

# COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

***Petit tour du monde de  
la médecine humanitaire***

REVUE DE LA  
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

8  
DÉC:  
2003

# Editorial

## *Retour à l'essentiel*

*Voici donc, à dessein, un numéro qui fleure bon les fêtes de Noël.*

*Le Courrier du médecin vaudois est allé à la rencontre de quelques expériences de médecins pratiquant ou ayant pratiqué à un titre ou un autre une médecine dite humanitaire au sens large, sans forcément aller très loin. Il s'agit là de quelques actions parvenues à nos oreilles, sans aucun caractère d'exhaustivité. On trouve souvent, au détour de ces récits, le dénuement ou du moins la disproportion entre les moyens et les besoins, parfois la solitude, éventuellement même un environnement hostile et pourtant l'envie de repartir, de persévérer, de recommencer ici ou ailleurs.*

*Il existerait donc une médecine humanitaire et non seulement humaine. Quelle différence dans cette nuance? Une vraie rencontre avec l'Autre, une émotion intacte et partagée, sans les effets perturbants de TarMed et de la LAMal peut-être?*

Pierre-André Repond  
Secrétaire général SVM

# Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

Quatre médecins racontent leur médecine humanitaire

La réduction des risques en toxicodépendance: activité humanitaire? essentielle? efficace?

APAC et YAC

10

Information

Programme cantonal de développement des soins palliatifs: où en est-on?

Un nouveau règlement pour les médecins assistants

13

Courier

16

Calendrier médical vaudois

*La Société vaudoise  
de médecine  
présente ses vœux les meilleurs  
à tous ses lecteurs*



*et annonceurs  
à l'occasion du dernier  
CMV de l'année 2003*

### *Prochaines parutions*

COURRIER  
DU MEDECIN  
VAUDOIS

N° 1/2004  
4 février 2004  
(délai rédactionnel:  
12 décembre 2003)

N° 2/2004  
17 mars 2004  
(délai rédactionnel:  
23 février 2004)

# Dossier

## Quatre médecins racontent leur médecine humanitaire

La première chose qui frappe chez eux, c'est ce regard qui s'allume des nombreux fragments de leurs voyages lorsqu'ils en parlent. Au fur et à mesure du roulis des mots, on pénètre dans leur univers et on se laisse emmener au-delà des frontières. Petit tour du monde de la médecine humanitaire avec quatre médecins vaudois.

Le Dr Eric Breuss est médecin généraliste, installé en cabinet à Pully depuis 2002. Il est parti à plusieurs reprises au Cameroun et lors de son deuxième séjour, il fut médecin responsable d'un hôpital d'une centaine de lits, de quatre dispensaires et d'une quarantaine d'employés de 1997 à 1999.

«Mon envie de partir en Afrique remonte à bien avant mes études de médecine, je pense par idéalisme naïf», avoue le Dr Breuss. Le premier contact avec l'Afrique se fera finalement entre 1993 et 1994 durant neuf mois au sud du Cameroun en tant que stagiaire en médecine dans un grand hôpital de 300 lits. Puis en 1997, c'est employé

par l'Institut tropical suisse à Bâle que le Dr Breuss est reparti près du lac Tchad – toujours au Cameroun – durant presque deux ans. Il était alors médecin responsable d'un hôpital de 100 lits, de quatre dispensaires, dont trois étatiques, ainsi que d'un district sanitaire fort d'une population de 60 000 personnes. Il s'agissait pour lui de rouvrir un hôpital qui avait été implanté par le Dr Giuseppe Maggi et qui fut abandonné après son décès et des conflits ethniques dans la région.

Cette intervention était déterminée dans le temps et avait pour but de pérenniser le projet, ce qui est une réussite puisqu'il est actuellement assumé à 100% par des Africains.

Les tâches du Dr Breuss en tant que médecin responsable étaient médicales et administratives. Il a tout d'abord remis en état l'hôpital, puis il a assumé la prise en charge des patients en chirurgie, gynécologie, pédiatrie et médecine générale, tout en assurant la mise en place et la formation d'une équipe médicale et paramédicale. Il a dû aussi organiser le service sanitaire du district au niveau de la vaccination, de l'assainissement de l'eau, de la gestion et de la supervision des dispensaires, notamment en ce qui concerne l'équipement et l'approvisionnement en médicaments.

«Le plus frappant au début, c'était la solitude dans cette zone sous-saharienne où il n'y avait aucun moyen de communication et où la ville la plus proche était à six heures de voiture. Sur un plan médical, poursuit le Dr Breuss, le travail était très diversifié, intense et souvent nouveau, notamment par le fait qu'il fallait assumer et pratiquer une médecine simple avec les moyens à disposition. Nous n'avions par exemple que trois types



Un des villages du district sanitaire.



Le Dr Breuss s'occupe d'un patient.



d'anesthésie (locale et loco-régionale, rachidienne et le Ketalar, sans intubation, pour l'anesthésie générale). Il n'était pas évident d'opérer une femme enceinte en éclampsie dans ces conditions. Par ailleurs, toutes les hernies inguinales se faisaient en anesthésie locale. Et puis, le plus dur c'était les enfants atteints de tétanos, de malnutrition, de sida ou encore de paludisme, sans compter les accidentés, surtout des brûlés, les jeunes filles infectées après une excision et les femmes amenées parfois en moto-taxibrousse, abandonnées par leur mari après trois jours de travail en fin de grossesse. Souvent notre aide arrivait trop tard.»

En dehors des soins, le Dr Breuss explique combien il était parfois difficile de convaincre la famille et les proches de s'occuper de leurs malades au niveau des soins corporels, de la nourriture et de la propreté du lit, car c'est à la famille qu'en revient la charge en Afrique. «Je me souviens d'un garçon amené en urgence pour saignement et faiblesse après une circoncision. Le père nous a expliqué qu'il avait déjà perdu un garçon dans les mêmes circonstances et nous avons alors conclu à une hémophilie, mais sans moyen de vérifier le diagnostic. Il a fallu trouver un donneur de sang et le père refusait la transfusion dans un premier temps.» Et puis en Afrique, la plupart des patients ont déjà été présentés à un guérisseur traditionnel avant de venir à l'hôpital qui représente le dernier recours. Le Dr Breuss me raconte l'histoire de cet homme qui s'était fracturé le tibia après un accident de moto. Il s'est présenté à l'hôpital pour une radiographie, mais il a refusé le plâtre et il est retourné ensuite se faire soigner traditionnellement par un «clouage au sol», évidemment sans anticoagulation.

Un des autres grands volets du travail du Dr Breuss était consacré à la

prévention, surtout aux problèmes de l'eau potable, notamment avec l'évacuation des eaux usées, et à la vaccination. «Mais allez convaincre l'imam et les responsables villageois traditionnels du bien-fondé de l'action sur des enfants en bonne santé (vaccination) alors que leur père à côté souffre d'une hernie inguinale, d'un prostaticisme grave ou d'une cataracte, intervient le Dr Breuss. Il était de ce fait indispensable d'offrir une prestation médicale large afin d'être crédible. Par ailleurs, j'adhère à la position du Dr Beat Richner, qui déplore une médecine bon marché recommandée par certaines directives de l'OMS pour les pays en voie de développement.»

Le dernier point, par moments délicat, du travail du Dr Breuss concernait la gestion des employés et les contacts avec les officiels de l'Etat camerounais. Trouver du personnel dans une région où la scolarisation est très basse, en plus des problèmes ethniques, lui a parfois posé d'énormes difficultés. Le Dr Breuss relève aussi qu'à son arrivée en Afrique, il a dû élaborer un cahier des charges et une description de poste pour chacun des collaborateurs, et de retour en Suisse il a pu constater que ceux-ci faisaient encore défaut dans la plupart des services hospitaliers.

«De ces deux ans en Afrique, je garde un souvenir à la fois riche et émouvant. J'y ai appris l'économie des soins et le choix judicieux du traitement adapté à la pathologie, et j'en garde aujourd'hui la mémoire dans mes activités au cabinet. Je n'exclus pas d'y retourner quelques mois par année ou éventuellement en mission de courte durée. Par ailleurs, mon idéalisme «naïf» a fait place à un regard très critique envers des organisations et fournisseurs d'aide aux pays en voie de développement, au marché parfois lucratif.»

**Le Dr Blaise Meyrat est médecin adjoint au Service de chirurgie pédiatrique du CHUV. Il part une ou deux fois par année au Bénin et au Togo pour effectuer des missions opératoires et le suivi des patients opérés.**

D'une voix douce et tranquille, le Dr Meyrat explique l'origine des missions qu'il effectue depuis 1995 au Bénin et au Togo en compagnie de la D<sup>resse</sup> Judith Hohlfeld, cheffe du Service de chirurgie pédiatrique. «En fait, avant la réalisation d'un Centre pédiatrique dans la ville de Bohicon, au Bénin, au début des années 90, grâce à la Fondation Terre des Hommes et à la coopération suisse, la plupart des missions étaient effectuées au Togo, quand les enfants n'étaient pas transférés en Suisse pour être opérés au CHUV. Même si c'est encore le cas aujourd'hui pour toutes les pathologies lourdes, la majorité des enfants sont opérés sur place et depuis 2003, les équipes se rendent au Bénin deux fois l'an pour une mission purement opératoire et l'autre de consultation. En effet, avec l'augmentation importante de l'effectif des malades à soigner, il n'était plus possible de tout faire en quinze jours par an. De plus, les suivis opératoires sont ainsi mieux assurés.»

