



Problèmes d'affichage ? [Affichez cette newsletter dans votre navigateur](#)

Service aux patients : une nouvelle newsletter

Chères et chers membres,

Mesdames et Messieurs qui êtes intéressé-e-s par la défense des patient-e-s,

Le Service aux patients est très heureux de vous faire parvenir sa première newsletter électronique. Celle-ci accompagne le lancement de notre nouveau site internet federationdespatients.ch. Elle remplace aussi notre bulletin papier.

Nous espérons que le menu d'inauguration satisfasse les papilles les plus exigeantes. Vous trouverez notamment :

- des réflexions sur l'avenir des franchises d'assurance et sur la dernière révision de Tarmed,
- des discussions sur les nouvelles initiatives populaires concernant l'assurance-maladie et celle sur le personnel soignant,
- une étude des problématiques liées au(x) rôle(s) du médecin-conseil,
- des revendications pour les patient-e-s souffrant de troubles psychiques.

Notre démarche s'inscrit aussi dans une volonté d'encourager la discussion avec nos membres et avec toutes les personnes intéressées par les questions liées aux patient-e-s et à leurs droits dans le système de santé. N'hésitez donc pas à réagir à nos articles et à nous soumettre d'éventuels problèmes ou questions auxquels vous seriez confronté-e ! Nous sommes à votre disposition.

N'hésitez pas non plus à nous faire part d'éventuels problèmes avec cette newsletter. Nous sommes heureux de pouvoir l'améliorer pour répondre le mieux possible à vos besoins.

En vous remerciant de votre soutien, nous sommes à votre entière disposition et vous adressons, chères et chers membres, Mesdames et Messieurs, nos cordiales salutations.

Rebecca Ruiz
Présidente

Simon Zurich
Vice-président

- [Des attaques de plus contre les personnes gravement malades et contre la surveillance des caisses](#)
 - [TARMED : un pas dans la bonne direction, mais attention aux patient-e-s !](#)
 - [Deux nouvelles initiatives en vue](#)
 - [Les patient-e-s soutiennent l'initiative « Pour des soins infirmiers forts »](#)
 - [Le congé-maternité pourra être prolongé en cas d'hospitalisation longue du nouveau-né](#)
 - [Fin du libre choix du médecin – la chimère des assureurs est de retour](#)
 - [Le médecin-conseil de l'assurance-maladie obligatoire](#)
 - [Une certaine sécurité pour les patients souffrant de troubles psychiques](#)
 - [L'auto-détermination, un droit à s'approprier](#)
 - [Sondage : Quelle médecine pour demain ? Votre avis compte !](#)
-

Des attaques de plus contre les personnes gravement malades et contre la surveillance des caisses

Deux décisions récentes des Commissions de la sécurité sociale et de la santé nous inquiètent au plus haut point. Ce sont de véritables attaques envers les assurés qui découvrirait une maladie et contre le contrôle démocratique légitime qui doit s'opérer dans le domaine de l'assurance-maladie.

Tout d'abord, la majorité des deux commissions (celles du Conseil des Etats et celle du Conseil National) ont décidé de prolonger de trois ans les contrats d'assurance-maladie pour les modèles d'assurance alternatifs.

Concrètement, cela signifie qu'on ne pourra changer de caisse que tous les trois ans, et que les franchises ne pourront pas être abaissées.

Sous couvert de renforcement de la responsabilité individuelle et de la solidarité, la conséquence sera que les personnes diagnostiquées atteintes d'une maladie coûteuse ne pourront plus réduire leur franchise après un an, mais seulement après trois ans. Ainsi, les personnes avec des revenus bas et moyens, qui choisissent des franchises élevées pour payer des primes moins chères seront lourdement pénalisées en cas de découverte d'une maladie impliquant des dépenses de santé importantes au cours du contrat.

Ensuite, la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil national (CSSS-N) a accepté une initiative parlementaire dont le but est de ne plus soumettre pour approbation les conventions tarifaires aux autorités compétentes mais seulement pour information.

A l'heure actuelle, les partenaires tarifaires doivent respecter notamment le critère d'économicité de la LAMal. Il est donc important que l'autorité d'approbation vérifie que ces critères soient bien remplis. La Surveillance des prix est également consultée et les

tarifs sont donc évalués selon des critères cohérents pour toute la Suisse. Par conséquent, l'autorité d'approbation est garante de la transparence et de la sécurité juridique.

En acceptant de donner suite à cette initiative, la CSSS-N a donc choisi de renoncer au principe du contrôle démocratique exercé sur les coûts et pour une assurance sociale obligatoire, ce qui est évidemment totalement inacceptable pour les assuré-e-s et les patient-e-s.

