Grob, membre du comité de la SVM*

Commission du laboratoire de la SVM

Médecins M. Abdelmoula, M. Eddé
J.-Ph. Grob, M. Junod
Laboratoire G. Bill, A. Induni
J.-P. Monneron

Résultats de l'enquête concernant le laboratoire du praticien

Réponses		130
	sans laboratoire	5
Laboratoire du praticien indispensable	OUI	118
	NON	9
	sans avis	3
Cabinet	individuel	90
	groupe	35
Personnel	assistante	82
	laborantine	43
Appareils	chimie	122
	hémostase	61
	hématologie	56

... et l'avis du GMGV

Le laboratoire du praticien est à la dérive, le tarif OFAS prévu avec l'introduction du GRAT va entraîner son naufrage. Seuls les grands laboratoires pourront survivre.

Le comité du GMVG vous encourage à participer à l'enquête organisée par la commission du laboratoire de la SVM; celle-ci a besoin de chiffres pour juger de la rentabilité future de votre laboratoire. Ce n'est que par votre large participation qu'elle pourra proposer d'ici à la fin de l'année des solutions concrètes (centrales d'achat, etc.) pour sauver le laboratoire du praticien, outil indispensable à la poursuite d'une médecine de qualité.

Soyez donc nombreux à demander le questionnaire au secrétariat de la SVM.

*D^r M. Jounod
D^r E. Frechelin*

Du nouveau dans la formation de l'assistante médicale!

Rappel: depuis 1996, la formation de l'assistante médicale est régie par l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT). La formation est ainsi reconstruite sur le plan fédéral et subventionnée par l'Etat et les cantons.

Diverses formations d'assistante médicale sont proposées sur le marché, mais la Société vaudoise de médecine et l'Association romande des assistantes médicales ne soutiennent que l'apprentissage régi par l'OFFT, car cette formation est sous surveillance officielle et aboutit à un diplôme fédéral.

Demande d'autorisation de former

Le médecin adresse sa demande au Service de la formation professionnelle à Lausanne (tél. 021/316 63 44/45), qui lui enverra les documents nécessaires et enregistrera son autorisation de former.

Cours de maître d'apprentissage

Le médecin (ou son assistante) doit suivre un cours de maître d'apprentissage s'il n'a pas déjà formé des apprenties ou des stagiaires auparavant. Ce cours se déroule à Lausanne et est

réparti sur 26 périodes pour le médecin, ou 40 périodes pour l'assistante médicale diplômée. Il s'agit de cours de pédagogie et de psychologie permettant de nouer un meilleur dialogue avec une jeune personne en formation et de lui transmettre au mieux le «savoir-faire». Ce cours doit être suivi impérativement dans les deux ans suivant la signature du contrat.

Financement des cours

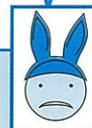
Les médecins membres de la SVM paient une cotisation de solidarité de Fr. 50.- par an, qui couvre la totalité des frais de cours pour les médecins maîtres d'apprentissage vaudois.

L'enseignement professionnel

Il se déroule dans deux écoles d'assistantes médicales à Lausanne: l'Ecole Médica et l'Ecole Minerva.

La formation se construit sur trois piliers:

- l'enseignement théorique en école professionnelle;
- l'enseignement des cours pratiques (ou cours d'introduction);
- la formation pratique au cabinet médical.



Récemment, mon secrétariat a reçu le téléphone suivant de l'Assurance

Wincare: «Nous vous informons que nous avons calculé les honoraires du Dr X et qu'ils sont de Fr. 327.60 et non pas de Fr. 328.- comme indiqué sur le relevé. En conséquence, nous rembourserons selon notre calcul de Fr. 327.60.»

Il est vrai que notre programme de gestion, vieux de 10 ans, arrondit au franc supérieur ou inférieur, mais compte tenu de la distance entre l'agence et le cabinet, le téléphone a dû coûter environ 3 francs. La rentabilité est excellente et je remercie les assurances de m'informer quand la facture est de 163 francs au lieu de 163 fr. 40.

Dr P. Rosatti

Nouvelle formule dès août 1999

En 1^{re} et 2^e année, les cours débutent fin août (rentrée scolaire) avec un cours pratique (cours bloc d'un mois) où l'élève se rend à l'école tous les jours. Un deuxième cours bloc d'un mois a lieu au début du 2^e semestre, c'est-à-dire de fin février à fin mars. En 3^e année, il n'y a qu'un seul cours bloc, en août.