Les équipes sont en général composées de la D<sup>resse</sup> Judith Hohlfeld, qui pratique la chirurgie plastique, du Dr Meyrat pour l'urologie et quelques cas de chirurgie colo-rectale, ainsi que de deux anesthésistes, souvent des chefs de clinique déjà bien formés en anesthésie pédiatrique, et d'une ou deux infirmières. En parallèle, le Centre hospitalier départemental du Zou et Collines, partenaire du Centre pédiatrique de Bohicon, comprend 150 lits où les enfants peuvent être hospitalisés pour les suivis post-opératoires, ainsi qu'une salle d'opération régulièrement approvisionnée en matériel. Les



Le Dr Meyrat au chevet d'un petit patient.



Une attention de tous les instants.



La salle d'attente



... et les admissions.

chirurgiens peuvent ainsi profiter de l'expérience des équipes du CHUV et utiliser le matériel de pointe, notamment d'anesthésie, qui reste sur place.

La grande majorité du financement provient du CHUV qui offre des congés aux médecins deux fois par an, ainsi que du Fonds des honoraires qui assure la rémunération des médecins. Terre des Hommes continue de financer tous les rapatriements des enfants en Suisse et de nombreux dons, notamment de sociétés pharmaceutiques, permettent de maintenir un stock important de médicaments sur place.

Le Dr Meyrat rappelle quels sont les buts principaux de ces missions, dont les toutes premières remontent aux années 80, alors que le professeur Noël Genton y était parti à la demande d'Edmond Kaiser avec lequel il entretenait des contacts personnels. «C'est avant tout pouvoir soigner et opérer un maximum d'enfants sur place, mais aussi assurer le suivi post-opératoire des enfants qui sont venus en Suisse subir une intervention. C'est également un transfert de compétences qui se fait sur la base d'un accord de partenariat entre les Hospices, l'Hôpital CHD Zou, le CHUV et Terre des Hommes, accord qui vient d'être signé. Il s'agira maintenant pour l'Etat du Bénin de fournir les moyens d'assurer un certain nombre de plateaux techniques ainsi que la formation d'un chirurgien (sur place et en Suisse), qui pourra assurer la pérennité de ces missions et, à terme, reprendre la chirurgie complète.»

«Pour le moment, il manque encore un bon service de radiologie, poursuit le Dr Meyrat, du matériel technique ainsi que du personnel compétent dans le suivi post-opératoire, mais les moyens mis à disposition par le gouvernement du Bénin, pays pauvre parmi les pays pauvres d'Afrique, et l'intérêt du président de la République pour ce projet, laissent penser que les

choses vont avancer.» C'est capital pour une population infantile représentant 50% de la population totale du pays qui se monte à sept millions, surtout lorsque l'on sait qu'il n'y a actuellement qu'un anesthésiste et trois chirurgiens pédiatres. C'est la raison pour laquelle, sur 204 interventions pratiquées localement entre 1997 et 2003, il y a toujours une dizaine de transferts par an en Suisse.

Au-delà de l'aspect médical et technique des interventions qu'il pratique, le Dr Meyrat reconnaît à ses missions humanitaires des valeurs éducatives, aussi bien dans la prolongation de son travail universitaire par la formation qu'il dispense sur place que dans les cas qu'il traite au Bénin comme en Suisse, car ils sont très instructifs pour l'entier du personnel soignant du CHUV.

«Et puis, et cela va de soi, il y a les grands bonheurs de la vie: celui de voir des enfants aller mieux, après des mois de doute quant à leur survie, et celui de l'amitié partagée avec les confrères sur place; mais aussi les grands paradoxes comme cette incompréhension de la part de soignants locaux qui tentent de sauver des enfants qui se vident de dysenterie alors que dans la salle d'à côté, des chirurgiens suisses sont en train d'opérer un bec-de-lièvre.»

Enfin, et le Dr Meyrat s'en félicite, la relève est assurée car de nombreux médecins assistants et chefs de clinique se portent volontaires pour partir durant leur temps de vacances, malgré la pénibilité du travail sur place notamment à cause de la chaleur. Et si le Dr Meyrat avait quelque souhait à émettre, cela serait de disposer de plus de familles d'accueil en Suisse pour tous les enfants transférés et qui restent parfois des mois loin des leurs. Contacts:

judith.hohlfeld@chuv.hospvd.ch  
blaise-julien.meyrat@chuv.hospvd.ch

**Le Dr Jacques Muller, anesthésiste à l'Hôpital de Saint-Loup, est parti en Mongolie pour la première fois en 2000. Depuis, il se réjouit avant chaque départ de retrouver les lieux et les gens, là-bas à Oulan-Bator, capitale de la Mongolie.**

En 1991, explique le Dr Muller, à l'occasion d'une randonnée à cheval avec son épouse infirmière, le Dr Pierre Tschantz, alors président de la Société suisse de chirurgie, découvre la Mongolie et surtout la précarité de son système hospitalier. Le couple décide alors d'aller travailler durant un mois dans des hôpitaux de province en 1997 et 1998.

C'est en 1999, avec le soutien de la section suisse du Collège international de chirurgie et l'Union des sociétés chirurgicales suisses, qu'un projet d'entraide internationale dans les domaines de la chirurgie et de l'anesthésie est mis sur pied: le Swiss Surgical Team (SST). Ses buts essentiels sont l'enseignement et l'assistance aux enseignants locaux dans la formation de la relève dans ces deux domaines de la médecine, notamment avec l'organisation d'un congrès annuel, l'apport de matériel et d'équipements de chirurgie et d'anesthésie, et, finalement, l'accueil de jeunes chirurgiens et anesthésistes mongols en Suisse en tant que boursiers pour des stages d'une durée de trois à six mois. Cette dernière activité bénéficie du soutien et du financement de la Commission fédérale des bourses pour étudiants et étrangers. Ce sont les Hôpitaux de Fribourg, Yverdon, Saint-Loup, Neuchâtel et Genève qui les forment.

Le SST est financé par des dons privés et soutenu par la Confédération. Tous ses membres et collaborateurs sont bénévoles. Le Dr Jean-François Schmidt en a été le président de 1999 à 2002. Aujourd'hui, c'est le Dr Beat Kehrer, chirurgien pédiatre à la retraite, qui a repris le flambeau.



La pause.



L'attente.

«Les missions se déroulent toujours en mai pour une durée de trois semaines, reprend le Dr Muller. Du matériel est envoyé par container avant le départ de l'équipe SST, puis il est réceptionné sur place par eux dès leur arrivée et ensuite distribué aux différents hôpitaux d'Oulan-Bator. En 2003, le National Cancer Center of Mongolia a pu être équipé d'une centrale des fluides permettant d'alimenter les salles d'opération, de réveil et de soins intensifs en air comprimé et en oxygène. Cela représente une première et un confort de soins que les malades de cet hôpital n'avaient jamais eu. En plus du matériel amené de Suisse, grâce aux fonds alloués, ce centre a également pu se procurer auprès de la Chine des sets complets d'anesthésie péridurale. A noter que le cathéter seul coûte déjà 5 dollars US et que le salaire moyen d'un médecin là-bas est de 50 dollars US par mois.»

Pour les aider sur place, les médecins du SST se sont adjoint les services d'un technicien, M. Georges Masson, dont les connaissances se sont avérées

extrêmement précieuses pour réparer et remettre en état certains appareils médicaux défectueux, mais également pour effectuer la mise en place d'une unité de soins intensifs. En effet, en 2002, le Dr Pierre Tschantz a pu débloquer suffisamment de fonds pour équiper complètement huit lits de soins intensifs chirurgicaux à l'Hôpital universitaire. Dès lors, c'est le Dr Jacques-André Romand, des soins intensifs du HUG, qui soutient ce service activement en formant des infirmières sur place.

L'Hôpital mère-enfant bénéficie également de l'engagement personnel du Dr Beat Kehrer accompagné de l'anesthésiste Ernst Waidelich, où tous deux effectuent un gros travail de mise en place de nouvelles structures et de suivi.

L'enseignement des techniques du traitement de la douleur chronique a été introduit récemment au Centre national du cancer par le Dr Serge Linder, médecin anesthésiste. De même, l'introduction de l'analgésie obstétricale par rachianesthésie permet dorénavant, grâce à la D<sup>resse</sup> Hélène Chabloz, anesthésiste à l'Hôpital de Nyon,

de soulager les parturientes à la maternité de l'hôpital universitaire.

Le SST a également eu le plaisir d'accueillir depuis cette année la D<sup>resse</sup> Marina Borboen au sein de l'équipe d'anesthésie; elle avait participé auparavant aux missions à l'hôpital de Can Tho (Vietnam) en collaboration avec l'équipe de Morges, puis seule.

C'est pour le Dr Jacques Muller un plaisir de travailler avec les Mongols et de soigner leur population. «Ce sont des gens ouverts d'esprit et très accueillants. En tant que bouddhistes, leur philosophie de vie est basée sur la confiance. Ils ont en plus un potentiel d'apprentissage et de développement formidable, peut-être par le fait d'appartenir à une démocratie récente.»

