

## RÉPONSE DU CONSEIL D'ETAT

à la question écrite de Philippe Vuillemin portant sur l'application de l'art. 20, al. 1 LSP

### **Rappel de la question**

*L'art.20, al 1, dispose que:*

*"Si son état nécessite des soins ambulatoires, et dans la mesure où il est en état de se déterminer, le patient a le libre choix d'un professionnel de la santé, pour autant que ce dernier soit disponible et estime pouvoir lui prodiguer utilement ses soins."*

*Cet article avait provoqué en son temps un débat, dans la mesure où le libre choix procédait d'un idéal très honorable mais menaçait les EMS dans l'efficacité, l'économicité et la qualité des soins apportés, car le libre choix du médecin impliquait d'accepter qu'il exerçât son métier en toute indépendance, que ses choix plaisent ou non à la direction de l'établissement.*

*Il avait été fait la comparaison avec les cliniques privées, ce qui était un peu tendancieux dans la mesure où tout médecin n'est pas d'office agréé, ni au CHUV, ni dans les cliniques privées.*

*Le profil des patients en EMS a changé depuis 2004 avec une augmentation évidente des soins aigus, renforcée par la notion à venir de "patient de transition", qui ne permet que peu d'envisager des prises en charge au "coup par coup", puisqu'une certaine expérience "hospitalière" par la pratique régulière de la médecine en EMS est déjà et sera d'autant plus requise.*

### **Question :**

*Si la remise en cause de la liberté de choix paraît politiquement difficile, il semble nécessaire que le département définisse à la lumière des expériences faites, le sens des termes de l'article incriminé et ce qu'il attend des professionnels.*

*En regard du développement qui précède, comment le département interprète-t-il les termes "soit disponible" et "prodiguer utilement des soins" ?*

*Quelles conséquences pratiques dans le maintien ou non du libre choix d'un professionnel de santé ?*

### **Réponse du Conseil d'Etat**

L'article 20 LSP prévoit le libre choix du professionnel de la santé et de l'établissement sanitaire.

Pour tenir compte de la réalité, la loi prévoit toutefois deux réserves.

Pour le professionnel de la santé, il faut qu'il soit disponible, c'est-à-dire qu'il dispose de temps pour s'occuper d'un nouveau patient ou résident d'EMS (ce dernier peut être à l'autre bout du canton). Enfin, en fonction des pathologies, le médecin peut considérer qu'un confrère spécialiste serait plus adéquat.

Pour l'établissement sanitaire, il faut qu'il ait un lit disponible et que son équipement permette de

fournir les prestations nécessaires.

L'article 149a LSP précise les tâches du médecin responsable d'un établissement sanitaire : organiser le service médical, veiller à ce que l'activité médicale soit conforme à la législation, veiller à ce que les patients aient accès aux soins que nécessitent leurs besoins, veiller à l'administration correcte des thérapies et des médicaments prescrits, veiller à l'hygiène hospitalière.

Vu ce qui précède et les travaux préparatoires (Bull. GC nov. 2001, p. 5271 et 5285), le médecin désigné par le patient est bien le médecin responsable du traitement. Dans un EMS, il apparaît toutefois indispensable qu'une collaboration soit mise en place avec les professionnels de la santé de l'établissement (médecin responsable de l'EMS, infirmier-ière-s) afin de garantir le meilleur suivi médical possible. En cas d'urgence, si le médecin traitant n'est pas atteignable, le médecin responsable de l'EMS (ou le médecin de garde) est habilité à agir. L'idéal est que l'EMS prévoie, dès l'arrivée du résident, qui sera la remplaçant du médecin traitant.

Il est utile de rappeler que cette problématique n'a pas soulevé de plaintes de résidents ces dernières années et que les faîtières d'EMS n'ont pas émis de souhait particulier dans ce domaine lors des rencontres régulières avec les services concernés. Le Conseil d'Etat n'entend dès lors pas remettre en cause le principe du libre choix, ce d'autant plus que la révision du code civil (protection de l'adulte, droit des personnes et droit de la filiation) garantit le libre choix du médecin pour les personnes résidant en institution (art. 386, al. 3 CC dont l'entrée en vigueur est prévue en 2013).

Ceci dit, l'AVDEMS a publié en 1999 un cahier des charges du médecin responsable d'EMS qu'il pourrait être utile de réactualiser. Le DSAS prévoit donc de proposer une révision de ce cahier des charges. Dans ce cadre, la question ayant trait aux relations entre médecin traitant, médecin responsable et équipe soignante d'EMS pourrait être examinée.

Le DSAS va proposer durant l'année 2011 aux faîtières d'EMS et au groupe des médecins d'EMS de la SVM la révision de ce cahier des charges.

Ainsi adopté, en séance du Conseil d'Etat, à Lausanne, le 16 février 2011.

Le président :

*P. Broulis*

Le chancelier :

*V. Grandjean*