Du point de vue des autorités ça ne l'est pas non plus vu que le marché de soins est largement financé par les impôts cantonaux donc il est logique qu'ils puissent disposer des instruments adéquats pour leur permettre d'évaluer et de garantir l'affectation économique des fonds investis. Les cantons financent en effet à raison de 55% les tarifs hospitaliers. S'ils devaient perdre leur compétence d'approbation et de fixation, les partenaires tarifaires privés décideraient de l'affectation de fonds publics. Or, seuls les cantons disposent de la légitimité démocratique pour cette tâche ! Au niveau de l'ambulatoire, les assureurs paient l'entier des prestations. Toutefois, les tarifs dans le domaine ambulatoire ont un impact sur les primes et par voie de conséquence, sur les subventions à l'assurance-maladie par les cantons.

Nous suivrons de près ces deux dossiers qui devraient être débattus au plénum dans les prochains mois.

Rebecca Ruiz, Conseillère nationale, Présidente du Service aux patients

TARMED : un pas dans la bonne direction, mais attention aux patient-e-s !

Notre service a pris position sur la modification de TARMED. Si nous saluons la décision du Conseil fédéral de se saisir du dossier après des années de tergiversations et de rebondissements entre les partenaires tarifaires, nous appelons toutefois le Conseil fédéral à examiner attentivement les effets des modifications prévues sur les patient-e-s les plus vulnérables. Nous demandons notamment d'adapter la limitation de la durée de consultation pour certains types de cas et de faciliter les prestations de coordination et d'échanges d'informations dans un but de qualité.

De manière générale, notre Service salue la décision du Conseil fédéral de modifier la structure tarifaire TARMED. Nous sommes en effet inquiet des blocages incessants entre les partenaires ainsi que de l'impossibilité de trouver un commun accord pour une adaptation de fond de TARMED. Le fait que le Conseil fédéral use de ses compétences subsidiaires est un signe de sagesse bienvenu au milieu de cette cacophonie, alors que la pression des primes sur les assurés ne fait qu'augmenter.

Du point de vue des patient-e-s, le principal souci causé par cette modification de TARMED concerne un éventuel rationnement des prestations en raison des limitations envisagées. Ces limitations affecteraient négativement les groupes les plus vulnérables, à savoir les enfants, les personnes souffrant de troubles psychologiques, les patient-e-s âgé-e-

s et/ou polymorbides, les patient-e-s atteint-e-s de maladies chroniques ou rares, de démence et les personnes en situation de handicap. Par conséquent, il faut impérativement éviter que certains prestataires privés renoncent à prodiguer des soins dans le secteur ambulatoire et orientent de manière systématique les patients sans assurance complémentaire vers le secteur stationnaire public.

Par conséquent, nous avons adressé deux demandes particulières au Conseil fédéral. Premièrement, nous proposons d'adapter la limitation de la durée de consultation pour certains types de cas. Le Conseil fédéral souhaite introduire une limite de 20 minutes. Pourtant, certaines problématiques médicales nécessitent davantage de temps pour arriver à un diagnostic ou à une proposition de traitement. Nous craignons qu'une telle limitation pousse les médecins à référer les cas les plus compliqués vers les hôpitaux publics ou à fractionner les consultations et à voir les patients plusieurs fois à la suite, ce qui aurait un effet néfaste sur la prise en charge des patients.

Deuxièmement, nous demandons au Conseil fédéral de faciliter la coordination et les échanges d'informations. Alors que la modification de TARMED prévoit de limiter le temps alloué aux « prestations en l'absence du patient », ces prestations comportent toutefois des éléments très importants pour les patients. En effet, elles comprennent aussi les colloques interdisciplinaires, où les différents spécialistes discutent de la prise en charge d'un patient souffrant du cancer, ou les différentes discussions qu'un psychiatre peut avoir avec les proches ou l'employeur d'un patient souffrant d'une maladie psychique. Ces prestations garantissent un haut niveau de qualité dans la prise en charge des patients concernés et il est important qu'elles soient reconnues à leur juste valeur.

Simon Zurich, juriste, Vice-président du Service aux patients

Deux nouvelles initiatives en vue

À la fin de l'été, deux initiatives fédérales sur l'assurance-maladie vont être lancées. Voici une brève fiche de présentation.