Jacques Muller me dit qu'il adore soigner la population mongole et travailler avec elle, car ce sont des gens ouverts d'esprit qui font confiance aux médecins étrangers. Chaque mission est une nouvelle aventure et ce pays si jeune dans sa très récente démocratie a un potentiel de développement formidable. Contact: [kehrer@swissonline.ch](mailto:kehrer@swissonline.ch)



Les tout nouveaux soins intensifs.



La détente.





Cours d'anesthésie.



En salle d'opération.

**Le Dr Alain Meyer, chef du Service de chirurgie de l'Hôpital de Morges, a notamment fait partie pendant longtemps de l'Aide suisse en cas de catastrophe et a pratiqué une médecine de guerre et d'urgence au Cambodge et en Algérie, entre autres. Il a également contribué à la création du Vietnam Med Aid et se rend régulièrement à l'Hôpital général de Can Tho de 1994 à 2001.**

«Si l'on ne sait pas, on n'apprend pas, donc il faut partir formé sur le terrain», explique le Dr Meyer. C'est dans cette optique-là qu'en 1993, un assistant en formation post-graduée de chirurgie à l'Hôpital de Morges, le Dr Blaise Greco, décide de partir travailler plusieurs mois à l'Hôpital général de Can Tho dans le delta du Mékong, à l'extrême sud du Vietnam. Il avait visité cet hôpital à l'occasion d'un de ses voyages dans la famille de son épouse vietnamienne et, à son retour en Suisse, il informe ses collègues de l'Hôpital de Morges des besoins énormes de ce centre hospitalier. Le Vietnam Med Aid (VMA) est né.

C'est en 1994 que les Drs Eric Buchser (anesthésiste) et Alain Meyer partent à Can Tho pour évaluer les besoins. «C'était le Moyen Age et on s'est vite rendu compte que l'on pouvait amener quelque chose, sans bouleverser l'évolution naturelle de ces gens dans le cadre de leur travail et de la recherche. On a alors mis une équipe sur pied qui est allée amener matériel, aide médicale et formation à l'Hôpital général et à l'Hôpital pédiatrique de Can Tho. Et tout cela a naturellement abouti la même année à un jumelage entre ce centre hospitalier et celui de Morges.»

Un des principaux buts de VMA est de promouvoir les échanges médicaux et infirmiers entre la Suisse et le Vietnam sans imposer ses points de vue, mais en les suggérant par un engagement personnel. C'est ainsi que de jeunes médecins vietnamiens sont venus, et continuent de venir se former en Suisse pour une durée de six semaines. Et malgré toutes les précautions prises en Suisse, les premiers assistants vietnamiens qui sont retournés

au pays se sont fait «taper sur les doigts» par leurs supérieurs, car ils avaient appris l'indépendance et revenaient avec des idées qui émargeaient par rapport à celles d'un pays en convalescence communiste. Quant à la formation délivrée sur place et au matériel amené par container, ils n'ont pas toujours été utilisés à bon escient, malgré la volonté de chacun d'améliorer la situation. «Les Vietnamiens sont des gens très fiers et il a fallu beaucoup de diplomatie pour les amener à faire par eux-mêmes ce que l'on pouvait leur apporter. D'une année à l'autre, il fallait parfois tout recommencer. Idem pour le matériel courant type fil de suture, qui était thésaurisé parfois quatre ans et qui était gardé pour les coups durs. Certaines machines ou outils ont été mis de côté aussi, car leur utilisation n'était pas connue sur place et ils l'ont estimée trop dangereuse sans formation. Par contre, poursuit le Dr Meyer, ce sont d'extraordinaires techniciens, intelligents, et ils sont de ce fait de très bons anesthésistes.»

Et puis, au fur et à mesure des années et des interventions sur le terrain, une véritable collaboration a pu naître entre le personnel soignant suisse et vietnamien. Les tensions du départ se

sont résorbées et des quantités considérables de matériel ont pu être acheminées à Can Tho. De gros efforts pour améliorer les conditions d'hygiène ont été fournis, même si en orthopédie par exemple, les règles d'asepsie ne sont pas toujours respectées. De larges campagnes de vaccination sont mises sur pied régulièrement pour tenter d'éradiquer les épidémies de diphtérie, tétanos, coqueluche, poliomyélite et autres tuberculose et oreillons. Et puis il y a aussi la lèpre et la malaria.

«Il y a encore et toujours beaucoup à faire et les jeunes médecins qui partent ne doivent pas se décourager, conclut le Dr Meyer. Même si la lenteur de l'évolution peut être extrêmement pesante, que les nouvelles vocations s'annoncent, car on a besoin de la relève.» Si le Dr Alain Meyer ne se rend plus au Vietnam depuis 2001, il poursuit avec bonheur ses missions humanitaires dans d'autres pays, comme l'Algérie, où il vient d'aller opérer des patients à la demande d'un confrère sur place.

Contacts: eric.buchser@hospvld.ch  
jm.choffat@vtx.ch

*Propos recueillis  
par Catherine Borgeaud  
Secrétaire coordinatrice CMV*

### Un petit bout de l'humanitaire sur Internet

Terre des Hommes Suisse	<a href="http://www.tdh-geneve.ch">www.tdh-geneve.ch</a>
Les docteurs dans leur pirogue du ciel. Des médecins survolent l'Afrique sur 15 000 km	<a href="http://www.airsolidarite.com">www.airsolidarite.com</a>
Un bateau au fil de l'eau qui sauve des vies	<a href="http://www.mercyships.org">www.mercyships.org</a>
Ethique et responsabilité du médecin en mission humanitaire:	<a href="http://www.inserm.fr/ethique/Travaux.nsf">www.inserm.fr/ethique/Travaux.nsf</a>
Humanitaire, action sans frontière. Offres d'emploi et de volontariat. Portail recensant des ONG du monde entier.	<a href="http://www.idealist.org">www.idealist.org</a>
Médecins sans frontières	<a href="http://www.msf.ch">www.msf.ch</a>
Comité international de la Croix-Rouge	<a href="http://www.icrc.org">www.icrc.org</a>
Médecins du Monde	<a href="http://www.medecinsdumonde.org">www.medecinsdumonde.org</a>
Association François-Xavier Bagnoud	<a href="http://www.fxb.org">www.fxb.org</a>
Solidarité Aide humanitaire d'urgence	<a href="http://www.solidarites.org">www.solidarites.org</a>
Tout ce que vous vouliez savoir sur les missions humanitaires	<a href="http://www.mission-humanitaire.com">www.mission-humanitaire.com</a>
Et si vous cliquez sur les liens ci-dessous, vous trouverez encore plus de sites humanitaires	<a href="http://www.cyber-emploi-centre.com/site/2_entreprises/entr_rec_rhum_huma.htm">www.cyber-emploi-centre.com/site/2_entreprises/entr_rec_rhum_huma.htm</a> <a href="http://www.terresacree.org/assohuma.htm">www.terresacree.org/assohuma.htm</a>

# La réduction des risques en toxicodépendance: activité humanitaire? essentielle? efficace?

**Rappelons que la réduction des risques (RdR) s'est développée dans les années 80 suite à l'épidémie de sida. Elle constitue un des quatre piliers de la politique fédérale en matière de toxicomanie et comprend tout une gamme d'activités socio-sanitaires dont les plus connues sont les programmes d'échanges de seringues, de prescription médicalisée d'héroïne, les centres d'accueil à seuil bas, les hébergements de secours<sup>1</sup>...**

La RdR est parfois vue comme un ensemble d'activités humanitaires exercées par des intervenants, plutôt marginaux, motivés par la compassion et la bienveillance et quelquefois même suspects de complicité. Dans un domaine complexe où les interventions socio-sanitaires côtoient les plaisirs interdits et les produits illégaux, la RdR induit des représentations contradictoires. Elle peut être mal comprise voire dénigrée. Elle consiste, en réalité, en une approche pragmatique et essentielle aux yeux de ceux qui connaissent à la fois les dégâts sociaux et sanitaires<sup>2</sup> secondaires à la consommation de drogues et la puissance du syndrome de dépendance. Par définition, une personne dépendante en phase de pré-contemplation<sup>3</sup> n'a pas les moyens de contrôler ses envies impérieuses de consommer. Elle risque, de ce fait, d'adopter des comportements dangereux (partage et réutilisation du matériel d'injection, hygiène générale et d'injection négligée...). La RdR postule qu'il vaut mieux protéger cette personne des conséquences de sa dépendance et nouer des liens avec elle plutôt que la laisser se détruire. La RdR est une approche complémentaire aux thérapies spécifiques de la dépendance. Elle est centrée sur la diminution des conséquences néfastes de l'usage de drogue plutôt que sur l'élimination de l'usage. Une personne toxicomane, SDF, HIV positive avec une hépatite C chronique, sans attache sociale, est plus difficile à motiver pour entreprendre un traitement de sa dépendance que celle qui a pu échapper à ces atteintes grâce aux différents programmes de RdR.