En dehors des cours blocs, l'enseignement professionnel en école a lieu le jeudi. Les quatre autres jours de la semaine, l'apprentie travaille au cabinet médical.

Cette nouvelle répartition des cours découle des résultats d'une enquête menée auprès des médecins maîtres d'apprentissage, qui souhaitent notamment une présence accrue et régulière des apprenties au cabinet.

Salaires

Le salaire cumulé d'une apprentie reste de Fr. 29 250.- pour la totalité des trois ans.

Le salaire d'une assistante médicale diplômée pour 1999 est de Fr. 3500.- en 13 mensualités, plus la prime d'ancienneté de Fr. 100.- à Fr. 135.- par année de pratique.

Pour tout renseignement sur l'apprentissage, vous pouvez contacter les commissaires professionnels:

Dr Pierre Bourquin, Leysin,
tél. 024/494 15 47

Dr Wilfried Rusterholz, Romanel-sur-Lausanne,
tél. 021/646 64 55

M^{me} Doris Hervé, Nyon, tél. 022/362 43 80

M^{me} Marilynne Rodet, Saint-Légier,
tél. 021/943 45 64

Dr^s Horn et Minghelli, membres de la Commission cantonale des cours des assistantes médicales

Courrier

«Médecin diplômé»...

Le Dr X peine devant un prurit allergique – pénible! – chez une octogénaire dont il est le médecin depuis quarante ans. Aucune réponse satisfaisante aux traitements habituels. Aucune origine «grave» à ce prurit.

Ce confrère sait par expérience le succès, parfois, dans de tels cas, de quelques séances d'auto-hémothérapie. On va donc essayer: c'est simple, inoffensif et peu coûteux. Mais la patiente se déplace difficilement. On va donc demander l'aide du CMS du quartier, en expliquant en détail la marche à suivre.

Devant la réticence du CMS, le confrère répète par fax le contenu de son téléphone, et souligne qu'il assume totalement la responsabilité de ce tt.

Quelques heures plus tard, il reçoit un appel tout à fait courtois d'un confrère qui tient le rôle de «conseil» auprès des CMS: «N'ayant jamais pratiqué cela, n'en ayant aucune connaissance, il ne peut en endosser la responsabilité devant le CMS, qui, par conséquent, reste libre de sa décision...» Aucune explication du Dr X n'ébranle la fermeté du confrère. Le premier répond qu'il se voit donc contraint d'aller en personne à domicile faire de sa main cette redoutable intervention, pour le plus grand avantage de la «médecine économique».

Un peu plus tard encore, téléphone du CMS au Dr X: «Le CMS se chargerait bien de ce traitement si vous acceptiez d'être présent lors de la première séance.» Rendez-vous est donc fixé au lendemain matin. Tout se passe en toute simplicité, devant la patiente qui rit en racontant qu'elle avait naguère bénéficié d'un tel traitement.

Quoi de notre diplôme? De notre expérience? De notre jugement?

L'emprise dirigiste s'étend. La peur du gendarme paralyse...

Dr Pierre Vuillemin, Lausanne

Une formation continue sur un sujet important où la SVM s'ouvre à de multiples partenaires...

Le 29 avril 1999, le «Jeudi de la Vaudoise» a été inhabituel. En effet, cette session mensuelle de formation continue (FC) pour médecins a été consacrée à la violence domestique. La Commission de FC a saisi cette occasion pour ouvrir ce colloque aux nombreux partenaires non médecins concernés par ce problème. C'est ainsi que plus de 450 personnes (dont 180 médecins) se sont réunies au CHUV ce jour-là. Une dizaine d'associations étaient présentes, certaines avec un stand dans le hall du CHUV, et la plupart d'entre elles étaient représentées par des intervenants dans les vingt séminaires organisés durant la journée. Cette manifestation de FC était le fruit d'une organisation tripartite: le Service de la santé publique, la Policlinique médicale universitaire et la Société vaudoise de médecine.

Le grand nombre de participants est peut-être lié au sentiment diffus de beaucoup d'entre nous, celui d'être fréquemment en contact avec un monde secret, d'horreur et de silence où même la victime se tait...