La première a pour titre : « Assurance-maladie : Pour une liberté d'organisation des cantons »

Après le refus du peuple de la « caisse unique » en 2007 et de la « caisse publique » en 2014, force est de constater que le système d'assurance maladie continue à présenter d'importants dysfonctionnements avec une hausse des primes supérieure à la hausse des coûts. Ce mécanisme est expliqué par la concurrence entre les caisses qui provoque le changement de caisse par de nombreux assurés à la fin de chaque année et la nécessité pour la nouvelle assurance de reconstituer des réserves pour ces nouveaux arrivants. Ce mécanisme ne trouvera pas de solution tant que les réserves ne suivront pas l'assuré.

Début novembre 2014, moins de deux mois après le refus de la caisse publique, la fédération romande des consommateurs a proposé à différents acteurs de la santé de se rencontrer pour imaginer de nouvelles solutions à ce problème de constante hausse des primes. Des réunions fréquentes ont eu lieu durant deux ans qui ont conduit à l'élaboration

de ce projet d'article constitutionnel qui permettrait à chaque canton de créer, par voie législative, une institution cantonale chargée d'organiser l'assurance obligatoire des soins. Pour éviter les reproches faits à la « caisse publique » en lien avec les pertes d'emplois dans les assurances, ces dernières continueraient à collaborer avec l'institution cantonale en effectuant le contrôle des factures et leur remboursement. Par contre, les primes seraient encaissées par une caisse de compensation et les réserves seraient mutualisées. Les primes seraient identiques pour une franchise donnée, supprimant ainsi l'injustice de la disparité des primes (jusqu'à 100.-) pour le même service et les mêmes prestations.

Ce mode de gestion « cantonale » permettrait de répondre à la volonté populaire dans les cantons qui ont accepté en votation la caisse publique, mais laisserait toutefois libre chaque canton de choisir entre une caisse de compensation et le système actuel. Pour rappel, Jura avait accepté la « caisse publique » à 63%, Neuchâtel à 60%, Genève à 57% et Vaud à 56%. (Fribourg seulement 49%).

Ce système permettrait trois améliorations notables :

- La mutualisation des réserves éviterait une augmentation des primes supérieure aux coûts. Ces dernières années, les coûts augmentent d'environ 3% alors que les primes augmentent de 4 à 10% selon les assurances. Ce phénomène pervers est dû au mécanisme de reconstitution des réserves.
- N'avoir qu'une seule caisse maladie permettrait de financer des programmes de prévention et de promotion de la santé. En effet, actuellement, aucune caisse maladie n'a d'intérêt à faire de la prévention puisque ses assurés risquent de changer de caisse à n'importe quel moment.
- Cette caisse cantonale aurait par ailleurs la possibilité de négocier avec les fournisseurs de prestations exerçant sur son territoire des conventions portant sur les valeurs de structure tarifaire, voire de procéder à des adaptations des structures tarifaires nationales.

La deuxième initiative a pour titre : « Pour un parlement indépendant des caisses-maladie »

Elle prévoit que les membres de l'Assemblée fédérale ne peuvent siéger dans l'organe d'administration, de direction ou de surveillance d'un assureur autorisé à pratiquer l'assurance-maladie sociale. Actuellement de très nombreux parlementaires (7 au sein du conseil national et 6 au sein du conseil des Etats) siégeant dans les commissions de sécurité sociale et de santé publique ont des liens avec des assurances maladie. Les assureurs assument une tâche publique déléguée par l'État et il semble donc évident que l'on ne peut être à la fois surveillé et surveillant.

Les textes de ces deux initiatives sont actuellement en cours de validation auprès de la chancellerie fédérale. Dès la fin de l'été, les récoltes de signatures pourraient donc commencer. Une information sera faite sur le site de la Fédération suisse des patients.

Brigitte Crottaz, médecin

Une initiative populaire lancée par l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) est en cours de récolte. C'est une initiative importante pour les patient-e-s. Notre Service en soutient le texte et les buts visés.

Les soins infirmiers sont un des piliers du système de santé. Différents éléments nous montrent pourtant que ce pilier est plus que fragile et qu'il convient de le consolider. On voit que la profession est peu attractive puisqu'on recrute près de 40% du personnel à l'étranger. Cette réalité nous montre bien que les jeunes d'ici sont trop peu nombreux à se lancer dans la profession. Par ailleurs, on sait que les infirmiers et les infirmières diplômé-e-s quittent leur profession en cours de carrière dans 46% des cas, comme l'a montré une étude réalisée par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan). L'initiative est donc extrêmement importante car elle vise précisément à revaloriser la profession. Concrètement, une acceptation de l'initiative pourrait améliorer les conditions de travail, le salaire, la reconnaissance, les possibilités d'évolution de carrière et l'autonomie des infirmières et des infirmiers. Tous ces éléments doivent être satisfaisants pour les professionnelles et les professionnels formés si l'on souhaite qu'ils restent en activité suffisamment longtemps puisqu'aujourd'hui visiblement cette activité dure 15 ans et s'arrête ensuite en raison des difficultés rencontrées dans le cadre du travail d'infirmière (la grande majorité qui change de profession sont des femmes) et en particulier les problèmes de conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale.