L'efficacité de certaines activités de RdR, comme les campagnes de vaccinations gratuites contre les hépatites, n'est plus à démontrer; encore faut-il

pouvoir accéder aux personnes vraiment concernées, ce qui implique l'existence de structures en contact avec les toxicomanes désinsérés (lieux d'accueil à seuil bas). Le développement de traitements HIV adaptés aux toxicomanes encore instables, avec prise journalière unique et contrôlée par exemple en même temps que la méthadone (Directly Observed Therapy DOT), permet d'envisager non seulement un effet sur l'évolution de l'atteinte HIV, mais également d'éviter de nouvelles infections puisque la contagiosité d'une personne dépend aussi de sa virémie. La prescription médicalisée d'héroïne contribue à la prise en charge et à la rétention en traitement de toxicomanes très désinsérés et réfractaires aux programmes de méthadone même adaptés. Les prestations socio-sanitaires associées à cette prescription permettent une amélioration de leur état de santé et de leur situation globale et une baisse de la criminalité<sup>4</sup>.

Les programmes d'échanges de seringues, même s'ils sont constamment remis en question par ceux qui craignent qu'ils soient incitateurs, ont démontré leur efficacité<sup>5</sup> en ce qui concerne la transmission des maladies telles que le HIV et les hépatites.

Malheureusement, ces dernières années, on assiste à une augmentation des infections HIV et HCV. On observe également un accroissement des hospitalisations pour des problèmes somatiques majeurs (endocardites, arthrites septiques, ostéomyélites...) imposant des séjours prolongés, coûteux et difficiles en raison de la personnalité de ces patients. Ces atteintes sont liées au partage du matériel d'injection encore très fréquent dans le canton de Vaud (22% des usagers des structures à bas seuil) alors que la moyenne

suisse est nettement plus faible (12%)<sup>6</sup>. Elles sont aussi secondaires au manque d'hygiène au moment des injections (pas de lavage des mains, pas de désinfection de la peau...). Cette situation est en relation avec l'arrivée massive de cocaïne sur le marché. La cocaïne est un produit stimulant de courte demi-vie qui procure un plaisir intense, d'où des consommations rapprochées et compulsives (toutes les quinze minutes, jusqu'à 30 injections d'une nuit). A ce rythme, l'usager n'est plus stimulé mais agité, désorganisé, anxieux. Il ne cherche plus qu'à assouvir ses envies impérieuses de produit (craving). L'anxiété mobilise ses ressources, l'empêchant de respecter les consignes d'hygiène qu'il connaît en théorie. A cela s'ajoute la dégradation des conditions de vie de certains toxicomanes qui restent de longs mois (années) sans logement, d'où des injections dans les lieux publics faites dans des conditions de stress extrême et d'hygiène déplorable. La situation actuelle impose de développer de nouvelles stratégies de RdR. Parmi celles-ci, il en est une, difficile à accepter par les non-spécialistes, qui pourrait contribuer à la diminution des prises de risques infectieuses lors des injections, il s'agit de l'ouverture de lieux d'accueil avec local d'injection et d'inhalation<sup>7, 8</sup>. Ils existent déjà à Zurich (1981), Berne (1986), Bâle, Olten, Bienne et Genève (2001) ainsi qu'en Allemagne et aux Pays-Bas<sup>9</sup>. Une des lacunes de ces programmes, à l'exception de Bienne<sup>10</sup> et de Genève<sup>11</sup>, est de ne pas avoir prévu de système d'évaluation strict des impacts sanitaires<sup>9</sup>. Cependant, il ressort des évaluations récentes<sup>10, 11</sup> et des témoignages des différentes personnes concernées, usagers, habitants du quartier, professionnels y compris les policiers, que ces lieux ont un effet bénéfique sur l'état de santé des consommateurs, leur intégration dans le réseau, les risques d'overdoses sévères et les nuisances sociales. Les problèmes de voisinage induits par la présence d'un local d'injection apparaissent, en définitive, moins importants que les nuisances secondaires à la consommation dans les lieux publics (scènes ouvertes, seringues qui traî-



ment, piqûres accidentelles...), surtout si un travail d'intégration dans le quartier est entrepris dès le début du projet<sup>9-11</sup>. En pratique, il s'agit de lieux d'accueil avec un local réservé aux injections. Ils sont gérés par des professionnels qui veillent à la bonne intégration dans le quartier, au respect du cadre (pas de violence, pas de revente...) et du lieu et des personnes présentes. Il règne une hygiène stricte dans l'espace réservé aux injections. Les usagers sont obligés de respecter les règles d'hygiène élémentaire (lavage des mains, désinfection de la peau, utilisation de matériel stérile, ...). A la longue, ces consignes deviennent des habitudes qui sont respectées même lors des injections en dehors du local. Ces lieux d'accueil favorisent également les interventions socio-sanitaires en faveur des toxicomanes désinsérés<sup>12</sup>. En termes de RdR, ces lieux d'accueil devraient aussi disposer d'une salle d'inhalation afin de promouvoir un mode de consommation beaucoup moins dangereux que l'injection.

En conclusion, la RdR en toxicodépendance est un ensemble d'activités qui ont montré leur efficacité mais qui doivent être sans cesse adaptées aux réalités du marché des drogues. Elles exigent beaucoup de profes-

sionnalisme mais aussi d'humanité et de courage de la part des intervenants car elles les amènent à explorer les aspects destructeurs de la consommation de produits stupéfiants. La RdR doit donc être respectée et soutenue, mais aussi rigoureusement organisée et évaluée pour ne pas être victime des représentations qu'elle induit.

*Dresse Martine Monnat  
Médecin associé au Département  
universitaire de médecine et santé  
communautaires,  
Unité de toxicodépendances,  
Centre Saint-Martin, Lausanne*

### Bibliographie

1. Monnat M, Broers B, Médecine de l'addiction et réduction des risques: limites, défis et perspectives. *Med et Hyg* 2003; 61:1439-43.
2. Toxicodépendance: Problèmes somatiques courants. Publication du collège romand de médecine de l'addiction. Editions Médecine et Hygiène, 2003.
3. Miller W, Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour. 1991. New York: The Guildford Press.
4. Rehm J, Gschwend P, Steffen Th et al. Feasibility, safety and efficacy of injectable heroin prescription for refractory opioid addicts: a follow-up study. *Lancet* 2001; 358:1417-1420.
5. Gibson DR, Flynn NM, Perales D. Effectiveness of syringe exchange programs in reducing HIV risk behavior and HIV seroconversion

among injecting drug users. *AIDS* 2001; 15: 1329-1341.

6. Huissoud T, Benninghoff F, Samitca S et al. Epidémiologie de la toxicomanie dans le canton de Vaud et évaluation des nouveaux projets financés par le Canton de Vaud: troisième période d'évaluation 2000-2002 (cahier 1). Lausanne, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, 2003.

7. Wood E, Tyndall MW, Spittal PM et al. Un-safe injection practices in a cohort of injection drug users in Vancouver: could safer injecting rooms help? *CMAJ* 2001; 165 (4): 405-410.

8. Dolan K, Kimber J, Fitzgerald J et al. Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injection centers in Australia. *Drug and Alcohol review* 2000; 19:337-346.

9. De Jong W, Weber U. The professional acceptance of drug use: a closer look at drug consumption rooms in the Netherlands, Germany and Switzerland. *Int. J of Drug Policy* 1999; 10:99-108.

10. Spreyermann Ch, Willen Cl. Projet pilote Cactus, évaluation des centres d'accueil et d'assistance de l'association Drop-in de Bienne. Sfinx, Berne 2002.

11. Benninghoff F, Solai S, Huissoud Th, Dubois-Arber F. Evaluation de Quai 9 «Espace d'accueil et d'injection à Genève» Période 12/2001-21/2002. Institut universitaire de médecine sociale et préventive. Lausanne, avril 2003.

12. François A, Baudin M, Mani C, Broers B. Quai 9, espace d'accueil et d'injections pour usagers de drogues à Genève: bilan et réflexion après 18 mois de fonctionnement. *Med Hyg* 2003; 61:1799-802.

## APAC et YAC

L'Association Partenariat chirurgical (APAC) crée le projet Yopougou-Attié Chirurgie (YAC)

Cette association suisse à but non lucratif, laïque et apolitique a pour objectif de soutenir des projets de développement durable dans le domaine chirurgical en Afrique.

Son comité comprend des professionnels de la santé travaillant en Suisse et plusieurs personnalités compétentes habituées aux réalités africaines.

En tant qu'initiatrice et gestionnaire du projet Yopougou-Attié Chirurgie, elle va démarrer en janvier 2004 la construction et l'équipement d'une unité de chirurgie qui comprendra un bloc opératoire comprenant deux salles d'opération, une salle d'urgence et de petite chirurgie, une salle de réveil et une salle de stérilisation du matériel; un bloc de consultations et d'administration de 80 m<sup>2</sup> comprenant bureaux, salle d'examen et secrétariat; une unité d'hospitalisation de 250 m<sup>2</sup> de 16 lits, une infirmerie, une salle de traitement; et enfin une salle de cours et de réunion du staff.

Une fois la construction achevée, la formation et l'engagement du personnel pourra débuter. 25 employés sont prévus, dont deux chirurgiens en formation et dix infirmiers et infirmières placés sous la responsabilité du chirurgien-chef. Si tout se passe bien, en août 2004, les activités chirurgicales pourront commencer.