Le Dr D. Halpérin, de Genève, a montré la fréquence des cas rencontrés dans les services d'urgence, dans les consultations pour femmes enceintes, chez les praticiens: beaucoup d'études font état de 5 à 10% de personnes touchées par ce problème. Les

médecins devraient être de véritables sentinelles pour ce problème de santé publique et cette souffrance individuelle si cachée: femmes et enfants battus, violence physique et psychique, en institution, sur le lieu de travail, à l'école. Qui d'entre nous n'a jamais suspecté de telles situations?

Durant cette journée, l'organisation de la séance plénière, puis celle des séminaires, avait pour but de faire passer trois messages:

1. Il faut lutter contre la «cécité» ou la «crédulité» médicale, synonyme d'indifférence, ou, pire, de complicité.
2. Le médecin doit savoir que le secret médical n'est pas «sacro-saint», comme l'a bien rappelé M. M. Pellet, ex-substitut du procureur can-

tonal. En effet, pour toutes les situations qui touchent l'enfant, la loi exige du médecin qu'il les dénonce au médecin cantonal; pour l'adulte, les magistrats considéreront que la rupture de secret n'est pas punissable dans de nombreuses situations.

3. Le médecin doit savoir qu'il ne peut affronter seul de telles situations: de nombreuses associations sont là pour lui offrir l'aide nécessaire, humaine, sociale ou légale.

Comme l'a rappelé finalement le Dr M. Vannotti, une telle journée devrait nous aider à passer «de l'indifférence aux stratégies de solidarité»...

*Professeur A. Pécoud
Président de la Commission FC*

Nouveaux membres - mars 1999

Membres titulaires

M. Adouane Salah
M. Alvero Luis
M. Ciavatta Ettore
M. Croisier Bernard
M^{me} Dewarrat Annelise
M. Di Carlantonio Dario
M^{me} Egger-Nadas Silvia
M^{me} Gagnebin Anne-Lise

M. Georgescu Dan
M. Hosner Michel
M. Jotterand Sébastien
M^{me} Mayor Bernadette
M. Perret François
M. Polokowski Marc
M. Sidoti Pinto Claudio

Brèves

Chiner pour soutenir la recherche contre le cancer

Au Mont-sur-Lausanne, chemin de Maillefer 49, derrière une fière rangée de sapins, se trouve une ferme transformée en un magasin nommé «La Découverte»: c'est en somme une brocante sur 600 m², dont les bénéficiaires vont à la Recherche suisse contre le cancer. «La Découverte» est ouverte de 9 h à midi et de 13 h à 18 h du mardi au vendredi, et le samedi de 9 h à midi (dimanche et lundi, fermé).

Une trentaine de bénévoles, encadrés de professionnels, assurent sa bonne marche. Le Dr Jean-Marie Hae-

fliger, président de la Recherche suisse contre le cancer, cautionne cette opération. Il est vrai que la Recherche suisse contre le cancer est menacée par des restrictions budgétaires sévères (mauvais état des finances publiques), et cela malgré les résultats accomplis: les chances de guérir d'un cancer ne cessent de s'accroître, puisque 150 affections peuvent aujourd'hui être guéries lorsqu'elles sont prises à temps. Reste que la recherche sur le cancer doit se poursuivre, pour sauver d'autres vies.

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

Réduction des corticoïdes: bien dosée et précise avec Spiricort 5

Dans les traitements au long cours avec des corticoïdes systémiques, la diminution progressive des posologies initiales a une très grande importance, que ce soit pour les monothérapies ou les schémas thérapeutiques complexes, comme par exemple la polyarthrite chronique.

Diminution: lentement et par très petites étapes

Pour les doses de plus de 30 mg de prednisolone par jour, la diminution est relativement rapide (care: mesurer la réaction inflammatoire sérologique pour empêcher les phénomènes de rebond). Pour la poursuite de la diminution, il est utile de se baser sur des doses dites limites: lorsqu'une dose limite est atteinte, l'intervalle de temps jusqu'à la diminution suivante est allongé et les étapes intermédiaires de la diminution sont réduites. Ces doses limites sont de 10, 15 et 30 mg de prednisolone.