Il ne faut en effet pas oublier que la pénurie est un immense problème qui nous menace tous. Que ce soit en tant que proches, partenaires, enfants, parents et en définitive en tant que futurs patients. Nous devons tout mettre en œuvre pour que les professions soignantes et médicales soient attrayantes pour nos jeunes. En Suisse la population est attachée à la qualité indéniable des soins. Pour que cette qualité perdure, nous devons donc continuer à former un maximum de jeunes et accorder ensuite aux diplômés des conditions de travail qui soient acceptables. D'abord pour les personnes concernées, ensuite pour les patients et enfin par cohérence eu égard aux investissements qu'on consent dans la formation. Avec la démographie galopante, le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques, les besoins en matière de personnel soignant vont croître de manière très importante. Si on ne prend pas des mesures immédiates, c'est la qualité des soins et la sécurité des patients qui en pâtiront.

Outre les aspects liés aux conditions de travail, il paraît aussi indispensable de mettre à niveau les professionnels et donner l'autonomie nécessaire aux infirmières si l'on veut rendre la profession attractive. Cela passe par un changement de mentalité au sein des professions médicales et par un renforcement du champ de compétence des infirmières, aujourd'hui trop souvent dépendantes d'un aval médical pour certaines tâches alors que leur niveau de formation ne justifie en aucun cas cette dépendance.

Rebecca Ruiz, Conseillère nationale, Présidente du Service aux patients

SIGNER L'INITIATIVE

Le congé-maternité pourra être prolongé en cas d'hospitalisation longue du nouveau-né

Lors de la session parlementaire d'été, le Conseil national a accepté, après le Conseil des Etats, une motion qui va permettre de rallonger la durée de l'allocation de maternité en cas de séjour prolongé du nouveau-né à l'hôpital. C'est une excellente nouvelle pour les mères et les familles concernées par ce problème.

Actuellement, l'article 24 du Règlement sur les allocations pour perte de gain, permet aux mères dont le nouveau-né est hospitalisé pendant plus de trois semaines immédiatement après sa naissance, de demander un report du versement de l'allocation de maternité et, partant, de leur congé-maternité.

Le début du versement de l'allocation coïncide alors avec le jour où l'enfant quitte l'hôpital. Toutefois, selon l'article 35a alinéa 3 de la Loi sur le travail, ces femmes n'ont pas le droit de travailler durant les huit semaines qui suivent l'accouchement, de manière d'ailleurs tout-à-fait justifiée puisqu'elles doivent se remettre physiquement de la grossesse et de l'accouchement et sont présentes auprès de leur bébé.

Pour ces femmes, la question du versement de leur salaire durant cette période se pose donc et il apparaît qu'il existe pour les mères concernées une lacune de revenus durant cette période « transitoire » vu que les indemnités de l'assurance-maternité ne sont versées qu'à partir du moment où le bébé quitte l'hôpital et que les mères ne sont pas autorisées à travailler durant les huit semaines suivant l'accouchement.

La situation, heureusement, ne concerne qu'un nombre restreint de jeunes mères. En 2013, 1'235 nouveau-nés ont dû rester à l'hôpital durant 21 jours et plus. C'est très peu par rapport aux quelque 80'000 enfants qui naissent chaque an ces dernières années.

En donnant suite à cette motion, le Conseil national et le Conseil des Etats éviteront un problème qui heureusement est limité en terme de nombre de femmes concernées, mais qui peut être extrêmement difficile à supporter lorsque des problèmes financiers s'ajoutent au stress et aux inquiétudes liées à l'hospitalisation prolongée d'un nouveau né pour une mère et pour toute une famille.

Rebecca Ruiz, Conseillère nationale, Présidente du Service aux patients

Fin du libre choix du médecin – la chimère des assureurs est de retour

Alors que le peuple s'est exprimé clairement contre une limitation du libre choix du médecin en 2012, les élus de droite à la Commission de la santé du Conseil national

remettent déjà l'ouvrage sur le métier. Le 12 mai dernier, ceux-ci ont adopté une initiative parlementaire qui prévoit que les fournisseurs de prestations ambulatoires (médecins, sages-femmes, infirmières et infirmiers notamment) doivent conclure un contrat d'admission avec un assureur pour pouvoir être remboursé par l'assurance obligatoire.