35, rue de Zurich, 1201 Genève, fax 022 740 34 05  
www.apac.ch – e-mail: info@apac.ch – goldbenjamin@hotmail.com

**PROJET YOPOUGON-ATTIÉ CHIRURGIE (YAC)**

- Construire une unité chirurgicale moderne à l'hôpital, un service d'urgence, deux salles d'opération, une salle de réveil et une salle d'administration de 80 m<sup>2</sup> comprenant bureaux, salle d'examen et secrétariat.
- Équiper des salles chirurgicales avec le matériel moderne (tableaux, lits, appareils médicaux, etc.).
- Développer à des infrastructures et des infrastructures, en plus de l'unité de soins, un centre de formation pour le personnel médical.
- Offrir aux patients l'efficacité au plus haut degré.

Initiative et partenaire de ce projet sont l'Association suisse de Partenariat Chirurgical (APAC) et l'Association de Médecins de la Région de Genève (AMRG). Le projet est financé par le Canton de Genève, le Département de Santé Publique de Genève, le Collège des Médecins de Genève, le Collège des Chirurgiens de Genève, le Collège des Gynécologues de Genève, le Collège des Pédiatres de Genève, le Collège des Psychiatres de Genève, le Collège des Radiologues de Genève, le Collège des Néphrologues de Genève, le Collège des Pneumologues de Genève, le Collège des Cardiologues de Genève, le Collège des Gastro-entérologues de Genève, le Collège des Urologues de Genève, le Collège des Otolaryngologues de Genève, le Collège des Ophtalmologues de Genève, le Collège des Dermatologues de Genève, le Collège des Rhumatologues de Genève, le Collège des Néphrologues de Genève, le Collège des Pédiatres de Genève, le Collège des Psychiatres de Genève, le Collège des Radiologues de Genève, le Collège des Néphrologues de Genève, le Collège des Pneumologues de Genève, le Collège des Cardiologues de Genève, le Collège des Gastro-entérologues de Genève, le Collège des Urologues de Genève, le Collège des Otolaryngologues de Genève, le Collège des Ophtalmologues de Genève, le Collège des Dermatologues de Genève, le Collège des Rhumatologues de Genève.

APAC

# Information

## Programme cantonal de développement des soins palliatifs: où en est-on?

**Un programme cantonal de développement des soins palliatifs dans le canton a été adopté par le Grand Conseil en juin 2002. Quels objectifs et quelles réalisations depuis lors? Voici, après dix-huit mois, l'occasion de faire le point pour les médecins.**

Rappelons que le but du programme cantonal est de généraliser l'accès des soins palliatifs à la population vaudoise, et de favoriser la formation des professionnels. Un comité de pilotage, réunissant des représentants de chaque région et groupe professionnel, a été créé, axant ses travaux sur plusieurs directions énoncées dans le décret:

- La mise sur pied d'une équipe mobile de soins palliatifs: constituées au moins d'un médecin et d'un(e) infirmier(ère), ces équipes sont susceptibles d'intervenir au chevet d'un patient ou en support à une équipe soignante, selon les besoins. Toujours en deuxième ligne, sans jamais remplacer l'équipe soignante en place, ces équipes mobiles peuvent apporter une expertise dans les situations difficiles; il n'est pas question toutefois de supplanter le médecin traitant, et le médecin de soins palliatifs n'interviendra que sur demande ou avec l'accord du médecin en charge. Ces équipes fonctionnent déjà et sont à disposition dans les régions Centre, Est, Ouest.
- L'information à la population vaudoise.
- L'encouragement à la formation des professionnels de la santé: par la formation d'infirmières-ressources, idéalement dans chaque CMS, EMS ou hôpital du canton, dotées d'une formation suffisante pour la gestion des situations courantes en soins infirmiers, et par une sensibilisation du personnel

des mêmes institutions, diplômé ou non.

- La création d'une unité de lits A spécialisée au CHUV.
- Une possibilité d'hospitalisation à domicile, lorsque cette solution paraît plus adéquate qu'un traitement en milieu hospitalier. L'expérience de 1997 à 1999 a montré l'intérêt et les limites de cette solution où restent à créer, notamment, des conditions permettant un remboursement des soins par les assurances.
- Le soutien à la création d'une chaire de soins palliatifs.

L'évaluation de l'ensemble du programme sera assurée par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive à Lausanne.

### Les soins palliatifs: le nouveau «machin»?

Le paysage vaudois de la santé ne connaît guère d'exemple d'un tel encouragement à un domaine médical qui vienne du Grand Conseil... De plus, par son caractère multidisciplinaire, axé sur le travail en réseau et des réseaux, et supporté par une équipe mobile de spécialistes, on pourrait craindre une retenue, voire un désengagement des médecins: les soins palliatifs passeraient-ils en main d'une poignée de techniciens? C'est en réalité tout le contraire que vise le programme, en favorisant une véritable culture des soins palliatifs, où le médecin traitant reste bien entendu le responsable de la prise en charge.

### Quels changements pour nous, médecins traitants?

Une amélioration claire des possibilités de soins de nos patients, tout d'abord, par les places disponibles en lits de soins palliatifs, par la formation des infirmières à domicile, en EMS, en hôpital. Une prise en charge adéquate, personnelle à domicile par le médecin traitant, dans le cadre de la future hospitalisation à domicile, dans des situations qui aujourd'hui encore nous forcent à hospitaliser un malade, faute de

mieux. La possibilité de faire appel aux équipes mobiles, pour un conseil téléphonique par exemple, ou pour une évaluation à domicile, au besoin.

Face à une population fort heureusement de mieux en mieux informée et sensible à l'aspect palliatif d'une prise en charge, l'apport du médecin traitant est plus que jamais indispensable pour le malade bien entendu, pour les équipes soignantes également. A ce titre, la formation continue dans ce domaine doit être encouragée, ce qui se fait actuellement de manière régulière dans le réseau Centre par exemple, et sera certainement favorisé par la création d'une chaire en soins palliatifs.

Les axes choisis dans notre canton pour le développement des soins palliatifs et les fonds libérés à cet effet devraient, à terme, apporter à chacun, du patient au professionnel de la santé, une notable amélioration de la situation actuelle.

*Dr Stéphane David  
Membre du comité de pilotage  
Représentant de la SVM*

MÉDECINS – DENTISTES  
VÉTÉRINAIRES – INDÉPENDANTS

**JEUDI 18 DÉCEMBRE  
DE 14 À 18 HEURES**

**PORTES OUVERTES**

MONT-D'OR 67  
LAUSANNE

**LOCAUX  
À VENDRE**

Autres renseignements sous chiffre CMV 12.12.03, inEDIT Publications SA, case postale 74, 1025 Saint-Sulpice.

# Un nouveau règlement pour les médecins assistants

**La nouvelle convention vaudoise: premier règlement suisse définissant les conditions de travail des médecins assistants et chefs de clinique respectant entièrement la loi fédérale sur le travail (Ltr).**

Durant cette dernière année, nous vous avons régulièrement informés de l'avancée des négociations que la section vaudoise de l'ASMAC (l'ASMAV) a entreprises avec l'Etat de Vaud afin d'obtenir de nouvelles conditions de travail. Nous désirons aujourd'hui vous présenter de plus près ce document qui est le premier en Suisse à respecter entièrement la Ltr et qui entre en vigueur avec effet rétroactif au premier avril 2003.

## Généralités/définitions

- Ce règlement prend juridiquement la forme d'une **convention collective**, il concerne tous les médecins assistants et les chefs de clinique du canton de Vaud travaillant au sein des Hospices ou des autres hôpitaux reconnus d'intérêt public.
- Il soumet les médecins assistants et les chefs de clinique à la Ltr (les chefs de clinique ne sont pas soumis à la Ltr selon l'initiative Suter). (art. 3&4)
- Les médecins assistants sont engagés par **des contrats de durée indéterminée**, sauf situation exceptionnelle (remplacement d'un congé maternité ou d'une absence maladie, etc.). (art. 10)
- Le **médecin assistant** est défini comme un médecin qui effectue une formation postgraduée ou continue.
- Le **chef de clinique adjoint** est défini comme le médecin assistant qui a des tâches d'encadrement et de supervision. Le **chef de clinique** est un chef de clinique adjoint ayant obtenu le titre FMH dans la spécialité dans laquelle il exerce. (art. 5 & directives hospices).

## Formation

- L'activité du médecin assistant est définie par un plan de travail et un plan de formation, négociés à l'engagement du médecin assistant et évalués une fois par an au moins ou à chaque changement de service. Ces deux documents constituent le **cahier des charges** du mé-

decin assistant. Ils lui sont remis **par écrit** au moment de son engagement. (art. 6)

- Les heures de formation postgraduée théorique obligatoires sont comprises dans le temps de travail. Elles peuvent varier d'une spécialité à une autre mais doivent correspondre aux **exigences définies FMH** et au **minimum à trois heures par semaine**.
- La formation théorique comprend également la participation aux **congrès** organisés par les sociétés de spécialités médicales, mais équivalant au **minimum à trois jours par an** à l'extérieur de l'hôpital.
- Sont considérés comme formation théorique les **cours** dispensés par les **médecins cadres** agréés pour cette tâche selon un programme établi. (art. 7).

