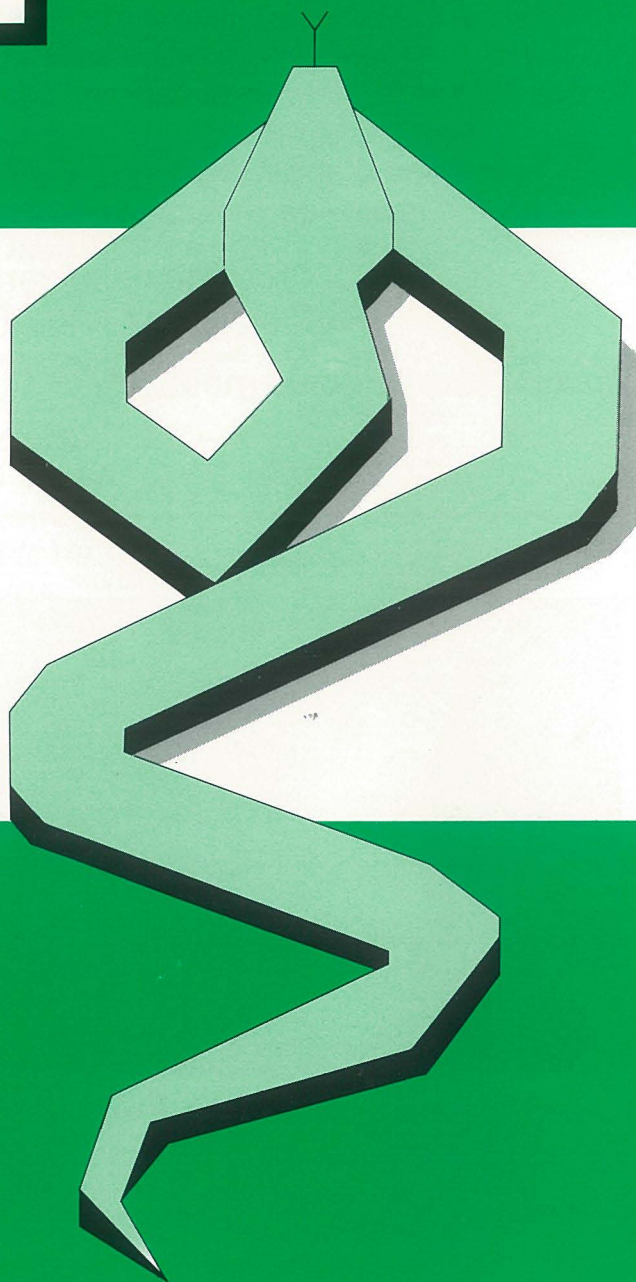


COURRIER
DU **M** **MEDECIN**
VAUDOIS

numéro 7

août - 90

ORGANE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE



FAUT-IL MÉDICALISER LES AMBULANCES ?

FMC OBLIGATOIRE OU VOLONTAIRE ?



SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE Fondation pour la garde médicale

et leurs partenaires

Helvetia caisse maladie
Genevoise Assurances — Intras, caisse maladie

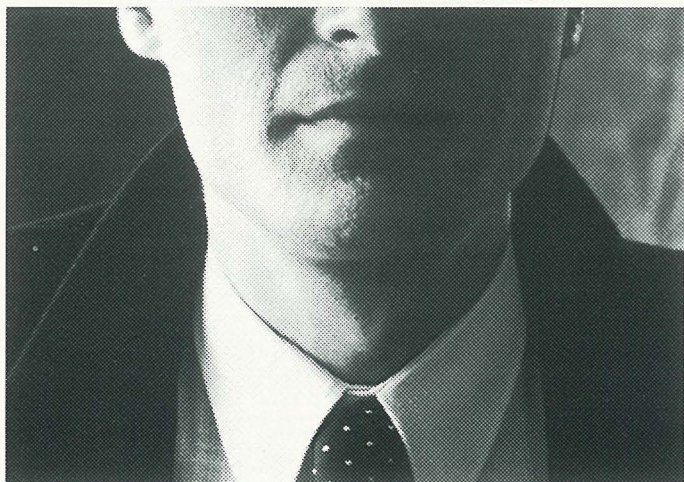
vous offrent leurs services :

