

cmv

courrier
du médecin
vaudois

REVUE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE
DÉCEMBRE 2017-JANVIER 2018

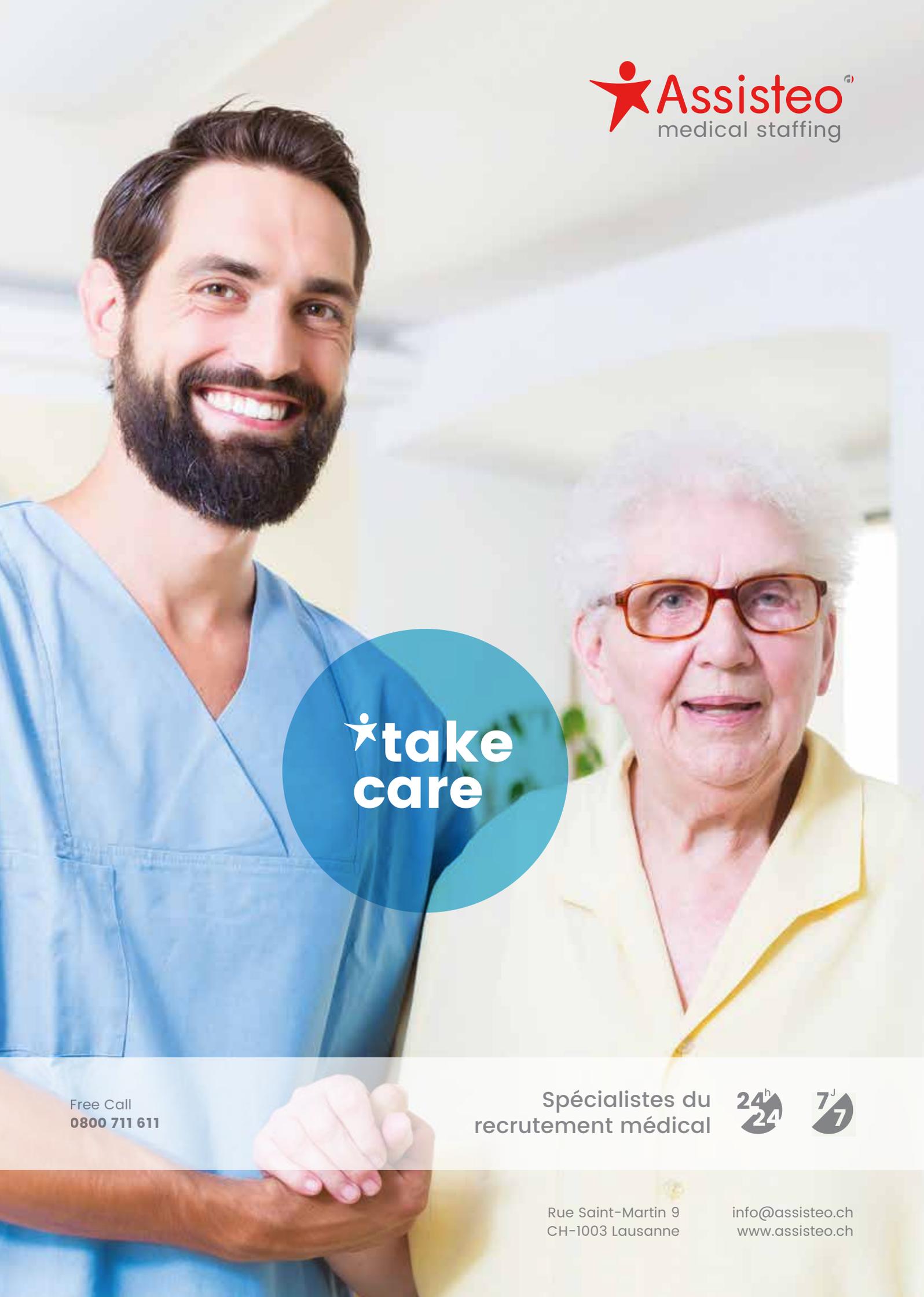
8

**CONFÉRENCE
DES PRÉSIDENTS**
Compte-rendu

Aléa
thérapeutique:

A qui la faute ?

**MODIFICATION
DE LA LSP**
Médecine
à deux vitesses?



★take
care

Free Call
0800 711 611

Spécialistes du
recrutement médical



Rue Saint-Martin 9
CH-1003 Lausanne

info@assisteo.ch
www.assisteo.ch

Un article
vous a fait réagir?
Faites-le nous savoir
en écrivant à
cmv@svmed.ch

sommaire

4 DOSSIER

- 4 Aléa thérapeutique: éclaircissements juridiques
- 7 Chez nos voisins
- 8 Assurance RC et indemnisation
- 11 Médiation
- 12 Soutien aux médecins
- 11 Ce qu'en pense Vassilis Venizelos

17 INFO SVM

Conférence des présidents
Les vœux de la SVM

19 ACTU

Loi sur la santé publique
Organisation médicale
des hôpitaux et rémunération
des médecins cadres

19 OPINION

- 19 Délégation de compétences, un modèle interprofessionnel à Lausanne
- 20 Droit d'accès au dossier médical
- 21 Lettre à Ignazio Cassis: réaction
- 23 Etatisation de la médecine
- 24 Délégation de la médecine

25 RENDEZ-VOUS

Les Jeudis de la Vaudoise

impresum

Société Vaudoise de Médecine
Chemin de Mornex 38 - 1002 Lausanne
Tél. 021 651 05 05 - Fax 021 651 05 00
info@svmed.ch - www.svmed.ch

Directeur de la publication
Pierre-André Repond (PAR), secrétaire général

Cheffe d'édition
Héloïse Perrin, ftc communication

Collaboratrice externe
Adeline Vanoverbeke

Comité de rédaction du CMV
Dr Louis-Alphonse Crespo
Dr Philippe Eggmann (PEG)
Dr Henri-Kim de Hellier
Dr Jean-Pierre Randin
Dr Patrick-Olivier Rosselet
Dr Patrick Ruchat
Dr Adrien Tempia

Conception et mise en page
Inédit Publications SA

Régie des annonces
Inédit Publications SA, Tél. 021 695 95 95
www.inedit.ch

Photographies
Roberto Ackermann, Agence de presse ARC, Fotolia, DR

Prise en charge de victimes

Quid de l'indemnisation en cas d'aléa?

L'aléa médical est défini comme la survenue d'un événement indésirable et imprévisible lors de la réalisation d'un geste diagnostique ou thérapeutique. Tout acte médical comporte inévitablement une part de risques connus et déjà décrits, plus ou moins séquelaires. Le risque est consubstantiel à l'acte médical. Si les accidents médicaux ont toujours existé, il n'en demeure pas moins que la technicité thérapeutique croissante s'accompagne d'une progression de leur dangerosité. Toutefois, il faut se garder d'être excessif: l'aléa médical demeure exceptionnel en proportion du nombre d'actes médicaux effectués.



Dr PATRICK RUCHAT
MEMBRE DU COMITÉ
DE RÉDACTION DU CMV

D'une part, il est éthiquement et socialement difficile de laisser la victime et sa famille supporter seuls le poids du préjudice subi. Même si, en Suisse, l'assurance couvre très bien les dommages, le tort moral n'est pas considéré en cas d'aléa médical. Faut-il dans ces situations indemniser les victimes? Actuellement, la démarche utilisée par les lésés est une plainte pénale pour reconnaissance d'une faute médicale, qui seule sera suivie d'un défraiement en responsabilité civile (RC). Mais le procès judiciaire constitue également une étape douloureuse pour les victimes.

D'autre part, il serait injuste de mettre à la charge du médecin une obligation de résultat, qui l'obligerait à la réussite de son intervention alors que ce succès ne dépend pas entièrement de sa compétence. Un risque de dommage est possible, même sans faute du médecin. Mais celui-ci devient souvent le bouc-émissaire dans une société qui exige de plus en plus la désignation d'un responsable à ses malheurs. Cette remise en question du médecin génère différentes réactions allant du déni au plus haut degré du doute professionnel et existentiel.

Aux Etats-Unis, le nombre de poursuites en responsabilité civile est très élevé (52% des chirurgiens et 68% des obstétriciens sont poursuivis au moins une fois durant leur carrière). Les primes d'assurance RC pour les médecins sont très élevées et se repercutent sur les coûts. Certaines spécialités sont abandonnées, le nombre des étudiants en médecine diminue et, parfois même, certains médecins préfèrent s'abstenir plutôt que d'engager leur responsabilité en intervenant. Est-ce ce genre d'évolution que nous souhaitons pour notre médecine?

Bonne lecture! ■

Le Comité de rédaction précise que, sous réserve des articles signés par des responsables attitrés de la SVM, les articles publiés ne reflètent pas nécessairement la position officielle de la SVM ou de son comité, mais seulement l'opinion de leurs auteurs.