## Conditions de travail

- L'horaire normal de travail est compris **entre 41 h 30 par semaine et 50 heures** (dès le premier janvier 2004). (art. 11)
- La **durée de travail** est calculée sur la base de la présence du médecin sur le lieu de travail, y compris: la **formation postgraduée** et continue obligatoire; **les pauses** (lorsque le médecin assistant doit se tenir prêt à intervenir); le temps dévolu à **des travaux de recherche exigés** par le service.
- Dans des situations **exceptionnelles et ponctuelles**, la durée maximale de travail peut être dépassée (max. 70 heures/semestre). Il est alors soit compensé en temps soit en argent (si compensation financière; supplément de 25%). (art. 12)
- Les médecins assistants ont droit à **deux jours de congé** pour chaque semaine de travail. Ces congés comprennent au moins deux **dimanches** par mois. Les jours où le médecin assistant est astreint au service de **piquet** ne sont pas considérés comme jours de congé, même si le médecin assistant n'a

pas été appelé à intervenir durant le piquet. (art. 14)

- Le médecin assistant doit bénéficier d'une **durée de repos quotidien d'au moins onze heures consécutives**. Cette durée peut être réduite à neuf heures, pour autant qu'elle ne soit pas inférieure à douze heures en moyenne sur deux semaines. (art. 13)
- Les heures de travail de nuit sont celles comprises **entre 20 heures et 6 heures**. Elles sont **comptabilisées à 120%**.
- En cas de travail de nuit, la **durée minimale du repos quotidien est de douze heures**, lesquelles interviennent immédiatement après le travail de nuit. (art. 15)
- Le médecin assistant occupé le **dimanche** ne peut être appelé à travailler plus de six jours consécutifs. (art. 16)
- Le **service de piquet** implique que le médecin assistant dispose d'une grande liberté dans ses déplacements, que la gestion de ses loisirs n'est soumise qu'à de faibles restrictions, qu'il n'est pas tenu d'intervenir rapidement et qu'il a la possibilité de participer à la planification de ses interventions.
- Si les **contraintes** imposées au médecin assistant de piquet sont fortes (intervention dans de brefs délais, interdiction de s'absenter, etc.), toute la durée du service compte comme durée de travail et est rémunérée en tant que telle.

## Protection sociale

- Pour ce chapitre, c'est la **durée totale** de l'activité des médecins assistants au service des hôpitaux parties à la convention qui est prise en considération. Les délais ne sont donc pas remis à zéro à chaque changement d'établissement. (art. 26)
- En cas d'absence pour cause de maladie ou d'accident, la **rémunération** est versée, après le temps d'essai (trois mois), au minimum durant un an à 100% et trois mois à 80%. (art. 27)
- Les médecins assistants ont droit, chaque année civile, à cinq semaines de **vacances**. (art. 28)
- Les médecins assistants ont droit aux **congés** suivants: un congé d'allaitement d'un mois qui suit le



congé de maternité; un congé de paternité de cinq jours ouvrables; un congé pour enfant malade de cinq jours par an; un congé d'adoption de deux mois; un congé parental d'une année au maximum.

- Lorsqu'ils fixent les heures de travail et de repos, les hôpitaux doivent tenir compte notamment des **responsabilités familiales** des médecins assistants. Ces médecins assistants ne peuvent être affectés à un travail supplémentaire sans leur consentement. A leur demande, une pause de midi d'au moins une heure et demie doit leur être accordée.
- Tous les postes de travail des médecins assistants doivent avoir un **éclairage naturel ou artificiel** suffisant, adapté à leur utilisation. Les locaux sans éclairage naturel ne peuvent être utilisés comme postes de travail que si des mesures de construction ou d'organisation particulières assurent, dans l'ensemble, le respect des exigences en matière d'hygiène et de protection de la santé.

#### **Femmes enceintes et allaitement**

- En cas de grossesse, les médecins assistants ont droit, sur la base d'un certificat médical, à un **congé de maternité** conforme aux articles 66 à 72 du règlement général d'application de la loi sur le personnel de l'Etat de Vaud.
- Les hôpitaux doivent occuper les femmes enceintes et les mères qui

allaitent de telle sorte que leur **santé et la santé de l'enfant** ne soient pas compromises et aménager leurs conditions de travail en conséquence. (art. 31)

- Les mères qui allaitent peuvent disposer du temps et d'un lieu nécessaires à l'allaitement. (art. 32)
- Les accouchées ne peuvent être occupées durant les huit semaines qui suivent l'accouchement; ensuite, et jusqu'à la seizième semaine, elles ne peuvent l'être que si elles y consentent.
- Durant les huit semaines qui précèdent l'accouchement, les femmes enceintes ne peuvent être occupées entre 20 heures et 6 heures.
- Chaque fois que cela est réalisable, l'hôpital est tenu de proposer aux femmes enceintes qui accomplissent un travail entre 20 heures et 6 heures un travail équivalent entre 6 heures et 20 heures. Cette obligation vaut également pour la période entre la huitième et la seizième semaines après l'accouchement.
- Les femmes enceintes exerçant principalement leur activité en station debout bénéficient, à partir de leur quatrième mois de grossesse, d'un repos quotidien de douze heures et, en sus des pauses légales, d'une courte pause de 10 minutes après chaque tranche de deux heures de travail. (art. 34)
- Les activités exercées en station debout n'excèdent pas un total de quatre heures par jour à partir du sixième mois de grossesse.

#### **Conclusion**

Ce nouveau règlement va profondément changer les conditions de travail, de formation et de protection sociale des médecins assistants ainsi que des chefs de clinique. L'ampleur du changement est, bien entendu, proportionnelle au retard accumulé dans ce domaine sur ces dernières années, situation qui est devenue insupportable dans le contexte de manque de perspectives et de reconnaissance par la clause du besoin. Il est toutefois évident que face à un changement d'une telle ampleur il y ait certaines réticences qui se manifestent, notamment au niveau d'«anciennes» générations. Ces personnes n'ont souvent pas saisi l'ampleur du changement de statut dont les jeunes médecins sont victimes. Nous avons actuellement la chance unique de redéfinir une profession ainsi que l'organisation de notre travail (avec des moyens financiers adéquats). Alors au lieu de se livrer à une lutte de générations, unissons-nous, et profitons de la situation pour redéfinir et réorganiser notre belle profession dans l'intérêt de la prise en charge des patients.

Nous espérons que ce règlement servira de base à de nombreuses sections cantonales dans leur propre négociation afin d'obtenir un statut compatible avec la Ltr au premier janvier 2005. Nous vous invitons donc à le télécharger dans sa version intégrale sur notre site, [www.asmav.ch](http://www.asmav.ch).

*Pour le comité de l'ASMAV  
Oscar Matzinger, président*

## **Jeudi de la Vaudoise**

29 janvier 2004  
Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

### **Hépatologie**

Organisateur: Professeur P. Michetti  
Modérateur: Dr S. Hesse

9 h-10 h

Séance plénière:  
Photothérapie dans les voies biliaires, enfin un espoir  
Dr Maria Anna Ortner

NASH  
Professeur Darius Moradpour

10 h-10 h 30

Pause

10 h 30-12 h

Séminaires interactifs

Plusieurs vignettes cliniques en présence de 9 experts et de 9 modérateurs.

**Ce cours est soutenu par la firme MSD.**

#### **Christine François**

Chemin de Croset 16B  
1024 Ecublens  
Tél./fax: 021 691 79 50

[chris.francois@bluewin.ch](mailto:chris.francois@bluewin.ch)

**Infirmière indépendante  
Psychologue  
Thérapeute en hypnose  
médicale  
(séances individuelles  
ou en groupes)**

cherche

**collaboration**

comme

**assistant psychothérapeute**  
autorisation de la Santé  
publique

# Courrier

## A propos de Libre marché et libre moralité (CMV 7/2003, pages 5-7)

Excellente chose que le *CMV* consacre son numéro de novembre 2003 à l'économie, qui joue un rôle de plus en plus important dans le système de santé. J'ai été surpris toutefois par le choix fait d'inclure (dans l'espace limité à disposition dans notre journal) l'article «Libre marché et libre moralité» de M<sup>me</sup> Karen Horn. Bien sûr, on se félicite de ce que ce docteur de l'Université de Lausanne contribue à un grand journal allemand; mais pourquoi nous soumettre ce texte propédeutique, en forme d'apologie des merveilles du marché, si convaincu que la concurrence néolibérale résoudra tous nos problèmes dans la bonne humeur? Que dire de ces citations:

- «Redécouvrir le marché libre et concurrentiel comme un mécanisme miraculeux, efficace et innovateur.» Que d'ignorance parmi tous les docteurs de tout poil qui se penchent sur le système de santé de n'avoir pas jusqu'ici découvert ce remède miraculeux...
- «Le marché (nous permet de) poursuivre nos intérêts personnels sans devoir entrer, au préalable, dans de grands débats peu fructueux sur les objectifs collectifs.» Je suis bien sûr subjectif mais, pour quelqu'un qui a consacré sa carrière à rechercher la pertinence et l'équité en matière de santé publique («Mon patient est la collectivité», avais-je coutume de dire), il n'est guère valorisant de lire qu'il n'y a pas d'enjeu collectif en matière de santé et que l'égoïsme éclairé de chacun nous fera parvenir aux meilleures solutions.
- Dans la même foulée, n'est-il pas rassurant (merveilleux...) de lire: «Le marché se charge lui-même de la coordination sociale»? Il est vrai que les hommes et femmes politiques sont imparfaits, notamment dans leurs efforts d'assurer une certaine solidarité par ce qu'on dénomme filet social (ou sanitaire). Mais ils sont vraiment encore plus ignorants qu'on pouvait le craindre, de n'avoir pas vu que le marché libre laissé à son génie propre prenait soin de tout cela.
- «L'interaction sur le marché est parfaitement volontaire: personne n'est obligé par un tiers de partici-

per...» N'est-ce pas là une belle consolation pour les malades et blessés: libre à eux de ne pas s'adresser aux professionnels et établissements sanitaires; c'est évidemment aussi une option, du point de vue d'un économiste, que de serrer les dents et de souffrir dans son coin «sans participer»!