Dose journalière (doses limites)	Diminution de la dose en mg de prednisolone/étape	Intervalle entre les différentes étapes
Plus de 30 mg	10 mg	2-3 jours
15-30 mg	5 mg	5-7 jours
10-15 mg	2,5 mg	10-15 jours
Jusqu'à 10 mg	1,25 mg	Un mois

Recommandations générales pour la diminution des doses dans le cadre d'un traitement de longue durée aux corticoïdes de longue durée (plus de 4 semaines, selon 1.

Plusieurs auteurs recommandent une diminution encore plus fine des doses, de 0,5 mg toutes les 4-6-8 semaines. Il n'existe toutefois pas de médicaments permettant une telle posologie.

Comprimés «feuille de trèfle» Spiricort 5: pour les posologies minimales exactes

Le nouveau comprimé en «feuille de trèfle» Spiricort 5 innove et mérite bien son nom: il présente des nervures qui permettent de le fractionner. Il est grand et facile à briser, de telle sorte que même des patients aux doigts handicapés peuvent le fractionner sans problème en quatre parties égales.

Normalement, des écarts assez importants par rapport à la dose prescrite sont tolérés pour les fractions de comprimés. Avec Spiricort 5, les fragments obtenus lorsqu'on fractionne le comprimé en quatre sont si bien dosés qu'ils répondent aux mêmes exigences que le médicament sous sa forme initiale. La précision du dosage est ainsi garantie.

Spiricort 5, un avantage supplémentaire qui ne coûte pas plus cher

Les comprimés «feuille de trèfle» Spiricort 5 montrent que les «imitateurs» peuvent eux aussi contribuer à des progrès modestes, certes, mais significatifs pour la pratique, et devenir des «modèles». Sans coûts supplémentaires!

Un comprimé Spiricort 5 ne coûte donc que 14 à 20 centimes aux caisses maladie. Un médicament très efficace n'est pas forcément cher!

Pour de plus amples informations, veuillez vous adresser au service médicocientifique de Spirig SA:

Dr P. Huber
Tél. 062/398 24 61
Fax 062/398 20 23
www.spirig.ch

R.C Pont Assurances s.à r.l.

(ASMAC MEDISERVICE en Romandie)

va beaucoup plus loin

**que 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 Genève 21
Tél. 022/731 25 26
Fax 022/731 24 64
E-mail: rcpont@swissonline.ch

Laboratoire Riotton SR

Montreux • 10, place du Marché
Tél. 963 35 91-961 14 35 – Fax 963 75 83

Prélèvements

8.00-18.00
(et à domicile sur rendez-vous)

Prise en charge d'échantillons au cabinet

Résultats en temps réel Fax ou service télématique

Directrice

J. Bambule-Dick
Dr ès sciences, biochimiste

Chef du laboratoire

S. Bellinazzo, chimiste

Responsable de la bactériologie

P.-A. Simonin, Dr ès sciences,
biochimiste

Nouveauté: Service gratuit de recherche bibliographique

Communiqués

Suivi postopératoire après pose de prothèse totale de hanche (PTH) dans le cadre du programme vaudois d'hospitalisation à domicile (HAD)

Le programme pilote d'HAD, initialement installé dans le canton de Vaud en collaboration avec des services hospitaliers de médecine interne, s'est progressivement élargi. Dès le mois d'avril, les patients opérés pour pose élective de PTH à l'Hôpital orthopédique de la Suisse romande pourront, s'ils le souhaitent, retourner à leur domicile dès le cinquième jour postopératoire et poursuivre leur réadaptation dans le cadre du programme d'HAD (volet HAD-PTH). Cette possibilité restera cependant réservée aux résidents de la zone sanitaire 1. Un bilan des premiers cas sera effectué cet été dans le cadre du mandat d'évaluation confié par le Conseil d'Etat à l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne.

Quel sera le rôle du médecin traitant?

Le médecin traitant sera contacté par le médecin de la Consultation de préhospitalisation de l'Hôpital orthopédique, pour vérifier dans chaque cas la faisabilité d'une hospitalisation à domicile. Sur son accord, l'HAD sera envisagée avec le patient au cours de cette consultation, et le patient communiquera sa décision ultérieurement, lors de son admission à l'hôpital.