Quels sont les dangers d'une telle proposition pour les patients ? Nous craignons que les assureurs éliminent de leur liste les médecins qui ont des patients qui coûtent beaucoup : personnes âgées, malades chroniques. Compte tenu de la pression exercée ainsi sur les médecins, ces personnes-là risquent ensuite d'avoir beaucoup de peine à retrouver un thérapeute prêt à les soigner.

L'augmentation de la chasse aux « bons risques » est une autre crainte. Alors que les assureurs essaient déjà de sélectionner les patients qui ne coûtent pas cher et les thérapeutes qui prennent en charge ces patients, cette proposition ne ferait qu'encourager cette pratique. C'est un grave danger pour toutes les personnes qui, un jour ou l'autre, sont atteintes dans leur santé.

Il y a encore un problème lié à la relation de confiance entre le médecin et le patient. Si un patient va depuis des années chez le même médecin et si, un jour, l'assureur décide de ne plus rembourser ce médecin, le patient sera confronté à un immense dilemme : doit-il changer de médecin alors qu'il a entière confiance en lui ? ou doit-il continuer à se faire soigner par ce médecin et payer de sa poche ? Grâce à cette proposition, les assureurs pourront ainsi vendre des assurances complémentaires pour « offrir » le libre choix du médecin à leurs assurés... On le voit tout de suite : il y a un risque énorme de créer une médecine à deux, voire trois vitesses.

En conclusion, l'entêtement des assureurs et de leur bras « de droite » aux Chambres fédérales représente un danger sérieux pour les patients. Espérons qu'ils adoucissent leur position et trouvent un terrain d'entente avec les défenseurs des patients. Autrement, la seule issue sera un référendum (et une perte de temps considérable...).

Simon Zurich, juriste, Vice-Président du Service aux patients

Le médecin-conseil de l'assurance-maladie obligatoire

Votre assureur maladie a transmis une partie de votre dossier à son médecin-conseil. Le médecin-conseil de l'assureur perte de gain maladie de votre employeur ne partage pas l'avis de votre médecin traitant. Nombre d'assurés et de patients se voient refuser des prestations d'assurance suite à l'avis de ce fameux médecin, souvent sans jamais l'avoir rencontré. Mais qui est-il ? Que fait-il ? Quels sont ses droits et ses obligations quant il traite votre dossier ? Quelles garanties les assurances-maladies doivent-elles mettre en œuvre ?

Qui est-il ?

Dans le langage courant, le titre de « médecin-conseil » regroupe plusieurs types d'activité propre aux diverses assurances sociales ou privées. Il convient en premier lieu de distinguer entre les médecins-conseils des assurances sociales, en particulier de l'assurance-maladie obligatoire (LAMal) dont il sera question ici, de ceux conseillant les

assurances privées, telles que les assurances-vie ou les assurances d'indemnités journalières pour cause de maladie par exemple. Certains employeurs font par ailleurs parfois appel à leur propre « médecin-conseil ».

Du point de vue personnel, la Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie (LAMal) impose au médecin-conseil de l'assurance-maladie d'être titulaire du diplôme fédéral et de justifier d'une pratique professionnelle de 5 ans au minimum. Une convention conclue entre les deux organisations faîtières « santésuisse » et « FMH » ont signé fin 2001 une convention relative aux médecins-conseils, selon laquelle ces derniers doivent en outre avoir suivi une formation spécifique et continue.

Que fait-il ?

La LAMal oblige les assureurs à désigner des médecins-conseils. Toujours selon la loi, le médecin-conseil « *donne son avis à l'assureur sur des questions médicales ainsi que sur des questions relatives à la rémunération et à l'application des tarifs. Il examine en particulier si les conditions de prise en charge d'une prestation sont remplies* ».

Contrairement à votre médecin-traitant, le médecin-conseil de l'assureur n'a ainsi pas pour tâche de poser un diagnostic et de vous soigner. Son avis sera toutefois sollicité dans de nombreux cas : Adéquation d'un examen prescrit par votre médecin-traitant, évaluation de votre incapacité de travail, économicité d'un traitement, nécessité d'une hospitalisation,...

Le médecin-conseil n'a toutefois aucun pouvoir décisionnel. Il ne peut émettre que de simples recommandations à l'intention de l'assureur, lequel rendra ensuite une décision. En pratique, on comprendra aisément que l'appréciation du médecin-conseil sera souvent, voire toujours, suivie par l'assureur, puisqu'au sein de la caisse d'assurance-maladie, seul le médecin-conseil dispose en général des connaissances nécessaires à l'appréciation des cas qui lui sont soumis. Pourquoi lui demander son avis, si c'est pour s'en écarter ?

Quels sont ses devoirs ?