Retrouvez
le **CMV**
sur votre iPad



Eclaircissements juridiques

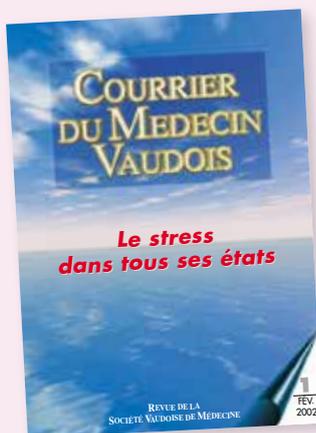
Aléa thérapeutique en droit suisse

L'AFFAIRE COSETTE... 16 ANS PLUS TARD

En 2001, la SVM avait joué un rôle majeur de médiation dans le cadre de l'émouvante histoire de Cosette L. qui avait entamé une grève de la faim suite à une complication médicale. Le *CMV* (n° 1/2002) s'était alors penché sur la problématique de l'aléa thérapeutique. Les Drs Martin et Guisan avaient alors écrit: «Dans un pays comme le nôtre, organisé, sérieux, disposant d'un bon système de santé, [...], il n'est plus vraiment admissible que soit maintenu un vide en ce qui concerne une compensation adéquate des conséquences d'aléas thérapeutiques». Qu'en est-il aujourd'hui?

www.svmed.ch/publications/courrier-du-medecin-vaudois

(Archives / février 2002)



Davantage connue en France, la notion d'aléa thérapeutique est utilisée lorsqu'il n'existe aucune erreur commise par le médecin, mais qu'un dommage a néanmoins été causé à un patient.

Où en est la Suisse par rapport à cette situation bien spécifique?

La mise en place d'un fonds d'indemnisation pour les victimes avait été évoquée il y a plus de quinze ans¹. Aujourd'hui, rien n'a changé.

Retour sur les différents aspects à considérer.

Les médecins savent qu'ils engagent leur responsabilité s'ils commettent un manquement aux règles de l'art et causent ainsi un dommage à un de leurs patients. Ils savent qu'ils l'engagent également s'ils procèdent à une intervention sans avoir obtenu au préalable le consentement libre et informé du patient. En droit suisse, les principales conditions de la responsabilité médicale sont la violation du contrat de soins par le médecin ou ses auxiliaires, un dommage subi par le patient et un lien de causalité entre cette violation et ce dommage; la preuve d'une faute est parfois requise, parfois non. En pratique, la principale difficulté pour le patient, même aidé d'experts, consiste à prouver l'erreur médicale (au sens d'une violation des règles de l'art médical) et le lien de causalité avec le dommage.

Si ces conditions ne sont pas remplies ou si le patient ne parvient pas à les prouver, il n'a pas droit à une indemnisation de la part du médecin (ou, le cas échéant, de l'hôpital ou de la clinique). En revanche, les assurances sociales (assurance maladie, assurance accident, assurance invalidité, AVS et prévoyance professionnelle)

ou privées (par exemple, assurance vie) peuvent être appelées à verser des prestations – le plus souvent partielles – si le patient souffre d'une atteinte à sa santé, s'il subit une diminution de sa capacité de gain ou s'il décède.

Cette situation amène à se demander si un mécanisme de réparation spécifique ne devrait pas être institué afin d'offrir une indemnisation plus large aux patients, en particulier lors de la survenance d'un aléa thérapeutique. En Suisse, le parlement et le Conseil fédéral se sont interrogés sur la nécessité de créer un fonds spécial d'indemnisation pour certains dommages médicaux. Jusqu'à présent, leur analyse les a toujours amenés à y renoncer, estimant que des règles plus généreuses d'indemnisation ne se justifiaient pas. Le thème a été jugé complexe et délicat au point qu'il a été jugé préférable d'en rester au système actuel, même si ses faiblesses (en particulier la difficulté pour le patient à apporter les preuves requises) sont reconnues.

LES ARGUMENTS

Quels seraient les avantages et les inconvénients d'un système visant à indemniser



ser les patients victimes d'un aléa thérapeutique? La réponse dépend avant tout de la forme précise qu'un tel fonds pourrait prendre. Cependant, certaines observations générales peuvent être dégagées. D'abord, les pays qui ont introduit des fonds spéciaux d'indemnisation l'ont généralement fait pour un ou plusieurs domaines ciblés (par exemple, les dommages causés par la vaccination chez les enfants, par les effets secondaires de médicaments, ou encore ceux subis lors d'un accouchement). En effet, le spectre des dommages médicaux est potentiellement si vaste que les législateurs hésitent à instituer des fonds qui couvriraient l'ensemble des actes de soins. Bien sûr, cet aspect est intimement lié à celui du financement du fonds d'indemnisation. Dans de nombreux pays, les fonds spéciaux sont financés par des taxes spéciales (par exemple, sur la vente de médicaments) ou directement par l'Etat, dès lors que les professionnels de la santé sont réticents à organiser et financer eux-mêmes la couverture des aléas thérapeu-

tiques. Cela explique en partie pourquoi les fonds créés ne couvrent que des types de dommages étroitement délimités.

L'écueil suivant tient aux preuves requises. En général, les fonds d'indemnisation spéciaux ont pour ambition d'offrir une réparation plus rapide et moins bureaucratique aux patients lésés, les autorités étant conscientes qu'une procédure ordinaire en justice dure souvent des années et coûte très cher en frais d'avocats et d'experts. Dès lors, pour atteindre le but visé, les fonds d'indemnisation spéciaux aménagent une procédure facilitée, impliquant notamment un allègement des preuves requises. Cependant, cet allègement ne va pas sans difficultés: que faire lorsqu'il apparaît possible (une probabilité de 50%) que le dommage a été causé par l'intervention du soignant, mais tout aussi possible (50%) qu'il résulte de la maladie elle-même? Faut-il se montrer généreux et indemniser quand même? C'est souvent la voie choisie par les fonds étrangers, mais elle ne permet pas d'éluider complè-

tement la question du plancher minimal de probabilité (50%? 30%?) au-dessous duquel une indemnisation est exclue.

Troisième aspect: la hauteur de la réparation. Dans de nombreux pays, la réparation est plafonnée, afin d'éviter qu'une poignée de cas catastrophiques n'épuisent les ressources du fonds. Mais un plafond trop bas crée un fort sentiment d'injustice auprès des patients lésés et les incite à tenter leur chance dans une procédure ordinaire en responsabilité contre leur médecin. Or ces fonds spéciaux ont souvent pour but accessoire d'apaiser les relations entre patients et soignants, en dissuadant les premiers d'attaquer les seconds en responsabilité.

Un dernier aspect à mentionner ici: la légitimité de limiter les fonds d'indemnisation aux erreurs médicales. Il existe d'autres produits (alimentaires ou chimiques, par exemple) ou d'autres situations (par exemple, des ondes ou des infections) qui peuvent causer des dommages et qui ne font pas non plus l'objet d'une indemnisation spéciale. Est-il équitable d'indemniser, via un fonds spécial, le patient qui subit une perte de gain à cause d'un aléa thérapeutique, mais de ne point le faire dans le cas d'un ouvrier qui développe un cancer peut-être dû à une exposition à des produits chimiques?

Les difficultés évoquées ici ont incité le législateur suisse à une grande réticence. Jusqu'à présent, il a jugé que le filet offert par les assurances sociales fournit une protection minimale suffisante. Les expériences positives réalisées dans d'autres pays – par exemple la France, la Nouvelle-Zélande ou Taïwan – pourraient toutefois l'amener à réviser sa position. ■

11 Motion 00.3536 soumise par Jost Gross (Conseil national) le 5 octobre 2000, intitulée «Fonds pour les patients».

.....

VALÉRIE JUNOD
PROFESSEURE ASSOCIÉE
UNIL HEC
PROFESSEURE TITULAIRE
UNIGE DROIT





Venez découvrir la nouvelle Classe X.

Mercedes-Benz
The best or nothing.



GL
GROUPE LEUBA

INTER-AUTO
AIGLE – 024 468 04 54

GARAGE DE LA RIVIERA
LA TOUR-DE-PEILZ – 021 977 05 05

GARAGE DE L'ÉTOILE
RENENS – 021 633 02 02

MON REPOS AUTOMOBILE
LAUSANNE – 021 310 03 93

AUTO-RIVES
MORGES – 021 804 53 00

GARAGE DE LA PLAINE
YVERDON-LES-BAINS – 024 423 04 64

ÉTOILE AUTOMOBILE
CORTAILLOD – 032 729 02 90

L'ÉTOILE JURASSIENNE
DELÉMONT – 032 423 06 70

FAITES UN ESSAI !
www.essai-mercedes.ch

WWW.GROUPE-LEUBA.CH
facebook.com/groupe-leuba

Chez nos voisins

Un système d'indemnisation exemplaire

En France, depuis 2002, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) a pour mission d'organiser le dispositif d'indemnisation des victimes d'accidents médicaux de manière amiable, rapide et gratuite. Entretien avec la Docteure Malartic, médecin référent à l'ONIAM.

Comment est né l'ONIAM?

L'ONIAM est né de la Loi Kouchner du 4 mars 2002, à la suite de plusieurs jurisprudences qui avaient reconnu la responsabilité d'un acteur de santé en l'absence de faute. Le Conseil d'Etat avait ainsi retenu en 1993 dans l'arrêt Bianchi la notion d'aléa thérapeutique, en condamnant l'hôpital public à indemniser un patient au titre d'une responsabilité sans faute. Cependant, les jurisprudences administrative et judiciaire étaient discordantes. La loi du 4 mars 2002 a permis de redéfinir le droit à indemnisation du risque médical en l'absence de faute, et a mis cette indemnisation à la charge de la solidarité nationale sous certaines conditions.