- Comme dans tout bon texte, c'est la chute qui nous éclaire définitivement: «Quand les lois du marché s'appliquent, le souci moral peut enfin intégrer sa vraie place.»

Au sortir d'une période électorale où on nous a asséné avec une belle obstination des slogans simplistes, et bien que ma nouvelle qualité de retraité me permette d'observer le brouhaha du monde avec une certaine sérénité, je reste très perplexe devant cette pâture sommaire. Ou suis-je le seul qui ait trouvé un tant soit peu idéologiques, pour ne pas dire «hénaurmes», les propos susmentionnés.

C'est d'ailleurs le signe d'un syndrome dangereux qu'on voit surgir trop fréquemment: d'une part, quant au principe, la plupart s'accordent à dire que le système de santé n'obéit que (très) imparfaitement aux lois du marché et qu'il convient d'en tenir compte; notamment parce qu'il y a malgré tous nos efforts une réelle asymétrie d'informations entre l'acheteur

et le vendeur, et qu'on voudra bien, peut-être, nous accorder que les interactions dans la relation thérapeutique ne sont pas complètement superposables à celles de la vendeuse et de l'acheteur de crème à raser... Cela étant dit (et accepté par la plupart), en pratique les économistes et autres décideurs s'empressent de faire comme si les lois du marché s'appliquaient strictement (et ils y sont bien sûr encouragés par des envolées enthousiastes comme celles de cette journaliste).

On ne peut pas vouloir défendre les caractéristiques relationnelles, humaines et éthiques de notre métier et donner la main par ailleurs à des théories monétaristes qui montrent leurs dramatiques limites, par exemple de l'autre côté de l'Atlantique (ne reste-t-il pas regrettable que le pays le plus riche du monde, maître de la planète, soit incapable de fournir des soins acceptables à ses résidents, et que 25 à 30% de sa population ne bénéficie pas d'assurance maladie ou soit mal assurée? – proportionnellement, cela ferait deux millions de personnes dans cette situation en Suisse). A passablement de reprises au cours de la dernière décennie, et tout en étant favorable à une société libérale au sens large, j'ai cherché avec d'autres à attirer l'attention sur la notion que le marché n'était pas la panacée dans notre domaine. Et que la concurrence est un véritable miroir aux alouettes tant qu'il n'y aura pas une évaluation pertinente et systématique des prestations des fournisseurs de soins, on en reste assez loin. Merci à de plus jeunes de chercher à faire prévaloir le bon sens et la pondération sur des déclarations... théoriquement parfaites et (presque) parfaitement théoriques.

*D<sup>r</sup> Jean Martin, Echandens*

## La FHV a 100 ans

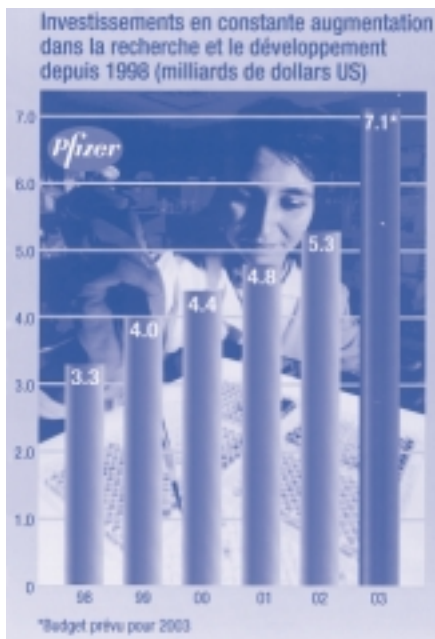
C'est le 21 décembre 1903 que les infirmières-sœurs directrices d'infirmiers du canton de Vaud et quelques membres de leurs comités se sont réunies pour revendiquer une augmentation de la contribution de l'Etat en faveur des assistés. Plus tard, cette association est devenue le GHRV (Groupement des hôpitaux régionaux vaudois) et finalement en 1998 la FHV.

Le temps a passé, mais les préoccupations, elles, n'ont pas changé comme on peut le constater.

Pour marquer ses 100 ans d'existence, la FHV a fêté l'événement par une cérémonie d'anniversaire le 19 novembre dernier à l'Hôpital du Chablais à Aigle à laquelle étaient conviés non seulement le conseiller d'Etat et les directeurs d'hôpitaux, mais aussi ses partenaires de la santé, dont la SVM.

## Publireportage

### Pfizer définit de nouvelles normes dans la recherche



Avec le budget pour la recherche le plus important de la branche, l'entreprise pharmaceutique Pfizer définit de nouvelles normes dans la recherche et le développement de médicaments efficaces et innovants. Pfizer propose plus de 120 médicaments sur le marché suisse, contribuant ainsi fortement à l'amélioration de la santé publique.

Le «Global Research and Development» est loin de n'être qu'une simple formule. Chez Pfizer, la recherche et le développement constituent un secteur commercial à part entière qui emploie plus de 12 000 chercheurs hautement qualifiés. Pour l'année en cours, Pfizer a prévu un budget de recherche total s'élevant à 7,1 milliards de dollars US. Le travail en équipe dans les divers centres de recherche ainsi qu'une étroite collaboration avec des partenaires dans l'industrie, les universités et les biotechnologies contribuent sensiblement au succès de la recherche et du développement de nouveaux médicaments innovants. Avec «Healthy Ageing», Pfizer a élaboré un programme à l'échelle mondiale dont le but est d'améliorer de manière cohérente la santé des personnes âgées: médicaments efficaces et modernes destinés à la génération des patients âgés, souvent laissée pour compte.

## A propos de l'article paru dans 24 heures le 13 septembre 2003 «L'Hôpital de Lavaux a entamé sa mue»

### Portes ouvertes à l'Hôpital de Lavaux et portes fermées au CHUV

L'organisation d'une journée portes ouvertes le samedi 13 septembre à l'Hôpital de Lavaux rappelle cruellement que pour des centaines de patients que l'on aurait opérés jusqu'en mai 2003 dans ce performant service de chirurgie aujourd'hui transformé, les portes d'autres salles d'opération sont toujours closes!

En effet, sur les trente-deux médecins qui opéraient à Cully leurs patients au tarif de l'assurance de base, onze d'entre eux, représentant environ 500 interventions annuelles, ont fait part de leur intention de poursuivre leurs activités au CHUV, comme l'avait proposé et promis le Conseil d'Etat.

Or, ces onze médecins – supportant parallèlement les coûts de leur cabinet – se sont vu proposer un tarif tellement bas par l'administration des

Hospices que cela a représenté *de facto* un double tour de clé sur les portes des salles d'opération du CHUV. Pour l'heure, les patients ne savent donc pas s'ils pourront – ni quand et où – se faire opérer par leur médecin traitant. Pourtant, certaines de ces interventions ne peuvent pas être repoussées indéfiniment sans présenter un risque médical pour les patients.

Un dossier bloqué, des promesses non tenues, des patients inquiets en attente de traitement, des médecins empêchés de travailler, des installations d'opération neuves inutilisées, voilà aussi un aspect de la «métamorphose» de l'Hôpital de Lavaux.

A quand la politique de la santé qui vise en priorité les soins aux patients et la motivation de ceux qui les soignent?

*D<sup>r</sup> Ch.-A. Favrod-Coune  
Président de la SVM*

Pour une meilleure qualité de vie:



- **Systèmes d'oxygène liquide**  
L'approvisionnement optimal pour les traitements stationnaires et ambulatoires.

## Oxygénothérapie



- **Bouteilles d'oxygène**  
Bouteilles dans toutes les grandeurs pour les trajets et à la maison.

- **Concentrateur d'oxygène**  
L'alternative pour l'approvisionnement à la maison.

PanGas – l'avance dans la technique médicale  
Demandez-nous notre catalogue spécial!