En premier lieu, et la question est centrale, le médecin-conseil de l'assurance-maladie doit, selon la loi, « *évaluer les cas en toute indépendance. Ni l'assureur ni le fournisseur de prestations ni leurs fédérations ne peuvent lui donner de directives* ». Cette **indépendance** est-elle possible lorsque le médecin-conseil est lié à l'assureur par un contrat de mandat, voire, comme dans de nombreux cas, par un contrat de travail ? Cette obligation légale d'indépendance est-elle compatible avec les obligations de diligence et de loyauté du médecin-conseil envers son employeur ?

Le Tribunal fédéral a, de jurisprudence constante, toujours considéré que le simple fait que le médecin consulté soit lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas de conclure à un manque d'objectivité ou à une partialité de ce dernier. La FMH ne semble pas partager cet avis puisqu'elle précise, dans son code de déontologie, qu'un conflit d'intérêt peut exister. La Société suisse des médecins-conseils et médecins d'assurances va encore plus loin en reconnaissant un problème d'indépendance dans son « Manuel de la médecine de l'assurance ».

La mission du médecin-conseil s'avère donc être un véritable exercice d'équilibrisme, qui

peut avoir des conséquences désastreuses pour l'assuré.

L'indépendance du médecin-conseil doit également se concrétiser par une séparation matérielle entre les activités de ce dernier et celles de l'assureur. En principe, le médecin-conseil doit ainsi pouvoir bénéficier de locaux indépendants. Ses données informatiques et dossiers ne sauraient en outre être situés au même endroit que ceux de l'assureur. Ces éléments n'étant pas toujours respectés par les assureurs, il y a lieu de considérer que les liens entre médecins-conseils et assureurs et leur proximité physique peuvent engendrer des problèmes en lien avec la **protection des données sensibles** de l'assuré.

En sa qualité de médecin, le médecin-conseil est bien évidemment tenu au **secret médical**. Il doit ainsi, selon la loi, se contenter de transmettre à l'assureur, « *les indications dont ceux-ci ont besoin pour décider de la prise en charge d'une prestation, pour fixer la rémunération, pour calculer la compensation des risques ou pour motiver une décision* ». L'exercice peut, là encore, s'avérer difficile, comme le démontre un récent arrêt du Tribunal fédéral, condamnant pénalement un médecin-conseil pour violation du secret professionnel, suite à la communication par ce dernier de données sensibles, non utiles à l'assureur.

Dans son rôle d'intermédiaire entre le médecin traitant, l'assureur et l'assuré, on peut encore relever que le médecin-conseil doit pouvoir communiquer avec votre médecin traitant et que ce dernier est bien évidemment en droit lui faire parvenir toute information qu'il jugera utile.

Et ensuite?

De l'avis des associations de défense des assurés et des patients, il pourrait être opportun d'établir une liste d'experts absolument indépendants, en particulier non rémunérés directement par les assureurs, et reconnus tant par les associations de défense des assurés que par les caisses d'assurance-maladie. Une autre solution pourrait consister à constituer un organe neutre et supérieur à celui du médecin-conseil, lequel pourrait être consulté en cas de litige. De telles solutions constitueraient à notre sens un moyen plus approprié pour assurer l'indépendance du médecin-conseil, exigée par la loi.

Dans l'attente d'éventuelles améliorations du système du médecin-conseil mis en place par la LAMal, les assurés peuvent naturellement, en cas de refus de prestation, demander à leur caisse d'assurance-maladie de rendre une décision formelle, laquelle pourra ensuite être contestée, la voie judiciaire. Mentionnons enfin que l'ombudsman de l'assurance-maladie peut aider les assurés à trouver un accord avec leur assurance, avant qu'une décision formelle ne soit rendue.

Quentin Beausire, avocat

Une certaine sécurité pour les patients souffrant de troubles psychiques

Actuellement, les patients souffrant de troubles psychiques sont encore trop souvent soignés dans un hôpital alors qu'ils n'en auraient pas forcément besoin. La recherche médicale a montré que les patients souffrant de troubles psychiques bénéficient souvent mieux d'une prise en charge dans des structures à mi-chemin entre l'hôpital et le cabinet. Qu'il s'agisse de cliniques de jour, où les patients sont suivis par des médecins, des assistants sociaux et des infirmiers spécialisés pour différentes activités tout au long de la journée, ou d'équipes mobiles intervenant au domicile du patient ou de la patiente, ces structures répondent particulièrement bien aux besoins de ces patients. Elles ont en outre souvent l'avantage de se situer plus près de leur domicile, voire de permettre une prise en charge à domicile.