- Contrats collectifs maladie et perte de gain
- Caisse d'allocations familiales CAFMED
- Central de télécommunications desservi exclusivement par des infirmières
 - déviateur téléphonique en cas d'absence ;
 - systèmes d'appel (Meditel, Vip-Line, Reacall, Eurosignal, etc.) ;
 - transmission de messages alphanumériques.

**Prestations et tarifs particulièrement intéressants.
Demandez une offre et comparez !**

Société vaudoise de médecine — C.P. 50 — 1010 Lausanne — Tél. 021/32 9912

SEULE UNE IMAGE COMPLÈTE
PERMET D'APPRECIER UNE SITUATION...



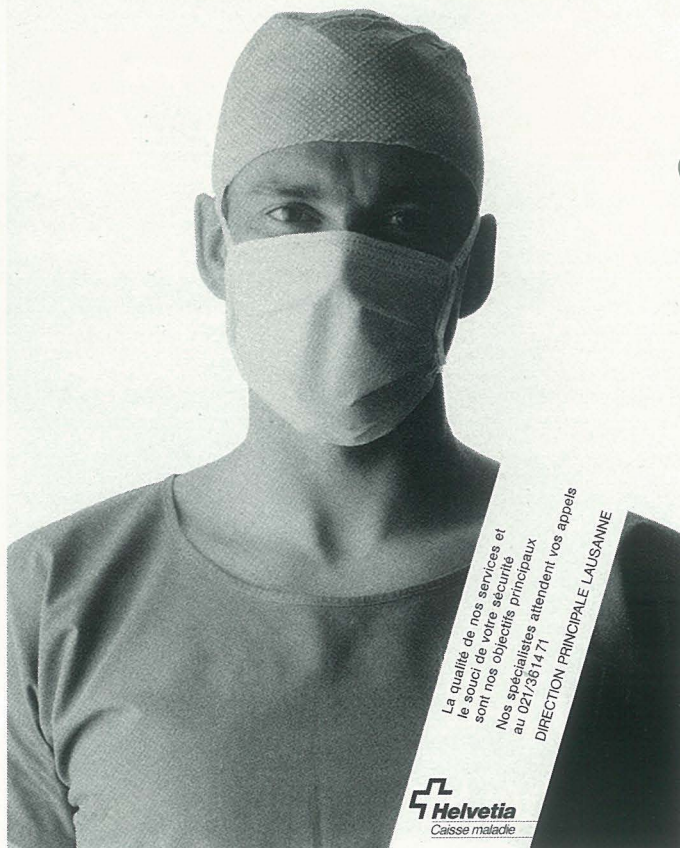
**Le Plan de Sécurité Evolutif :
la juste mesure de vos assurances**

GENEVOISE ASSURANCES
André Grandchamp
Agence générale
Place Saint-François 5, 1003 Lausanne
Tél. 021/2017 01



Helvetia
Caisse maladie

UN PARTENAIRE SÛR



La qualité de nos services et
le souci de votre sécurité
sont nos objectifs principaux
Nos spécialistes attendent vos appels
au 021/361471
DIRECTION PRINCIPALE LAUSANNE

Helvetia
Caisse maladie

Editorial

«Faut-il médicaliser les ambulances?»

Il est évident que les professions paramédicales sont entraînées irrésistiblement dans le courant évolutif de la médecine. Ainsi, pour exemple, nous savons bien que les responsabilités infirmières augmentent d'année en année. Et celles des ambulanciers? Ne sont-ils ou ne restent-ils que des «brancardiers»? Oui, quand il s'agit d'un simple transport de convalescents. Non, quand la vie est menacée par une affection médicale ou chirurgicale nécessitant un transport rapide en milieu hospitalier. Il est aujourd'hui inadmissible de ne prendre en compte que l'aspect transport; il est indispensable de garantir aux patients des compétences et des soins adéquats, déjà pendant le transport en ambulance. En d'autres termes, ne doit-on pas considérer dorénavant l'ambulance comme l'antichambre des soins intensifs?