Qu'est-ce que la création de l'ONIAM a apporté d'un point de vue humain, pour les patients et les médecins?

Pour les patients, la loi du 4 mars a créé, d'une part, un nouveau droit à indemnisation pour les patients victimes d'accidents médicaux non fautifs, qui peut s'exercer lors de procédures amiables ou contentieuses, et d'autre part, une nouvelle procédure de règlement amiable des litiges en matière de responsabilité médicale, par les commissions de conciliation et d'indemnisation. Cette nouvelle procédure amiable doit permettre aux victimes d'obtenir une indemnisation de leur préjudice de manière gratuite, facile et rapide, sans avoir à passer par la voie contentieuse, qui leur reste toutefois

ouverte à tout moment. Pour les médecins, la loi du 4 mars a clairement posé le principe de responsabilité uniquement en cas de faute.

Que fait votre service médical au sein de l'ONIAM?

Le service médical de l'ONIAM participe à l'analyse médico-légale des dossiers, en lien avec les juristes, organise la représentation médicale de l'établissement lors des expertises ordonnées dans le cadre de procédures contentieuses, et fournit des éléments scientifiques et des notes bibliographiques aux avocats de l'office pour appuyer leurs conclusions devant les tribunaux.

Comment expliquez-vous l'augmentation du nombre de demandes reçues?

Probablement par une meilleure connaissance du dispositif par les victimes, grâce aux associations de patients, et par les avocats. L'ONIAM et les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI) ont ainsi pris toute leur place dans le paysage de la responsabilité médicale.

Quels sont les aléas thérapeutiques les plus fréquents?

Il s'agit en premier lieu de complications liées à des actes de chirurgie (en particulier orthopédie des membres, chirurgie rachidienne, chirurgie viscérale), avec une augmentation des complications liées à la chirurgie bariatrique. ■

PRESTATIONS

Grâce à ce dispositif, la victime d'un accident médical grave peut être indemnisée:

- lorsqu'il y a eu une faute, par l'assurance du professionnel ou de l'établissement de santé;
- lorsqu'il n'y a pas eu de faute et que l'accident médical est anormal, par l'ONIAM.

Il s'agit des dommages occasionnés par:

- un accident médical ou des dommages imputables à une activité de recherche biomédicale;
- une affection iatrogène (effet secondaire lié à un traitement médical);
- une infection nosocomiale (infection contractée dans un établissement de santé).

L'ONIAM prend en charge les frais d'expertise nécessaires à l'instruction des dossiers suivis par les commissions de conciliation et d'indemnisation (CCI). Il leur apporte un soutien administratif et technique en mettant à leur disposition les personnels nécessaires.

Si un droit à indemnisation est reconnu, l'ONIAM ou l'assureur du ou des professionnels de santé en cause (selon qu'il s'agit d'un aléa thérapeutique ou d'une responsabilité) a quatre mois à compter de la réception de l'avis pour faire une offre d'indemnisation et un mois pour payer si la victime accepte l'offre.

Plus d'informations sur oniam.fr

Dre MIREILLE MALARTIC
MÉDECIN URGENTISTE ET LÉGISTE,
RESPONSABLE DU SERVICE
MÉDICAL DE L'ONIAM





Assurance responsabilité civile

Indemnisation des **dommages médicaux**

Lorsqu'il s'agit d'une erreur médicale avérée, en règle générale, l'indemnisation est prise en charge par l'assurance RC. Dans le cas d'un aléa thérapeutique, la réponse est claire: la responsabilité du médecin n'est pas engagée, si bien qu'il n'existe pas d'indemnisation. Mais quelles sont les alternatives pour aider les victimes?

On peut considérer l'aléa thérapeutique comme une conséquence inhabituelle et non prévisible d'un acte médical, qui survient sans faute du médecin. Il s'agit d'un accident médical non fautif dû à la malchance et à la part de risques inhérente au traitement prodigué. Tout acte médical porte en lui une certaine part d'incertitude. Il peut arriver qu'un geste médical bien ordonné entraîne une grave atteinte à la santé sans que le médecin y soit pour quelque chose. Dans ce cas, la responsabilité du médecin n'est pas engagée. A titre d'exemple, une artériographie parfaitement pratiquée avec le consentement du patient peut entraîner dans de très rares cas une tétraplégie.

DÉMARCHES DU PATIENT

Dans un premier temps, le patient ne comprendra pas ce qui s'est passé. Il aura parfois l'impression d'être la victime d'une erreur médicale, alors qu'en réalité, il s'agit d'un aléa thérapeutique. Il cherchera peut-être à obtenir réparation du préjudice

subi. Il se tournera alors vers son médecin. Dans certains cas, il déposera même une plainte pénale contre lui. Dans un grand nombre de situations, une expertise médicale devra être entreprise pour établir et comprendre ce qui s'est effectivement passé. Pendant cette période d'instruction qui peut durer des années, le médecin devra répondre aux questions du patient, des experts, voire des magistrats. Il devra expliquer le bien-fondé de son acte, le documenter. Pendant cette période délicate, le médecin pourra compter sur le soutien et le conseil de son assurance responsabilité civile.

En fin de compte, si l'aléa thérapeutique est avéré, le médecin est libéré de toute responsabilité et le patient n'est pas indemnisé. La procédure engagée aura toutefois entraîné des coûts importants sur les plans humain et financier. Les coûts financiers à la charge du médecin (frais d'expertises, d'avocats, voire de procédures judiciaires) peuvent être considérables. Ils seront en principe pris en charge pour l'essentiel par son assurance RC.

CONDITIONS

Est-ce que l'assurance RC pourrait indemniser les aléas thérapeutiques? A cet égard, il sied de rappeler que le droit de la responsabilité civile traite des cas dans lesquels une personne doit en indemniser une autre pour le dommage qu'elle a causé. Dans le domaine médical, il peut y avoir une obligation d'indemnisation d'un patient essentiellement dans deux types de situations, soit, d'une part, en cas de dommage consécutif à une violation du devoir d'information du médecin à l'égard de son patient et, d'autre part, en cas de dommage causé par une violation des règles de l'art médical. Pour qu'il y ait responsabilité médicale, il faut nécessairement qu'il y ait une faute du médecin ou du corps médical en lien avec le dommage causé. En règle générale, le dommage pour faute à charge du médecin ou de l'établissement hospitalier sera pris en charge par leur assurance RC. L'indemnité versée par l'assurance RC sera ensuite répercutée sur l'ensemble des payeurs des primes, conformément au principe de la solidarité de l'assurance.

Dans les cas d'aléas thérapeutiques, le médecin n'a pas commis de faute, de sorte que sa responsabilité ne saurait être engagée. Dans ce contexte, il n'y a pas de place pour une indemnisation de son assurance RC.

ALTERNATIVE

En Suisse, nous n'avons pas d'organisme étatique indemnisant les aléas thérapeutiques, mais en contrepartie, nous possédons une couverture d'assurances sociales et privées parmi les plus performantes. Il existe certes quelques rares cas dans lesquels les personnes victimes de complications rares sans faute du

médecin ne bénéficient pas de prestations de protection sociale suffisantes. Pour ces situations présentant une certaine gravité, est-ce que la Suisse pourrait adopter un système similaire à la France? De notre avis, une option possible serait de confier l'indemnisation des victimes des aléas thérapeutiques aux centres de consultation qui ont été mis en place en Suisse par la loi fédérale sur l'aide aux victimes d'infractions (art. 9 LAVI). Il suffirait de procéder à une modification de la LAVI et d'introduire un chapitre «Aide aux victimes d'aléas thérapeutiques». S'agissant des autorités compétentes, de la procédure et de la répartition des frais, il n'y aurait pas de raison de s'écarter des règles de la LAVI.

Cette proposition aurait l'avantage de la simplicité, puisqu'elle utiliserait les centres LAVI en place. Quant au financement, il serait pour l'essentiel à charge du canton, conformément à cette loi. Elle pourrait être adoptée sans grande révolution institutionnelle dans un délai raisonnable. Il faudrait toutefois éviter de tomber dans une dérive indemnitaire ainsi que dans une confusion du système d'indemnisation des victimes d'infractions. ■



JEAN-MICHEL DUC
AVOCAT



Grand-Rue 92
1820 Montreux
Tél. 021 963 07 08
Fax 021 963 14 07

Les cabinets médicaux sont notre spécialité

Budget d'installation
Gestion comptable et fiscale
Décomptes salaire du personnel
Assurances sociales
Expert fiduciaire diplômé et membre de FiduciaireSuisse

BON JOUR

Suivez votre ligne de vie, venez donner votre sang 

parentese-how.ch



TRANSFUSION INTERREGIONALE CRS
INTERREGIONALE BLUTSPENDE SRK



Numéro gratuit 0800 14 65 65 | itransfusion.ch



MEDES SÀRL
Route de Jussy 29
1226 Thônex
T. 022 544 00 00
F. 022 544 00 01
info@medes.ch
WWW.MEDES.CH



SECRETARIAT TÉLÉPHONIQUE

Vos correspondants ne font aucune différence nous répondons en votre nom ou votre raison sociale.