En principe, le patient retournera à son domicile au cinquième jour postopératoire, pour autant que son état de santé soit stable et qu'il réponde aux critères explicites suivants:

Critères de transfert en HAD

Plaie opératoire sèche, absence de drainage
Température <37,5° C
Absence de signe clinique d'embolie pulmonaire ou de thrombophlébite
Absence de sonde urinaire
Absence de perfusion
Capacité d'entrer et de sortir seul de son lit
Capacité de marcher seul sur 20 mètres
Autorisation signée du médecin du service, l'état de santé du patient étant stable.

Le médecin traitant recevra par fax une lettre de sortie le jour même, ainsi qu'un protocole standard énonçant les conditions minimales recommandées pour la prise en charge (voir encadré ci-après). Il sera immédiatement informé si la sortie est différée.

Le patient quittera l'hôpital avec un bon de physiothérapie, à exécuter par un physiothérapeute diplômé de son choix. Il sera accueilli à son domicile par un professionnel du Centre médico-social, ergothérapeute ou infirmier. Le médecin traitant assumera le suivi médical au rythme qu'il décidera et prescrira les interventions du CMS. Les ergothérapeutes des CMS suivront en principe un schéma thérapeutique proposé par l'hôpital.

Protocole standard de prise en charge en HAD (modifiable selon les recommandations de la lettre de sortie et les décisions du médecin assumant l'HAD)

- * Anticoagulation par Fraxiparine sc à heure fixe, jusqu'à la fin de la troisième semaine postopératoire.
- * Physiothérapie (tonification musculaire, école de marche) deux fois 30 minutes par jour, sept jours sur sept, jusqu'au 12^e jour postopératoire inclus, puis deux fois par semaine, conformément au bon préparé par le médecin hospitalier.
- * Ergothérapie une fois tous les deux jours jusqu'au 12^e jour postopératoire inclus, puis selon ordre du médecin traitant.
- * Visites de l'infirmière CMS: au minimum une fois par jour jusqu'au 12^e jour postopératoire inclus, puis selon ordre du médecin traitant. Pansement au 10^e jour postopératoire en présence du médecin assumant l'HAD (sauf complication, le pansement ne devrait pas être refait avant). Contrôles et médicaments selon ordres du médecin assumant l'HAD.
- * Soins de base et aide au ménage: selon ordres du médecin assumant l'HAD.

* Installation de téléalarme pendant la durée de l'HAD.

* Ablation des fils au 15^e jour postopératoire par le médecin traitant, et pansement protecteur pendant cinq jours.

Sauf avis contraire du médecin traitant, le patient restera en HAD jusqu'au 12^e jour postopératoire inclus. Au-delà, le suivi sera effectué selon les schémas habituels au sortir d'une hospitalisation. En cas de complication sérieuse (par exemple TVP, embolie pulmonaire, hémorragie/anémie sévère nécessitant une transfusion, infection de la plaie opératoire ou fièvre persistante inexplicable nécessitant une antibiothérapie iv, luxation de la prothèse, décompensation des organes vitaux nécessitant un transfert en soins intensifs ou continus, chute avec séquelles, décès, etc.), le médecin traitant prendra les dispositions nécessaires pour la prise en charge du patient et informera l'IUMSP. A la sortie de l'HAD, le médecin traitant sera contacté par téléphone par un médecin de l'IUMSP pour un bref bilan. Tous les patients seront en outre convoqués à six semaines postopératoires pour un examen effectué à l'Hôpital orthopédique.

Evaluation

L'évaluation sera, dans un premier temps, limitée à étudier la faisabilité en termes d'acceptation de l'HAD, d'évolution des patients et de satisfaction. Si l'expérience se révèle positive, une intégration de l'HAD-PTH pourra être entreprise, accompagnée d'une évaluation comparative rigoureuse. Le protocole de prise en charge et d'évaluation de l'HAD-PTH a été approuvé par la Commission d'éthique de la Faculté de médecine de Lausanne, le 8 mars 1999.