Pour satisfaire à cette haute exigence, deux options peuvent être envisagées: soit maintenir le statut actuel de l'ambulancier, plus ou moins bien formé, et médicaliser les ambulances (avec quels médecins? avec une nouvelle spécialité, telle «médecin d'urgence FMH»?); soit rediscuter fondamentalement le profil de l'ambulancier et son plan de formation, qui amènerait à une véritable et nouvelle profession reconnue et protégée. Cette deuxième solution n'aplanirait-elle pas les disparités locales observées dans le canton, et ne rendrait-elle pas moins nécessaire la médicalisation dans les ambulances, susceptible de représenter une charge financière trop lourde pour les collectivités régionales?

Ainsi, il fallait que ce dossier réponde à la question précitée, non sans omettre de rediscuter la place de l'ambulancier dans le système de la santé. Il allait donc de soi que nous fassions appel aux membres de la Commission cantonale consultative en matière de mesure sanitaire d'urgence, et certes, à des hommes de terrain.

Dr J.-P. Randin

Sommaire

1

Editorial
Faut-il médicaliser
les ambulances?

3

Dossier
Faut-il médicaliser
les ambulances?

9

Opinions
Pour une FMCO
ou une FMCV?

11

Courrier des lecteurs

13

Communiqués

3^e couverture
Calendrier
médical vaudois

NULLE PART AILLEURS QU'À MONTREUX: CLINIQUE BON PORT

Un établissement unique en son genre; spécialisé en matière de médecine interne, de nutrition, de relaxation, d'activité physique et d'hydrothérapie. **Recommandé pour une prise en charge personnalisée des patients, en particulier en cas de dépression liée au surmenage, de réhabilitation cardiaque, pour suites de traitements, pour traitement de l'obésité et du stress.**

Sous la direction médicale des D^{rs} Nicolas Bergier et Claude Rossel. Organisé autour d'un collège de huit médecins, tous autorisés à pratiquer de manière indépendante dans le canton de Vaud.

Ouvert aux médecins traitants.

Equipe complet d'hydrothérapie, kinésithérapie, piscine, bain bouillonnant, sauna, salle de gymnastique, enveloppement, ultrasonographie, cardiologie (ECG de repos, ergométrie, Holter, Doppler vasculaire périphérique, spirométrie). Laboratoire d'analyses chimiques.

CLINIQUE BON PORT est située sur les rives du lac Léman, dans un havre de paix, de fleurs et de verdure. Toutes les chambres avec balcon, orientées plein sud, regardent les Alpes et sont dotées du plus grand confort.

CLINIQUE BON PORT

21, rue Bon-Port, CH-1820 Montreux

Tél. 021/963 5101 - Fax 021/963 7795 - Télex 453 133



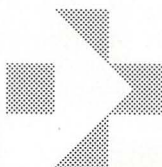
A l'attention
des institutions
du secteur médical
à la recherche
de gens de valeur

perMed

Leuthold & Riffert

18, av. de la Gare — 1003 Lausanne — Téléphone 021/312 5102

Personnel médical stable et temporaire



ÉTABLISSEMENT MÉDICO-SOCIAL POUR PERSONNES ÂGÉES OU HANDICAPÉES

Construction moderne, ascenseurs

Equipe de pointe

Capacité de 40 lits (chambres à 1 ou 2 lits)

Ambiance familiale

Vue panoramique sur les Alpes et la campagne

Long ou court séjour, convalescence

Hôpital de jour



Ergothérapie et animation

Infirmière diplômée et
médecin 24 h/24 h

Cuisine soignée, régime
sur demande

Parking, transports publics
à proximité

Reconnu par les Caisses-
maladies

Direction :