« VOUS DICTEZ... NOUS RÉDIGEONS »

Medes met à votre disposition des secrétaires médicales expérimentées pour transposer noir sur blanc vos rapports, protocoles opératoires, expertises, et autres...

NOS PRESTATIONS

- > SERVICE SUR DEMANDE : UN JOUR, UNE SEMAINE, UN MOIS
- > GESTION DE VOTRE AGENDA EN TEMPS RÉEL
- > FACILITÉ D'UTILISATION
- > RETRANSMISSION DES MESSAGES
- > PRISE DE RENDEZ-VOUS PAR INTERNET
- > RAPPEL DES RENDEZ-VOUS PAR SMS
- > TRANSFERT D'APPEL URGENT
- > COMPATIBILITÉ AVEC VOTRE PROPRE LOGICIEL D'AGENDA

Médiation

«Cela vaut toujours la peine de discuter!»

Au sein de la SVM, un service de médiation est proposé aux membres tout comme aux patients pour aider à renouer le dialogue lors de situations difficiles. Le point avec la Dre Anne-Claire Bloesch, médiatrice de la SVM depuis plus de quatre ans.

De la bonne volonté et venir sans attentes de dédommagement, voici les ingrédients d'une médiation qui a tout pour se terminer sur une bonne note, selon la Dre Bloesch. «Pour désamorcer une situation de prime abord complexe, il vaut toujours la peine de se rencontrer, de discuter et de poser des mots sur le problème!»

Un médecin mis en cause par un patient n'a aucune obligation d'entrer en médiation s'il ne le souhaite pas. Néanmoins, en cas de forte suspicion d'abus de pratique, la Commission de déontologie de la SVM peut exiger un entretien, mais qui n'est plus de l'ordre de la médiation. La Dre Bloesch souligne que l'instance de médiation de la SVM ne joue pas le rôle d'une police médicale corporative: «Mon rôle est de faciliter et tempérer, et non de juger.» Sa formation à la communication par le biais de supervisions et le fait d'avoir été membre de la Commission de déontologie lui ont également appris à prendre de la distance, à observer et surtout à ne pas faire de projection sur l'une ou l'autre des parties, pour ne pas diriger la discussion avec une intention particulière. Lorsqu'un patient se plaint d'une erreur médicale, la Dre Bloesch peut également intervenir, pour éviter que les parties ne foncez tête baissée dans une action judiciaire. Si le dialogue direct est devenu trop pénible, le service de médiation peut alors jouer le rôle d'intermédiaire, d'abord au téléphone, puis éventuellement lors de rencontres. La Dre Bloesch peut également accompagner un médecin lorsqu'il s'agit d'expliquer ou de faire face à une situation délicate.

Selon elle, la notion d'aléa thérapeutique n'est d'ailleurs pas suffisamment maîtrisée par le corps médical: «Il est utile que ce numéro du CMV mette le doigt sur cette thématique!» ■

Dre ANNE-CLAIRE BLOESCH
MÉDIATRICE DE LA SVM



UNE SIMPLE RECONNAISSANCE

Un patient, une opération, une infection nosocomiale... un patient démuni, que faire? Comprendre.

Aujourd'hui encore, la science médicale connaît des limites, des risques. Ceux notamment de subir les conséquences d'un aléa thérapeutique, indépendamment de toute faute médicale – ce qui est difficilement acceptable pour le patient, qui s'attend à ressortir guéri de l'hôpital. Que peut alors apporter la médiation?

Le processus de dialogue qu'est la médiation apporte une compréhension réparatrice. Le patient, souvent à la recherche d'écoute, de reconnaissance face à un sentiment de frustration et d'abandon dans le milieu médical, peut exprimer son ressenti et son incompréhension à un médecin attentif à son récit. La reconnaissance de sa douleur, qu'elle soit imputable ou non à un médecin, le soulagement d'extérioriser et le sentiment d'être entendu sont les bénéfices de la médiation souvent mis en avant par les patients qui sont passés par elle.

La médiation permet d'entamer un dialogue d'égal à égal, de renouer une relation, d'apporter des réponses et de restaurer la confiance envers le médecin et le milieu médical, qui ne sont pas tout-puissants. Ce processus présente bien des avantages, même s'il n'est pas simple et demande du courage. Il faut savoir s'ouvrir au dialogue, mettre de côté une colère qui pourrait amener vers une procédure judiciaire, être ouvert également au récit de l'autre et accepter l'absence de reconnaissance de faute médicale.

Et si la médiation n'aboutit pas, d'autres voies restent ouvertes, la procédure judiciaire par exemple. Le seul risque est de «perdre du temps» à essayer de communiquer et de comprendre. Mais même dans ce cas, une amorce de communication a eu lieu et apporte peut-être, sinon les réponses espérées, au moins déjà quelques-unes.

MARIE-ALICE NOËL
AUTEURE D'UN TRAVAIL DE MASTER EN DROIT
CONSACRÉ À LA MÉDIATION HOSPITALIÈRE ET AVOCATE STAGIAIRE

Santé psychique

Médecin des médecins: un soutien précieux

Suite à une accusation, un médecin peut se retrouver passablement ébranlé dans sa fonction. Entretien avec le Dr Franco Renato Gusberti, psychiatre et psychothérapeute FMH au sein du réseau de soutien ReMed mis en place pour conseiller et épauler les médecins en situation de crise.

Lors d'une accusation de la part d'un patient (ou de la famille d'un patient), quels sont les mécanismes psychologiques pouvant survenir chez les médecins?

On observe des réactions très différentes: par exemple, l'indifférence, voire le cynisme. Ne pas prendre au sérieux un reproche de la part du patient s'avère souvent être une mauvaise défense. A l'inverse, nous voyons des collègues paniqués, ne sachant pas quoi faire, avec souvent un sentiment de culpabilité qui ne correspond pas à la réalité extérieure, mais à des convictions intérieures erronées. La suridentification avec le patient ou son contraire, une empathie mal comprise peuvent aussi avoir lieu. Les pressions économiques et politiques actuelles favorisent la négligence de la relation avec le patient. Ceci conduit à des complications qui coûtent cher. La résignation du médecin, son retrait émotif, la dépression et la perte d'intérêt et de plaisir peuvent conduire des collègues à la démission et à quitter la profession. Cela se voit de plus en plus. Dans des situations extrêmes, cela peut même aboutir au suicide.

Existe-t-il des médecins psychologiquement plus «à risques» que d'autres lors d'accusations?

Le médecin est un être humain comme un autre. Mais souvent, il a plus de difficultés à accepter une aide et à s'occuper

de lui-même; souvent il n'a pas de médecin traitant!

En ce qui concerne les jeunes médecins en formation postgraduée, ils doivent évoluer dans un système hospitalier sous pression grandissante, avec une bureaucratie mal répartie et un encadrement qui devient moins fiable. Cela pèse surtout sur ceux qui sont consciencieux et qui tiennent à une information correcte au patient et à une collaboration avec les équipes soignantes. Le poids administratif et les problèmes financiers qui se multiplient démotivent aussi les praticiens en cabinet privé, ce qui conduit à une surcharge et, finalement, au burn out, avec un arrêt de travail et ses conséquences lourdes, y compris pour les patients.

Comment le médecin peut-il se protéger psychologiquement ou se faire aider en cas d'accusation? A quoi doit-il faire attention?

Cela dépend de la nature de l'accusation. Il s'agit de différencier l'aléa thérapeutique d'une faute médicale. Garder son calme. Vérifier les accusations à l'aide des documents en sa possession. S'en tenir aux faits, même s'il s'agit d'une faute. Inviter le patient à un entretien pour clarifier et expliquer. Respecter les droits du patient. Ensuite, éventuellement, prendre contact avec l'association des médecins du canton. Respecter le secret médical et les dispositions sur la protec-

tion des données. Ensuite, procéder en respectant les dispositions légales en vigueur et le code de déontologie de la FMH. Il ne faut pas rester seul dans son coin avec les sentiments de colère ou de culpabilité, mais parler de la situation avec un collègue de confiance ou prendre contact avec ReMed.

Chez ReMed, vous êtes à l'écoute des médecins qui vivent des moments difficiles. Quel est votre bilan jusqu'à présent?

Le nombre d'appels d'aide augmente chaque année et nous permet de constater plusieurs choses: la diversité des problèmes qui menacent le travail du médecin, l'augmentation des appels de médecins jeunes en formation postgraduée ainsi que les conséquences négatives et coûteuses de la pression économique sur le système de santé en Suisse. Dans un peu plus d'un tiers des cas, le motif d'appel invoqué est la «charge de travail», suivie de l'«épuiement professionnel» et de la «dépression» (un cas sur cinq).

Ce qui est positif, c'est que nous pouvons constater qu'il est possible d'aider les médecins à se soigner, de rétablir leur motivation et leur envie de ne pas quitter la profession (en Suisse, un médecin sur dix quitte la profession!). ■

Informations pratiques

ReMed 24h/24 au 0800 073 633 (0800 0 ReMed)
Site web: www.swiss-remed.ch
e-mail: help@swiss-remed.ch

Dr FRANCO RENATO GUSBERTI
SPÉCIALISTE EN PSYCHIATRIE
ET PSYCHOTHÉRAPIE FMH
MEMBRE DE LA DIRECTION
NATIONALE DE REMED



Ce qu'en pense...