Aujourd'hui, et c'est fort regrettable, ces structures se retrouvent dans une situation d'insécurité. Leur financement dépend en grande partie de décisions budgétaires annuelles dans les parlements cantonaux, ce qui rend la planification et l'investissement difficiles. Par conséquent, le transfert des patients vers ces structures intermédiaires est ralenti, au détriment de celles et ceux qui en auraient besoin.

C'est pour cela qu'une interpellation a été déposée par la soussignée lors de la session parlementaire d'été, qui vient de s'achever. Le but est de demander au Conseil fédéral de clarifier les différentes pistes envisageables pour stabiliser le financement de ces structures. La réponse du Conseil fédéral servira de base pour réfléchir aux adaptations qui pourraient être apportées pour garantir une certaine stabilité à ces structures et aux patients qui en profitent. Les patients souffrant de troubles psychiques ne doivent pas être oubliés !

Rebecca Ruiz, Conseillère nationale, Présidente du Service aux patients

L'auto-détermination, un droit à s'approprier

Prendre en mains son propre destin, passer d'un rôle de patient passif à un rôle actif ne se décide pas en un jour mais peut se travailler et s'acquérir petit à petit. Notre culture médicale latine a depuis de longues années été basée sur un modèle paternaliste où le corps médical s'est positionné en soigneur bienveillant. Cela a parfois pu dévier en une forme de « toute-puissance » sur le patient malade, où ce dernier avait une faible marge décisionnelle.

Aujourd'hui le modèle anglo-saxon a influencé notre façon de penser et le droit des patients s'est placé au centre des préoccupations, en particulier des organisations de défense des droits des patients et patientes. Le modèle du patient décideur est le modèle de choix avec ses avantages et inconvénients. Le patient est placé au centre avec ses valeurs, ses préoccupations, ses besoins d'informations sur la maladie et les traitements, et au final « sa décision » en ce qui concerne les actes médicaux et les soins associés.

Le droit à l'information

Pour rappel, selon la LSP vaudoise (Loi sur la santé publique, art. 9), chaque patient a le « Droit à l'information » :

Afin de pouvoir consentir de manière libre et éclairée et faire un bon usage des soins, chaque patient a le droit d'être informé de manière claire et appropriée sur son état de santé, les différents examens et traitements envisageables, les conséquences et les risques prévisibles qu'ils impliquent, le pronostic et les aspects financiers du traitement. Il peut solliciter un 2^{ème} avis médical auprès d'un médecin extérieur.

A partir de ce constat, le patient ou la patiente est libre de s'auto-déterminer, libre de décider ce qu'il décide de bien pour lui, pour elle, son traitement et ses soins. Le médecin doit proposer les différentes options avec leurs avantages et leurs inconvénients afin que le patient puisse prendre sa décision, en vertu du fait que chaque être humain a le droit de disposer librement de son corps.

Gagner en autonomie

L'autodétermination se définit donc par la capacité à agir et à gouverner sa vie, à faire des choix et à prendre des décisions libres d'influences et d'interférences externes exagérées (Wehmeyer & Sands, 1996)[[1](#)].

Pouvoir s'auto-déterminer a plusieurs avantages comme :

- Accéder à ses ressources et ses compétences
- Ne pas attendre que l'autre décide pour moi. Faire mes propres choix
- Me sentir plus libre et plus en accord avec moi-même,
- Gagner en autonomie.

L'autonomie est la capacité de décider, de choisir l'orientation de ses actes et les risques que l'on est prêt à courir pour les assumer. Ainsi, pouvoir s'auto-déterminer c'est se sentir plus en accord avec ses valeurs, ses choix et au final se sentir plus libre. La motivation, la confiance vis-à-vis des soignants est renforcée permettant un engagement fort dans ses soins et ses traitements.

Prendre le temps de rassembler tous les éléments

L'auto-détermination ne s'acquière pas du jour au lendemain. Elle demande un travail personnel et avec ses proches, semblable à l'affirmation de soi. Voici quelques pistes pour y parvenir :

- Ne pas hésiter à poser des questions jusqu'à ce que je comprenne bien l'ensemble des soins et examens proposés, les diagnostics posés et les issues possibles à la fin du

traitement,

- Demander un deuxième avis médical, s'adresser à d'autres professionnels, s'adresser aux organismes de soutien des patients et patientes,
- Demander l'accès à son dossier complet avec des explications,
- Rédiger des directives anticipées, faire part de ses volontés à ses proches en-cas d'incapacité de discernement, en cas d'urgence médicale,
- Acquérir la certitude que je me connais mieux que quiconque et je suis apte à décider pour moi,
- Prendre le temps de rassembler tous les éléments et les avis divers avant de décider,
- Identifier ce qui m'empêche de faire un choix moi-même.