*Professeur P.-F. Leyvraz, médecin-chef
Hôpital orthopédique
de la Suisse romande
Dr B. Santos-Eggimann,
Dr PH, MPH, médecin adjoint
Institut universitaire de médecine
sociale et préventive*

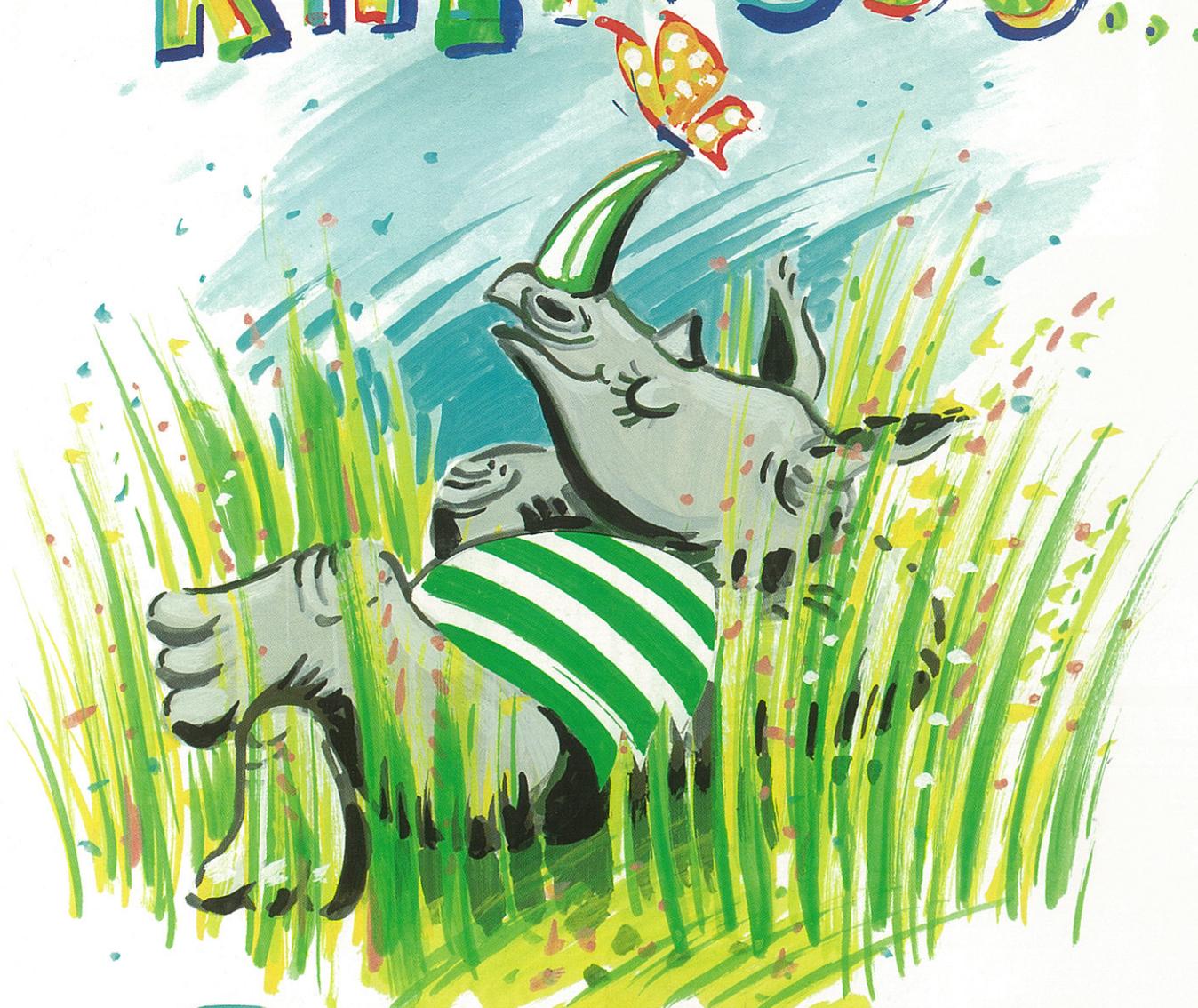
LAUSANNE, CABINET MÉDICAL DE DEUX PSYCHIATRES

met à disposition beau bureau et commodités pour confrère ou concœur exerçant la même spécialité ou pour personne exerçant une profession paramédicale compatible.

De suite ou à convenir.

Pour renseignements, tél. 022/781 04 60, 021/311 03 80 ou 021/312 59 75.

RHINOO...



...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/>