VASSILIS VENIZELOS

PRÉSIDENT DE LA COMMISSION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DU GRAND CONSEIL

Une problématique éludée depuis trop longtemps

De plus en plus de patients se sentent impliqués dans les processus thérapeutiques et veulent être acteurs de leur santé. Il en résulte des attentes fortes en termes d'accès aux informations et de partage des décisions. Même si la pression sur les coûts de la santé laisse de moins en moins de place à l'échange, il est important que les professionnels prennent le temps de discuter avec leur patient de la nature du problème médical rencontré, mais aussi des enjeux et des risques potentiels liés à l'intervention. Le traitement sera d'autant plus efficace que la compréhension mutuelle est bonne.

Avec un système de santé de plus en plus complexe, il est important que ce rapport de confiance puisse s'instaurer entre le patient et le soignant. Ces approches permettent souvent de désamorcer les animosités lorsque les choses tournent mal.

En 2015, en réponse à différents postulats relatifs aux droits des patients, le Conseil fédéral publiait un rapport qui décline plusieurs recommandations visant à renforcer le droit des patients et à améliorer leur participation dans les processus relevant de la politique de la santé. Parmi les actions préconisées figure la proposition d'«examiner un régime d'indemnisation subsidiaire pour les aléas thérapeutiques». Cette idée avait déjà été portée par le conseiller natio-

nal Jost Gross en 2000, qui demandait de «créer une base légale pour la compensation des dommages subis par les patients» (Motion 00.3536). La motion avait suscité un intérêt «poli» de la part du Conseil fédéral, qui considérait alors «qu'il appartient aux fournisseurs de prestations [...] en collaboration avec les assureurs» de trouver une solution.

Plus de quinze ans plus tard, l'élan créé par ces différentes interventions n'a pas suscité les actions espérées. Certains craignent que la mise en place d'un régime d'indemnisation ne suscite des revendications exagérées ou que les patients ne demandent des compensations pour des «bagatelles». D'autres redoutent une judiciarisation (multiplication des recours) du système de santé ou alors craignent le développement d'un moyen permettant aux assureurs de se décharger d'une part de leur responsabilité. Ces craintes peuvent par exemple trouver des réponses dans la définition de conditions d'accès aux indemnisations. Dans tous les cas, elles ne doivent pas représenter un frein à la définition d'une réponse à une problématique qui a été éludée trop longtemps. Les personnes qui souffrent de séquelles douloureuses dues à un aléa thérapeutique doivent pouvoir être reconnues dans ce qu'elles vivent et avoir le droit à une compensation, dans un cadre défini. Il est temps que le politique s'intéresse à nouveau au dossier. ■



Cinq cents patients pris en charge chaque année par l'unité de soins intensifs de la Clinique de La Source

En mars 2016, l'unité de soins intensifs de la Clinique de La Source a obtenu la certification de la Société suisse de médecine intensive (SSMI) en remplissant les 180 critères qualité à satisfaire.

Une étape clé vers la médecine hautement spécialisée

Cette reconnaissance témoigne de la qualité de la prise en charge fournie par les spécialistes de la Clinique aux patients souffrant de problèmes médicaux ou chirurgicaux graves, ainsi que de leur maîtrise de l'ensemble des techniques de pointe de la médecine aiguë. Cette étape clé répond aux exigences de prise en charge des patients dans le cadre de la médecine hautement spécialisée (MHS).

Tous les patients sont admis

L'unité de soins intensifs accueille tous les patients, qu'ils soient au bénéfice d'une assurance complémentaire ou non. Ces derniers sont soit déjà hospitalisés à la Clinique ou adressés – sur simple demande téléphonique – par les cabinets médicaux ou d'autres centres hospitaliers.

Treize spécialistes FMH et un plateau technique de pointe

L'unité de 6 lits est équipée pour des prises en charge complexes (ventilation mécanique, hémodyalyse, monitoring hémodynamique invasif, pacemaker, etc). Placée sous la responsabilité de la Dresse Carlotta Bagna, l'équipe de 12 médecins – tous spécialistes FMH en médecine intensive et/ou anesthésie-réanimation – peut prendre rapidement

les bonnes décisions. Elle assure une prise en charge 24h/24 des patients. L'équipe soignante est quant à elle composée de 11 infirmier-ère-s certifié-e-s EPDES et 11 infirmier-ère-s en soins généraux. Elle s'assure également de la collaboration d'une physiothérapeute et d'une diététicienne.

Autout majeur, l'équipe médicale bénéficie du plateau technique de pointe de la Clinique de La Source (bloc opératoire de 7 salles, radiologie et cardiologie interventionnelle, centre d'endoscopie, radio-oncologie, robot chirurgical da Vinci®, etc.), qui permet de prendre en charge – la quasi totalité des pathologies de l'adulte. Elle peut également s'appuyer sur l'expertise des médecins spécialistes FMH associés à La Source (chirurgiens, radiologues, infectiologues, oncologues, etc.).

Convention signée avec le CHUV

En juillet 2017, la Clinique de La Source a signé une convention de partenariat avec le CHUV. Cette dernière vise à renforcer la collaboration existante entre les services des urgences et des soins intensifs des deux institutions. En fonction des besoins médicaux ou lors de surcharge, des patients peuvent ainsi être transférés du CHUV vers La Source ou inversement.

Check-up *humour*



NEW LEXUS NX

ESSAYEZ-LE MAINTENANT



NX 300h (2.5l tout hybride, FWD, 5 portes) dès CHF 44 900.-, TVA incl. Consommation Ø 5,0l/100 km, Ø émissions de CO₂ 116 g/km, émissions de CO₂ liées à la fourniture de carburant et/ou d'électricité: 25 g/km, catégorie de rendement énergétique B. Véhicule représenté: NX 300h F SPORT (2.5l tout hybride, AWD, 5 portes) dès CHF 66 900.-, consommation Ø 5,3l/100 km, Ø émissions de CO₂ 123 g/km, émissions de CO₂ liées à la fourniture de carburant et/ou d'électricité: 27 g/km, catégorie de rendement énergétique C. Prix nets sans engagement en CHF, TVA incl. Consommation de carburant obtenues selon les prescriptions du règlement 715/2007/CE. Moyenne des émissions de CO₂ de tous les véhicules neufs immatriculés en Suisse: 134 g/km. Lexus Premium Free Service, y c. travaux de service gratuits pendant jusqu'à 10 ans ou 100 000 km (selon le premier seuil atteint), y c. véhicule de courtoisie gratuit pour assurer la mobilité.

 **LEXUS**
EXPERIENCE AMAZING

En exclusivité chez



Votre spécialiste
depuis 1924.

Emil Frey SA, Crissier

www.emilfreycrissier.ch

Découvrez toute la gamme Lexus et profitez de nos offres spéciales.

Conférence des présidents de groupements

Echanges nourris et interrogations

Le 23 octobre dernier, c'est une assemblée fréquentée et très participative qui s'est attelée à l'examen des sujets chauds du moment. Elle a pu mesurer les efforts du comité et du secrétariat général pour faire aboutir des négociations tarifaires sur la valeur du point en cabinet, dans un contexte de hausse de primes d'assurance maladie et de pressions de toutes parts.

La situation est encore compliquée par la mise en œuvre au 1^{er} janvier 2018 de la deuxième révision de la structure Tar-

Med par le Conseil fédéral. Les prises de position pointues de la SVM, ajoutées à d'autres, ont permis d'atténuer la première mouture de cette ordonnance. Certains effets pervers de cette révision sont néanmoins toujours présents.

La question de la réorganisation de l'urgence et ses liens avec la garde médicale, compte tenu de la résiliation par le DSAS de la convention qui le liait à la SVM au 31 décembre 2018, laisse place à de nombreuses interrogations et questions qui devront être réglées d'ici là. ■

PAR



Rubrique Portrait

AVIS de recherche

Vous connaissez ou vous êtes un médecin qui exerce une activité hors du commun en parallèle à sa pratique médicale?

Faites-nous part de vos propositions à l'adresse
cmv@svmed.ch



Belles fêtes de fin d'année!

Chères lectrices, chers lecteurs,

Nous voici déjà arrivés à la fin de l'année 2017!

Le secrétariat ainsi que tous les membres du Comité de rédaction du CMV vous souhaitent de passer d'agréables et paisibles Fêtes.

Au plaisir de vous retrouver en 2018!



Du rire et du rêve pour nos enfants hospitalisés

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

Merci pour votre soutien.

CCP 10-61645-5

theodora.org

Fondation
THEODORA
Du rire et du rêve pour nos enfants hospitalisés

Communiqué de presse

Loi sur la santé publique: infirmiers praticiens spécialisés

Le Grand Conseil a adopté en séance du 14 novembre dernier, le projet de modification de la loi sur la santé publique, qui prévoit notamment d'octroyer davantage de compétences aux infirmières et infirmiers.

En substance, un nouvel article 124 *bis* prévoit la possibilité nouvelle pour les infirmières et infirmiers (qui auront suivi une formation spécialisée de niveau master) de prescrire et interpréter des tests diagnostiques, d'effectuer des actes médicaux et de prescrire des médicaments.