J. Gonzalez

EMS « La Chênaie »
Route de la Paix 22
1315 La Sarraz

Tél. 021/866 6013

**Au bénéfice des prestations complémentaires
(P.C./AVS)**



**AMBULANCES
ALPHA • Lausanne
021/36 71 71**

24 heures sur 24

Transport :
malade, blessé, convalescent

Entrée et sortie d'hôpital

Rapatriements Suisse et étranger

Ambulances équipées
et confortables et Mercedes
climatisée avec personnels
qualifiés (infirmiers)

Devis gratuit

Location d'oxygène
et de matériel médical

Entreprise mandatée par le CHUV

Dossier

Faut-il médicaliser les ambulances?

Services d'ambulance, santé publique, et Commission cantonale consultative en matière de mesures sanitaires d'urgence

Les services d'ambulance vaudois ont longtemps fonctionné avec une participation réduite de l'Etat. Celui-ci s'est limité, jusqu'en 1986, à coordonner et à subventionner les centres officiels régionaux d'ambulances et de premiers secours.

Se basant sur l'article 183 de la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique, le Conseil d'Etat a émis un règlement en date du 15 janvier 1986 concernant les transports de patients par ambulance.

Afin d'étudier les modalités d'application de ce règlement, un groupe de travail a été chargé de faire le point sur la situation.

Compte tenu de la disparité existant entre certains services d'ambulance, des améliorations ont été suggérées, quant à la formation du personnel et de l'équipement. Afin de concrétiser ces propositions, une commission permanente a été créée.

Dans sa séance du 12 août 1987 et sur préavis du Service de la santé publique et de la planification sanitaire, le Conseil d'Etat du canton de Vaud a décidé de constituer une Commission cantonale consultative en matière de mesures sanitaires d'urgence (ci-après CMSU). Pour instaurer un dialogue permanent entre les différents intervenants en matière d'urgence sanitaire, la CMSU a, depuis ses débuts, été composée de représentants des partenaires suivants:

Société vaudoise de médecine,
Groupement des hôpitaux régionaux vaudois,
Service d'anesthésiologie du CHUV,
Association des chefs des polices municipales vaudoises,
Garde aérienne suisse de sauvetage, REGA,
Groupe sanitaire de la Ville de Lausanne
Ambulanciers privés,
Centre Fernand Martignoni,
Police cantonale,
Service de la santé publique et de la planification sanitaire.

La CMSU s'occupe en priorité du dossier «services d'ambulance». Elle transmet au Service de la santé publique et de la planification sanitaire ses conclusions et idées en la matière. Elle se charge de la mise en application des mesures décidées qui, jusqu'à ce jour, il faut le souligner, ont été prises d'un commun accord.

Par exemple, elle a adapté le programme du cours de base centralisé et, en collaboration avec les hôpitaux de zone, elle a introduit un recyclage décentralisé pour tous les ambulanciers. Elle a élaboré une liste d'équipement minimal et procède à un contrôle sanitaire annuel de toutes les ambulances du canton. Elle est également à l'origine de la création de fiches d'interventions.

A nos yeux, des progrès ont été faits. Mais à l'heure actuelle, la prise en charge des patients les plus graves (environ 15%) n'est pas satisfaisante. Les critères de qualité sont en dessous de ce que l'on pourrait attendre d'un pays économiquement à l'aise et médicalement développé.

La CMSU va donc remettre aux autorités cantonales un rapport allant dans ce sens et proposer des solutions qu'elle espère adaptées à la situation vaudoise.