Apprendre à s'auto-déterminer prend parfois l'allure d'un long parcours. Oser franchir le premier pas avec des petites questions puis prendre ses premières décisions avec ses propres valeurs permettent de cheminer vers une plus grande liberté intérieure.

Katia de La Baume, directrice d'un établissement psychiatrique

[1] Wehmeyer, M., Lachapelle, Y. (2006). Autodétermination proposition d'un modèle conceptuel fonctionnel, dans H. Gascon, D. Boisvert, M.C. Haelewyck, J.R. Poulin & J.J. Detraux (dir.), Déficience intellectuelle: Savoirs et Perspectives d'Action, Représentations, diversités, partenariat et qualité. Québec: Les Editions Presses Inter Universitaires.

Sondage : Quelle médecine pour demain ? Votre avis compte !

L'Interface sciences-société de l'Université de Lausanne sur mandat du Service de la santé publique du Canton de Vaud mène une recherche sur l'opinion du public sur les biobanques et le développement de la médecine ou santé « personnalisée », souvent présentée comme la médecine de demain. Pour ce faire, elle a lancé un sondage anonyme intitulé: Quelle médecine pour demain ? Votre avis compte !

Le Service aux patients de Suisse occidentale vous invite à répondre à ce sondage anonyme.

PARTICIPER AU SONDRAGE

Les réponses au sondage sont anonymes et seront traitées de manière sécurisée. Nous savons que votre temps est précieux et nous vous remercions d'avance de votre

participation. Il s'agit d'une occasion unique de faire entendre votre avis sur ce sujet et votre voix compte !

Avant de remplir le sondage, voici quelques informations supplémentaires sur les biobanques et la médecine/santé personnalisée :

- Une biobanque est une entité qui collecte et conserve des échantillons biologiques (sang, tissu ou autres liquides corporels) en lien avec des données issues du dossier médical à des fins de recherche. Ces recherches incluent souvent une analyse génétique. Elles peuvent avoir un but préventif – par exemple en identifiant les gènes qui sont à l'origine d'une maladie ou qui contribuent à préserver notre santé – ou thérapeutique – par exemple en développant de nouveaux médicaments ciblés sur le profil génétique des patients.
- La médecine personnalisée est aussi appelée médecine « de précision », « ciblée » ou « individualisée ». Elle se développe grâce aux progrès technologiques réalisés dans l'analyse des gènes et dans la gestion informatisée des données. Elle vise à « personnaliser » les interventions médicales en se basant sur le profil génétique des patients, mais aussi en prenant en compte les autres données de santé, par exemple en lien avec l'alimentation, l'activité physique, le sommeil, ou encore l'exposition à des polluants.
- La génomique fait référence à la science qui s'intéresse aux gènes des individus. Les gènes sont transmis de génération en génération et déterminent en grande partie l'apparence des individus, leur sexe, mais aussi leur risque de développer certaines maladies.
- Le consentement éclairé des individus est un prérequis obligatoire à la réalisation de toute recherche sur l'être humain, exigé par la Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain. Il implique d'être capable de discernement et d'avoir été informé correctement au préalable. Un modèle de « consentement général » élaboré au niveau fédéral est actuellement en cours d'élaboration. Ce type de consentement qui est donné une seule fois, permet l'utilisation de données issues du dossier médical et d'échantillons biologiques dans le cadre de projets de recherche en cours ou qui restent encore à définir.

Pour plus d'informations, vous pouvez consulter les liens suivants :

<https://www.frc.ch/la-necessite-de-creer-une-loi-pour-les-biobanques/>
et <https://www.letemps.ch/dossiers/santepersonnalisee>

Pour toute question concernant le sondage ou ses résultats, n'hésitez pas à contacter les auteur-e-s aux adresses suivantes :

nolwenn.buhler@unil.ch

alain.kaufmann@unil.ch

L'équipe de l'Interface sciences-société, en collaboration avec la Fédération romande des consommateurs (FRC), l'Organisation Suisse des Patients (OSP), la Fédération Suisse des

NOUS CONTACTER

info@federationdespatients.ch

Téléphone et horaires de notre permanence : <http://www.federationdespatients.ch/index.php/contact/>

Copyright © 2017 Fédération Suisse des Patients, tous droits réservés.

This email was sent to rebeccaruiz@bluewin.ch

[why did I get this?](#) [unsubscribe from this list](#) [update subscription preferences](#)

Service aux patients de Suisse occidentale · Case postale 1437 · Fribourg 1701 · Switzerland

The MailChimp logo is displayed in a white, cursive font within a grey rectangular box.