La SVM n'est pas opposée sur le principe, mais rappelle que des questions importantes sont encore à régler, avec les associations professionnelles concernées. C'est dans ce sens que le député et docteur Philippe Vuillemin a déposé un amendement (accepté). ■

L'infirmier praticien spécialisé assume la responsabilité pénale des actes qu'il effectue en application de l'alinéa 1. Le règlement précise les limites de ses responsabilités civiles énumérées à l'alinéa 1. Les organisations professionnelles concernées sont consultées sur le règlement.

www.svmed.ch/publications/communiqués-de-presse



Satisfaction

Organisation médicale des hôpitaux et rémunération des médecins cadres

Le Comité de la Société Vaudoise de Médecine (SVM) a pris acte avec satisfaction de l'annulation totale par la Cour constitutionnelle du règlement du Conseil d'Etat sur l'organisation médicale des hôpitaux et la rémunération des médecins cadres (ROHMC), qui devait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2018. ■

OPINION

Le modèle interprofessionnel de Lausanne

Le dossier du dernier CMV traitait des enjeux de la délégation de compétences. Cette réflexion touche au rôle que vont jouer les infirmier-ère-s de pratique avancée dans notre système de santé. Au programme: responsabilité, financement et efficience de modèles d'organisation des soins.

Si les questions susmentionnées sont cruciales pour les rapports entre professions, notre collectif appelé GEPI (Groupe d'éducation et pratique interprofessionnelles) a entrepris depuis 2010 une approche originale qui a visé la promotion de la collaboration interprofessionnelle par le biais de la formation. Le GEPI réunit les responsables des institutions lausannoises formatrices de professionnel-le-s de la santé: la Haute Ecole de santé Vaud, l'Institut et Haute Ecole de la santé La Source, le Centre des formations et la Direction médicale du CHUV, ainsi que la Faculté de biologie et de médecine. Notre collectif a permis la mise sur pied de formations innovantes réunissant des étudiant-e-s de différentes professions, afin de les munir des compé-

tences nécessaires pour collaborer efficacement dans les environnements cliniques. Une meilleure collaboration interprofessionnelle est associée à des soins plus sûrs et plus cohérents.

ÉDUCATION INTERPROFESSIONNELLE

Notre collectif a également mandaté un groupe d'auteurs-experts afin qu'ils élaborent un modèle devant servir de guide à toute personne désireuse de mettre en place une formation interprofessionnelle afin d'améliorer la qualité de la collaboration en clinique. Le modèle en question a été publié en juin dernier chez Médecine & Hygiène et s'intitule *Education interprofessionnelle et pratique collaborative: le modèle de Lausanne*. Ce modèle illustre graphiquement tous les éléments à considé-

rer lorsqu'une formation interprofessionnelle est envisagée pour des étudiant-e-s ou des professionnel-le-s expérimenté-e-s: contextes de la pratique et de la formation, apprenants, formateurs, méthodes de formation, compétences visées et, comme objectif final, les soins centrés sur le patient. Chaque élément est discuté dans un chapitre de l'ouvrage. Nous espérons que le modèle de Lausanne pourra contribuer à une meilleure collaboration au service de la sécurité des patient-e-s et de la satisfaction des professionnel-le-s. ■

Références: Gachoud D., Gallant S., Lucarelli L., Oberhauser N., Allin-Pfister A.-C. Education interprofessionnelle et pratique collaborative: le modèle de Lausanne (2017). Chêne-Bourg, Médecine & Hygiène.

Dr DAVID GACHOUD

CHEF DE CLINIQUE ET MEMBRE DU GEPI

Le droit d'accès au dossier médical

La Commission d'examen des plaintes (COP) a pour mission, selon la LSP (loi sur la santé publique), d'assurer le respect des droits des patients. Parmi ceux-ci figurent le droit d'accès au dossier médical. Rappel des principes applicables.

La COP est saisie de plaintes de patients faisant valoir une violation du droit d'accès à leur dossier médical¹. Il paraît utile de rappeler les principes applicables.

Le droit applicable Le droit d'accès est inscrit tant dans la LSP qu'au niveau fédéral dans la LPD (loi fédérale sur la protection des données) et au niveau cantonal dans la LPrD (loi sur la protection des données personnelles). Dans la LSP, l'accès au dossier médical est régi par l'art. 24. Cette loi s'applique à l'ensemble des médecins, qu'ils pratiquent dans un cabinet privé, dans une clinique ou dans un établissement public. La LPD vise à protéger les droits des personnes qui font l'objet d'un traitement de données. Contrairement à la LSP, la LPD trouve application s'agissant des dossiers médicaux tenus par des médecins pratiquant dans un cabinet ou une clinique privée (art. 2 et art. 37 LPD). C'est la loi cantonale, la LPrD, qui s'applique aux dossiers médicaux tenus par des médecins exerçant dans des établissements publics (art. 2 al. 2 lit. e LPrD).

Le principe Le principe est posé par l'art. 24 de la LSP. Celui-ci confère au patient le droit de consulter son dossier et de s'en faire expliquer la signification. Il peut exiger de se faire remettre le dossier, en copie ou en original, ou de le faire transmettre au professionnel de santé de son choix (art. 24 al. 1 2^e phrase LSP). La législation sur la protection des don-

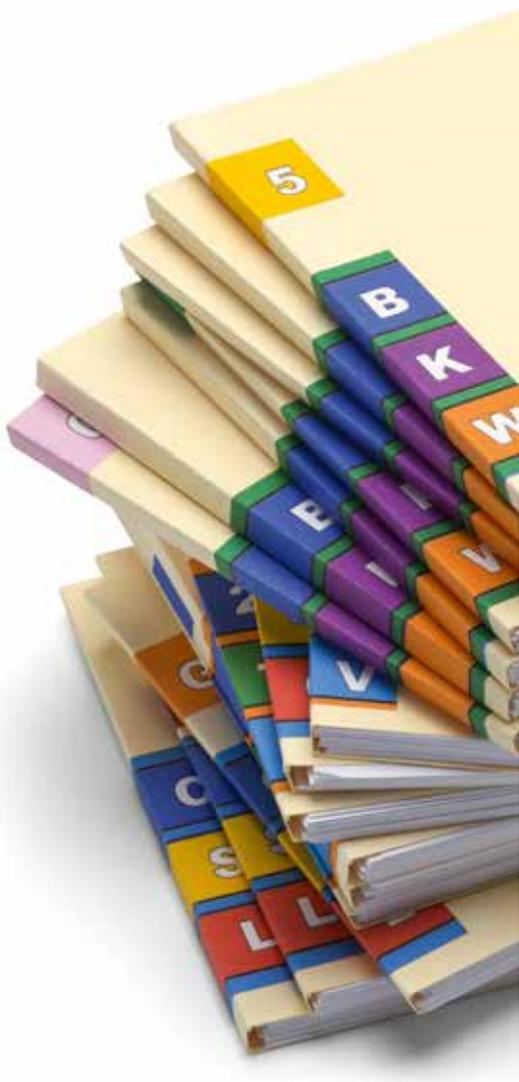
nées repose sur une conception étendue du droit d'accès. Tant la législation fédérale à l'art. 8 LPD que la législation cantonale à l'art. 25 LPrD instaurent le droit à toute personne d'accéder aux données la concernant. Dans le domaine médical, cela signifie que toute personne peut demander l'accès à son dossier médical.

Les exceptions La LSP (art. 24 al. 2 LSP) et la législation en matière de protection des données² contiennent des exceptions au droit d'accès au dossier médical. Elles peuvent être résumées comme suit:

- le droit d'accéder au dossier médical ne s'étend pas aux notes rédigées exclusivement pour l'usage personnel;
- le droit d'accéder au dossier médical ne s'étend pas aux données couvertes par le secret professionnel concernant des tiers;
- si le professionnel de la santé a des raisons de craindre que la consultation du dossier puisse avoir de graves conséquences pour le patient, il peut demander que la consultation n'ait lieu qu'en sa présence ou celle d'un autre professionnel.

PROBLÉMATIQUE DES NOTES PERSONNELLES

Les notes personnelles soumises à communication sont toutes les notes qui ne sont pas strictement personnelles. La notion de note strictement personnelle du médecin doit être interprétée de manière très restrictive.



Echappent à communication les notes que tout un chacun est amené à prendre dans l'exercice de sa profession, pour autant qu'elles soient utilisées uniquement dans un dessein personnel³. Cela ne comprend pas les notes qui servent au traitement proprement dit, ni les annotations subjectives nécessaires à la compréhension et à l'appréciation du traitement qui relèvent du droit d'accès.

MODALITÉS ET DÉLAI

La demande peut être faite en tout temps et sans justification (art. 24 al. 1 LSP, art. 2 OLPD et art. 26 al. 5 LPrD). Les données sont fournies gratuitement.

Si le patient s'adresse à un médecin privé, il devrait faire parvenir à celui-ci une demande écrite en justifiant son identité (art. 1 al. 1 et 2 OLPD); si le patient est identifiable, une demande orale suffit. Si le patient demande son dossier à un médecin exerçant au sein d'un établissement public, sa demande n'est soumise à aucune exigence de forme (art. 26 al. 1 LPrD).