PanGas  
Siège principal  
Industriepark 10  
6252 Dagmersellen

Tél. 0844 800 300  
Fax 0844 800 301  
contact@pangas.ch  
www.pangas.ch

**PanGas**<sup>®</sup>  
HEALTHCARE



# Calendrier médical vaudois

Période du 5 janvier au 20 février 2004

## JEUDI 8 JANVIER 2004

14 h 15-15 h 45: **Conférence du CEPUSPP** – Professeur M. Elkaïm: «Une approche systémique de la famille à partir d'une simulation d'un patient ou d'une thérapie familiale» – Prilly, site de Cery, clinique psychiatrique universitaire – Renseignements: secrétariat du Professeur P. Guex, tél. 021 314 28 41.

17 h-18 h: **Colloque ORL-CHUV** – D<sup>rs</sup> J. Kutter et F. Lang: «Fixation de l'étrier: traitements chirurgicaux» – Lausanne, CHUV, auditoire Mathias-Mayor – Renseignements: Professeur Ph. Monnier, tél. 021 314 27 00, fax 021 314 27 06.

## JEUDI 15 JANVIER 2004

15 h-17 h 30: **Colloque de formation continue du service de cardiologie du CHUV** – Professeur M. Pfisterer et D<sup>r</sup> V. Chabot: «Patients coronariens âgés: prise en charge particulière? Patients coronariens diabétiques: prise en charge particulière?» – Lausanne, CHUV – Renseignements: D<sup>r</sup> A. Jaussi, tél. 024 425 52 44, fax 024 425 56 72.  
18 h-19 h 30: **Colloque interville Genève-Lausanne** – D<sup>r</sup> R. Kaiser: «Parfums et senteurs» – Nyon, auditoire La Pagode – Renseignements: Professeur Ph. Monnier, tél. 021 314 27 00, fax 021 314 27 06.

## MARDI 20 JANVIER 2004

8 h-9 h: **Formation continue du département de pédiatrie de Lausanne** – Professeur J.-L. Michell: «Néonatalogie/Chirurgie. ARDS et inactivation secondaire du surfactant» – Lausanne, CHUV – Renseignements: D<sup>r</sup> E. Roulet, tél. 021 314 35 63.  
9 h-10 h: **Formation continue du département de pédiatrie de Genève** – D<sup>r</sup> G. La Scela: «Néonatalogie/Chirurgie. Indications à la chirurgie plastique et reconstructive chez l'enfant» – Genève, HUG – Renseignements: D<sup>r</sup> Ph. Eigenmann, tél. 022 382 45 31.

18 h 30: **Colloque hospitalo-régional de Morges** – D<sup>r</sup> B. Roche: «Voyage autour de l'œil du cyclope ou la protocologie du praticien revisitée» – Hôpital de Morges, auditoire de l'ESIM – Renseignements: D<sup>r</sup> R. Rosso, tél. 021 801 92 11, fax 021 803 39 14.

## JEUDI 22 JANVIER 2004

17 h-19 h 30: **Colloque ORL-CHUV** – D<sup>resse</sup> B. Spahn: «Revue des pathologies lacrymales» – Lausanne, CHUV, auditoire Mathias-Mayor – Renseignements: Professeur Ph. Monnier, tél. 021 314 27 00, fax 021 314 27 06.

**6<sup>e</sup> journée Forum santé** – «Crise du système suisse de santé: entre liberté et solidarité?» – Interlaken, Hôtel Victoria Jungfrau – Renseignements et inscriptions: e-mail: forumsante@sanofi-synthelabo.com ou site Internet: www.forumsante.ch.

## JEUDI 29 JANVIER 2004

9 h-12 h: **Les Jeudis de la Vaudoise** – D<sup>r</sup> M.-A. Ortner et Professeur D. Moradpour: «Hépatologie» – Lausanne, CHUV, auditoire César-Roux – Renseignements et inscriptions: SVM, tél. 021 651 05 05, fax 021 651 05 00, e-mail: formcont@svmed.ch ou site Internet: www.svmed.ch.  
12 h 15-13 h 45: **Séminaire à la Faculté de médecine** – Professeur N. Duruz et D<sup>rs</sup> D. Zullino et M. Preisig: «Machines à diagnostic? Les troubles mentaux et le DSM» – Lausanne, IURHMS, ch.

des Falaises 1 – Renseignements: M. B. Graz, tél. 021 314 49 49 ou e-mail: bertrand.graz@inst.hospvd.ch.

17 h-18 h: **Colloque ORL-CHUV** – D<sup>r</sup> F.-X. Borruat: «Présentation de cas cliniques» – Lausanne, CHUV, auditoire Mathias-Mayor – Renseignements: Professeur Ph. Monnier, tél. 021 314 27 00, fax 021 314 27 06.

## JEUDI 29 ET VENDREDI 30 JANVIER 2004

12 h 45-18 h 45: **6<sup>e</sup> Conférence nationale sur la promotion de la santé** – «Pratiques démocratiques et promotion de la santé – comment influencer les politiques publiques» – Lugano, Palazzo dei congressi – Renseignements et inscriptions: tél. 061 836 98 76, e-mail: congress@organizers.ch et site Internet www.promotionsante.ch.

## JEUDI 5 FÉVRIER 2004

14 h 15-15 h 45: **Conférence du CEPUSPP** – D<sup>r</sup> P. de Jonge: «Comment mener une recherche produisant des informations utilisables dans la pratique clinique?» – Prilly, site de Cery, clinique psychiatrique universitaire – Renseignements: secrétariat du Professeur P. Guex, tél. 021 314 28 41.  
17 h-18 h: **Colloque ORL-CHUV** – D<sup>r</sup> P. Grosjean: «La rhinite allergique: review» – Lausanne, CHUV, auditoire Mathias-Mayor – Renseignements: Professeur Ph. Monnier, tél. 021 314 27 00, fax 021 314 27 06.

## JEUDI 12 FÉVRIER 2004

15 h-17 h 30: **Colloque de formation continue du service de cardiologie du CHUV** – Professeur E. Aliot, D<sup>rs</sup> H. Abriel et J. Schlaepfer: «Les arythmies ventriculaires sur cœur sain. Génétique des troubles du rythme et de la conduction: expérience lausannoise» – Lausanne, CHUV – Renseignements: D<sup>r</sup> A. Jaussi, tél. 024 425 52 44, fax 024 425 56 72.

17 h-18 h: **Colloque ORL-CHUV** – «Progress report scientifique» – Lausanne, CHUV, auditoire Mathias-Mayor – Renseignements: Professeur Ph. Monnier, tél. 021 314 27 00, fax 021 314 27 06.

## MARDI 17 FÉVRIER 2004

18 h 30: **Colloque hospitalo-régional de Morges** – D<sup>r</sup> P. Cerottini: «Maladies sexuellement transmises: un bon coup d'œil pour un grand retour» – Hôpital de Morges, auditoire de l'ESIM – Renseignements: D<sup>r</sup> R. Rosso, tél. 021 801 92 11, fax 021 803 39 14.

## JEUDI 19 FÉVRIER 2004

17 h-18 h: **Colloque ORL-CHUV** – D<sup>r</sup> B. Imholz: «Hyperparathyroïdisme: diagnostic et prise en charge» – Lausanne, CHUV, auditoire Mathias-Mayor – Renseignements: Professeur Ph. Monnier, tél. 021 314 27 00, fax 021 314 27 06.

N.B.: Pour toute information supplémentaire concernant l'agenda, vous pouvez consulter notre site dans sa partie membres [www.svmed.ch/agenda](http://www.svmed.ch/agenda).

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 23 février et le 16 avril 2004: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 12 janvier 2004.



*Revue de la  
Société vaudoise de médecine*

### Comité de la SVM

D<sup>r</sup> Charles-A. Favrod-Coune, président  
D<sup>r</sup> Charles-Alexandre Steinhäuslin, vice-président  
D<sup>r</sup> Jean-Philippe Grob, secrétaire  
D<sup>r</sup> Jean-Marc Lambercy  
D<sup>r</sup> Philippe Munier  
Professeur Alain Pécoud  
D<sup>r</sup> Bertrand Vuilleumier  
D<sup>r</sup> Lennart Magnusson

### Comité de rédaction du CMV

D<sup>resse</sup> Jacqueline Caillat  
D<sup>r</sup> Charles-A. Favrod-Coune  
D<sup>r</sup> Carlos Lima  
D<sup>r</sup> Jean-Pierre Randin  
D<sup>r</sup> Patrick-Olivier Rosset  
D<sup>r</sup> Louis-Alphonse Crespo  
D<sup>r</sup> Georges Buchheim

### Secrétariat général

P.-A. Repond, secrétaire général  
Catherine Borgeaud,  
secrétariat de rédaction CMV

### Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1, Case postale 76  
1010 Lausanne 10  
Tél. 021 651 05 05  
CCP Lausanne 10-1500-5  
Fax 021 651 05 00  
E-mail: secgen@svmed.ch  
Internet: www.svmed.ch

### Fondation

#### pour la garde médicale

**S.O.S. – Médecin de garde**  
Tél. 021 213 77 77 (24 heures sur 24)

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

### Administration et rédaction

Case postale 76  
1010 Lausanne 10

### Régie des annonces

Suisse romande:  
inEDIT Publications SA  
Chemin des Jordils 40  
Case postale 74 – 1025 Saint-Sulpice  
Tél. 021 695 95 95  
Fax 021 695 95 51

### Réalisation

inEDIT Publications SA