Dans le cadre privé, c'est la LPD qui s'applique. Son ordonnance d'application prévoit que le médecin doit donner suite à la demande de son patient dans un délai de trente jours maximum (art. 1 al. 4 OLPD et art. 25 LPrD).

Dans le cadre public, c'est la LSP qui s'applique; elle ne prévoit pas de délai.

CONCLUSION

L'accès au dossier médical est une institution clé du droit à la protection des données personnelles et du droit du patient. Il est impératif que tous les professionnels de la santé soient en mesure de respecter ce droit. ■

1) Cf. rapports d'activité de la Commission des plaintes des patients, résidents ou usagers d'établissements sanitaires et d'établissements socio-éducatifs pour les années 2015 et 2016.

2) Art. 2 al. 2 let. a, art. 8 al. 3 et art. 9 al. 1 LPD ainsi que art. 27 al. 2 LPrD, renvoyant à l'art. 24 al. 2 LSP.

3) Coralie Devaud, p. 208, et Préposé fédéral à la protection des données et à la transparence, p. 121.

Dr MICHEL PITHON

MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE FMH.

MEMBRE DE LA COMMISSION CANTONALE DES PLAINTES.

MÉDECIN DÉLÉGUÉ

Pour ces questions, voir aussi notre article sur la médiation SVM plus haut, à la page 11.

Lettre du Dr Jean Martin à Ignazio Cassis: réaction

Malgré tout le respect que je vous dois, permettez-moi de ne pas être d'accord avec ce que vous publiez sous forme de lettre ouverte à Ignazio Cassis dans le *BMS*. Vous espérez que M. Cassis adoptera vos points de vue, que ce soit sur la santé publique, l'influence des industriels du tabac, l'environnement ou l'Europe.

Comment pouvez-vous trouver courageux le fait que M. Cassis se soit retiré du comité de la FMH en 2012 parce qu'il défendait le managed care que la majorité des médecins refusaient?

Il est inadmissible et antidémocratique que vous accusiez cette majorité de vos confrères d'avoir eu une attitude «indûment corporatiste». Le respect de la démocratie voudrait que vous acceptiez l'avis de la majorité! Non seulement M. Cassis n'a pas accepté le résultat du vote démocratique, mais il est immédiatement passé à l'ennemi. Il est difficile de s'imaginer que le poste dirigeant de curafutura lui ait été proposé au même moment sans que des approches antérieures aient eu lieu et c'est curafutura qui a proposé à l'OFSP le fameux projet de modification du TarMed qui va mettre en difficulté les centres de traitements ambulatoires, les spécialistes, et va diminuer la qualité des soins sans pour autant diminuer les coûts de la santé. Si M. Cassis voulait punir les médecins de ne pas avoir accepté sa position concernant le managed care, il ne s'y prendrait pas autrement.

On peut également se demander si ses prises de position – que vous partagez – en faveur de la dépénalisation des drogues «douces» ne sont pas uniquement des attitudes politiciennes pour que l'on parle de lui. Non, cher confrère, cette position n'est pas la seule raisonnable concernant la politique de la drogue.

En ce qui concerne votre appréciation sur l'industrie du tabac et les atteintes à l'environnement, tout le monde est d'accord depuis des années et on voit mal M. Cassis adopter des attitudes contraires.

Quant à l'Europe, vous devriez à nouveau prendre un cours de démocratie. La majorité des Suisses est toujours de l'avis des trois premiers cantons qui ont refusé les «juges étrangers» et n'ont pas hésité à prendre les armes pour cela.

C'est grâce à eux que la Suisse existe.

Qu'un ancien médecin cantonal, sans pratique libérale (à ma connaissance), n'acceptant pas le point de vue de la majorité, préférant démissionner et partir chez l'ennemi, dirigeant une association d'assureurs qui sont à la base de propositions exclusivement dirigées contre les médecins, puisse défendre les médecins et les patients est une illusion.

J'aimerais bien me tromper. L'avenir nous le dira.

J'ajouterais finalement que dans ce contexte, il est dommage que la chambre médicale n'ait pas attendu quelques mois avant de le nommer membre d'honneur de la FMH! ■

Dr RUDOLF MAYER
SPÉCIALISTE FMH EN OPHTALMOLOGIE
ET OPHTALMO-CHIRURGIE



Protégeons le monde dans lequel nos enfants naîtront



Comme beaucoup d'autres glaciers et régions arctiques, le Langgletscher, situé dans le Lötschental en Valais, est fortement menacé par les changements climatiques. Notre vie et les paysages qui nous entourent sont de plus en plus influencés par la montée des températures. Veillons à transmettre à nos enfants une nature intacte. **Mobilisons-nous pour la préservation du climat.**



Une évolution pernicieuse

**Billet d'humeur sur les mécanismes de l'étatisation progressive
de notre organisation cantonale.**

La tendance vers toujours plus de réglementation ou d'interventionnisme de la part de l'administration, dans des domaines toujours plus variés, n'est pas en voie d'accalmie. C'est tout particulièrement vrai, depuis une bonne décennie maintenant, dans le canton de Vaud, mais le reste de la Suisse romande n'est pas en marge du phénomène. Cette évolution, qu'on peut à juste titre considérer comme fâcheuse, résulte d'une appréciation biaisée, voire erronée, selon laquelle la main publique serait mieux légitimée à exercer certaines activités ou que les services de l'administration seraient plus efficaces ou plus économiques – en un mot, meilleurs – que les intervenants privés. Tout se passe comme si l'anonymat de l'administration, mais aussi ses structures et ses circuits de pouvoir devaient nécessairement conduire, par une forme d'aveuglement, à faire admettre que les personnes qui en composent les services seraient eux aussi meilleurs que dans le reste de la société. A cela s'ajoute l'idée que, aux yeux du monde politique et pour une part non négligeable de la société, l'activité de l'Etat ne peut qu'être irréprochable, ce qui justifie la propension immodérée aux crédits d'études et le recours toujours plus fréquent aux rapports d'experts.

Le phénomène tend à dépasser le strict cadre de l'administration. Dans une illusoire course à la perfection, toute activité qui se voit peu ou prou soutenue ou encouragée par l'Etat se devra d'être encadrée, surveillée, voire corsetée au plus près. Cela se manifeste par l'abondance croissante de données à fournir, des obligations toujours plus précises de «reporting» qui génèrent une abondance équivalente de contrôles et de demandes de compléments d'information. Mais le processus ne s'arrête pas là. Pour accroître les sphères de compétences ou le pouvoir de l'administration, le schéma maintes fois utilisé, dans le domaine de la santé notamment, est de se saisir de l'un ou l'autre dysfonctionnement isolé – que fatalement l'abon-

dance de contrôles permettra de déceler – pour concocter des dispositions réglementaires supplémentaires qui se traduiront à leur tour par de nouveaux contrôles et un surcroît de données à fournir à l'autorité. La spirale infernale est lancée et l'augmentation significative des effectifs de l'administration n'est assurément pas étrangère à ce mode de procéder.

On en vient ainsi à édicter des réglementations non pas pour donner un cadre dans lequel les acteurs privés seraient libres d'agir, mais pour détailler – souvent avec un effarant pointillisme – des comportements ou des procédures. Progressivement, le rôle de l'Etat se modifie; on est passé d'un Etat garant à un Etat gérant, toujours plus impliqué et toujours plus actif. De surcroît, force est de constater que ces règles nouvelles ne sont souvent édictées que pour remédier à des exceptions, assurément pas pour favoriser l'action du plus grand nombre. Elles suscitent dès lors, sinon l'incompréhension de ceux qui doivent les appliquer, du moins le sentiment d'une bureaucratie envahissante, plus soucieuse de s'autoalimenter que de contribuer à établir un cadre propice à la nouveauté, à la création ou, plus simplement, au libre exercice d'une activité économique. ■

JEAN-HUGUES BUSSLINGER
DIRECTEUR DU DÉPARTEMENT DE POLITIQUE GÉNÉRALE
DU CENTRE PATRONAL



Révision de la LSP: une médecine à deux vitesses?



C'est après sept ans d'études universitaires que j'ai obtenu un diplôme fédéral de médecin. Ce n'est ensuite qu'au terme d'une formation postgraduée de neuf ans (cinq à sept ans au minimum officiellement) que j'obtiens le titre de spécialiste en médecine interne générale (ancien titre de spécialiste en médecine générale). Une fois installé, nous devons suivre, année après année, et ceci jusqu'à la fin de notre carrière, des formations continues et satisfaire aux exigences de la FMH. Je suis donc très surpris par la modification de la LSP votée par le Grand Conseil sur proposition du DSAS.

Après un master en soins infirmiers de trois ans, il sera possible d'obtenir un master en pratique clinique avancée au terme d'un cursus à établir d'une durée d'environ trois ans. Dès lors, la loi reconnaîtra à ces professionnels la qualité de pouvoir pallier la pénurie de médecins généralistes.

Alors que même pour des médecins après une formation de près de douze ans, voire plus, et de nombreuses années de pratique, il n'est toujours pas aisé d'interpréter des tests diagnostiques, de poser un diagnostic et de proposer les prescriptions appropriées, je reste perplexe quant à l'enthousiasme de nos autorités.

Certes, nous avons besoin d'infirmières et infirmiers, sans qui nous ne pourrions pas soigner correctement nos patients. Mais leur demander de nous remplacer après six ans de formation me semble illusoire.

Ne s'agit-il pas là d'un mauvais message aux jeunes qui se destinent à de longues études médicales? Dans un contexte global de plus en plus contraignant et de moins en moins gratifiant, ne devrions-nous pas leur conseiller de se former en soins infirmiers de pratique avancée? Ce d'autant que la prochaine étape est déjà planifiée au niveau fédéral: ces professionnels pourront s'installer comme indépendants et pratiquer la médecine à notre place, à charge de la LAMal bien sûr! Et on pourra même supprimer les facultés de médecine en Suisse, ce qui fera d'énormes économies. En dépit de la qualité des soins médicaux évidemment! Mais la préoccupation première de nos autorités est de trouver des solutions pour économiser et non pour améliorer notre santé.

L'exemple du médecin dentiste est inadéquat. En effet, l'hygiéniste ne pose pas de diagnostic extensif, ni n'entreprend un traitement, à part dispenser un soin d'hygiène (détartrage et conseils). Tout problème nécessitant des investigations et/ou un traitement est systématiquement référé au médecin dentiste.

Alors, devons-nous nous réjouir de devoir bientôt être soigné par des infirmiers ou des infirmières au bénéfice d'un master en pratique clinique avancée? Ne sommes-nous pas là en train de préparer une médecine à deux vitesses? A terme en effet, les prestations d'un médecin risquent d'être du ressort «privé», car elles seront probablement progressivement exclues des prestations de base remboursées par les assurances maladie obligatoires. ■

Dr THI NGUYEN

SPÉCIALISTE FMH

EN MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE

Programme détaillé
et inscription
en ligne!
www.svmed.ch

Les *Jeudis* de la Vaudoise

Sous réserve de modifications - www.svmed.ch

Programme 2018

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 18 janvier 2018
Psychogériatrie | <input type="checkbox"/> 19 avril 2018
Immuno-allergologie |
| <input type="checkbox"/> 15 février 2018
Gonalgies | <input type="checkbox"/> 17 mai 2018
Régimes à la mode |
| <input type="checkbox"/> 15 mars 2018
Trouble de l'identité de genre | |



INSCRIPTION À FAXER
AU 021 651 05 00
(EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE)

PRÉNOM _____

NOM _____

RUE _____

NPA _____

LOCALITÉ _____

TÉL. _____

E-MAIL _____

DATE _____

SIGNATURE _____

CACHET DU CABINET _____

CONTACT

Société Vaudoise de Médecine
Chemin de Mornex 38
Case postale 7443
1002 Lausanne
Tél. 021 651 05 05
formationcontinue@svmed.ch

Horaires:

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

Tarifs:

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

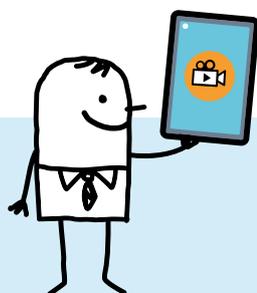
Carte de parking du CHUV:

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

Commission pour la formation continue de la SVM:

Dres I. Marguerat Bouché, A.-F. Mayor-Pleines, S. Paul et F. Pilloud, Pr J. Cornuz (président), Drs A. Birchmeier, M. Monti, A. Morel, Ph. Staeger et J.-L. Vonnez.

Accréditation: 3,5 points par cours. Formation certifiée SSMIG.



Téléchargement des conférences:

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

La signature de ce bulletin vous engage à acquitter la facture qui suivra, même en cas de non-participation au(x) cours sans excuse préalable.

Cette organisation est rendue possible grâce à nos partenaires



Hirslanden, premier Groupe de cliniques privées en Suisse, est reconnu pour ses prestations médicales de premier plan et place le patient au centre de ses préoccupations. Hirslanden est un partenaire de confiance dans le domaine de la santé.

La Clinique Cecil à Lausanne recherche un

MÉDECIN INDÉPENDANT SPÉCIALISTE EN MÉDECINE INTERNE GÉNÉRALE

pour intégrer et renforcer un cabinet médical comprenant des médecins spécialistes en médecine interne générale et partager une activité entre le cabinet et la Clinique pour le suivi hospitalier.

TÂCHES PRINCIPALES

- Consultation privée ambulatoire
- Participation à la garde de médecine interne hospitalière
- Prise en charge de patients hospitalisés à l'étage ou aux soins continus

VOTRE PROFIL

- FMH de médecine interne générale
- Expérience en médecine ambulatoire
- Expérience en médecine hospitalière, gestion des urgences, soins continus
- Bonnes connaissances de l'anglais oral et écrit exigées

NOUS VOUS OFFRONS

- Locaux de consultation équipés
- Infrastructure dynamique et organisée
- Plateau technique performant avec de nombreux spécialistes
- Equipe d'internistes et urgentistes déjà en place

Veillez transmettre votre dossier de candidature complet (curriculum vitae, copie de diplôme, certificats et photo) par e-mail à jean-claude.chatelain@hirslanden.ch

Pour de plus amples renseignements, vous pouvez appeler Monsieur Jean-Claude Chatelain, directeur de la Clinique Cecil, au T 021 310 55 00.

HIRSLANDEN LAUSANNE SA
RESSOURCES HUMAINES
AVENUE RUCHONNET 53
1003 LAUSANNE
WWW.HIRSLANDEN.CH

L'EXPERTISE EN TOUTE CONFIANCE.

HIRSLANDEN
A MEDICLINIC INTERNATIONAL COMPANY



JEUDI DE LA VAUDOISE 18 janvier 2018

Psychiatrie gériatrique

au CHUV, auditoire César-Roux

Organisateur: Prof. Armin Von Gunten

Modérateur: Dr Alain Birchmeier

- 8h30 Accueil
- 9h Séances plénières
«Aspects psychiatriques et comportementaux des démences débutantes à modérées et leur prise en charge»
Prof. Armin von Gunten
«Clinique et prise en charge de l'état confusionnel aigu»
Dre Montserrat Mendez
«Nouvelles missions de l'équipe mobile de psychiatrie gériatrique»
Dre Estelle de Péligny
- 10h Pause café
- 10h15 Séminaires interactifs
à 12h
- Troubles cognitifs modérés et troubles affectifs chez une patiente dépendante aux benzodiazépines
 - Perte du sens de la vie à l'âge avancé, comment aider son patient?
 - Démence avancée ou troubles fonctionnels: épuisement du proche aidant

Experts:

Dres Marie-Thérèse Clerc, Tatiana Massardi, Montserrat Mendez et Estelle de Péligny, Drs Jean-Pierre Schuster, Jean-Frédéric Mall, Franco Masdea et Olivier Trégouët, M. Jean Bigoni et collaboratrices psychologues (CPA)

Modérateurs:

Dres Isabelle Marguerat Bouché, Anne-France Mayor-Pleines, Sophie Paul et Francine Pilloud, Drs Alain Birchmeier, Abram Morel, Philippe Staeger et Jean-Luc Vonnez

Cette organisation est rendue possible grâce à nos partenaires



Tubes LED avec fonction ECO



Les tubes LED permettent le remplacement des tubes TL standard et sont particulièrement économiques.

- Détecteur de mouvement PIR (Infrarouge) ou HF (radar)
- Détecteur de luminosité et temporisateur intégré
- Réglage ECO21 de 0% à 40% de la puissance au repos

La détection d'un mouvement enclenche automatiquement le tube pour une durée fixée par l'utilisateur (5" à 60'). Passé ce délai les lumières reviennent automatiquement à un niveau défini lors de l'installation (0% à 40%).

Le capteur peut être orienté de plus ou moins 90° en fonction de la zone à couvrir.



Atrium *Equipement médical* *Informatique* **Concept**

Conseils - Vente - Services - Contrôles

Boso Medicus X de Bosch + Sohn **Made in Germany**



Le Boso Medicus X a obtenu les meilleurs résultats des tests pour les tensiomètres de bras de la fondation Warentest en 2016. Ce modèle dispose de toutes les fonctionnalités importantes dont vous avez besoin pour mesurer la tension artérielle avec précision: une mémoire d'une capacité de 30 mesures pour l'évaluation de la tension artérielle et la détection de troubles du rythme éventuels. Il se commande très simplement au moyen d'une seule touche.

Nous proposons aussi d'autres modèles de tensiomètres Boso. Avez-vous songé à la pertinence de la fonction Tri-Check, trois mesures espacées d'une minute dans le temps? Ou à vos patients?

Tous les tensiomètres digitaux pour l'automesure de Boso répondent aux critères de la Deutsche Hochdruckliga et aux exigences strictes du protocole d'essai de la Société européenne d'hypertension (ESH).

Plus d'informations sur www.atriumconcept.ch ou achat sur www.atriumconcept.ch/webshop.ch. Désirez-vous nous parler? Composez le 021 784 16 74.



RAPIDITÉ FIABILITÉ CONFIANCE

Analyses médicales: quelles que soient vos exigences, Aurigen, Fertas, Polyanalytic et Proxilab s'engagent avec passion pour l'aide au diagnostic



Vos laboratoires Aurigen, Fertas, Polyanalytic et Proxilab sont membres du réseau suisse de laboratoires régionaux Medisupport

polyanalytic.ch

proxilab.ch