Dr R. Neff,
président de la Commission cantonale
consultative en matière
de mesures sanitaires d'urgence
M. G. Vittoz,
adjoint au Service
de la santé publique
et de la planification sanitaire

Formation au Centre Fernand Martignoni

L'ambulancier, premier intervenant sanitaire auprès de la plupart des accidentés ou des victimes de malaises, doit quotidiennement choisir parmi plusieurs alternatives, la plus adéquate :

- Retrait du casque intégral d'un motocycliste inconscient, avant l'immobilisation de la colonne cervicale.
- Réaxation et immobilisation d'un membre fracturé avant le transport.
- Examen du patient, prise du pouls, de la tension artérielle, contrôle des pupilles.
- Utilisation de l'attelle de désincarcération KED chez un patient, assis dans un véhicule, suspect d'un traumatisme du rachis.
- Appel au médecin de garde pour effectuer à domicile une réanimation d'urgence avant le transport et bénéficier de la présence médicale jusqu'à l'hôpital.
- Appel à l'anesthésiste de la REGA dans ce même but lors d'accidents hors des localités.

Seule une formation solide et adaptée permet à l'ambulancier d'effectuer le meilleur choix dans chaque situation.

La formation de base telle qu'elle est proposée au Centre Fernand Martignoni à Pully, sur mandat et conformément aux directives du Service de la santé publique et de la planification sanitaire, se compose de trois volets distincts :

– Un cours de base centralisé d'une durée de 80 heures dont la moitié est consacrée à l'étude théorique, l'autre étant réservée à l'utilisation du matériel et à la pratique.

– Un stage hospitalier décentralisé d'une durée de deux semaines permettant au futur ambulancier de se familiariser avec les gestes techniques (préparation d'injections, de perfusions, aide à l'intubation, ventilation au masque en salle d'anesthésie...) et de participer à la prise en charge de patients inconscients (examen rapide du patient position latérale, contrôle des fonctions vitales...).

– Un stage ambulancier permettant au candidat une supervision par un ambulancier chevronné pour une quinzaine de courses environ.

– Le recyclage décentralisé de deux journées annuelles obligatoires financées par l'Etat de Vaud ayant lieu dans les hôpitaux de zone ainsi qu'une troisième journée facultative à thème annuel viennent renforcer la formation de base.

Cette formation, indispensable à toute activité ambulancière, ne représente toutefois que la moitié ou le tiers de la durée de formation des ambulanciers du Groupe sanitaire de la police de Lausanne par exemple.

L'évolution de la prise en charge préhospitalière, pressentie pour les prochaines années, va sans doute avoir des répercussions sur les critères de formation et de choix des intervenants.

Le médecin qui interviendra alors dans une situation souvent stressante souhaitera trouver en l'ambulancier un assistant capable de le seconder de manière complète lors de l'intervention. Cela afin de garantir au patient une prise en charge efficace, sûre et confortable où l'ambulancier occupera une place reconnue.

Le patient doit être et demeurer le point de mire vers lequel convergent les regards médicaux et politiques.

Il est indispensable de poursuivre nos efforts dans le sens d'une prise en charge globale du patient en phase préhospitalière qui inscrit l'ambulancier dans ce contexte tel un partenaire à part entière.

Y.-A. Costantini,
Centre Fernand Martignoni

La profession d'ambulancier

Actuellement non reconnue officiellement en Suisse, la profession d'ambulancier est au centre de la discussion sur les secours d'urgence. Un homme « du terrain » fait le point et donne son avis sur le métier qui le passionne. A commencer par l'organisation et la reconnaissance de la profession.

Plusieurs organismes planchent actuellement sur la question en Suisse :

- l'Association romande des ambulanciers et sauveteurs professionnels (ARASP) ;
- l'Association suisse des sauveteurs professionnels (ASSP).

Un de leurs buts principaux est de faire reconnaître cette profession comme telle en Suisse, puisque ce n'est pas

le cas actuellement. Un long parcours reste à faire puisque l'OFIAMT exige entre autres une formation identique dans toute la Suisse, à tout le moins des normes bien précises (nombre d'heures, branches, examens, etc.).

- Le Service de la santé publique étudie, quant à lui, la médicalisation des ambulances sur sol vaudois.

Formation de l'ambulancier

Pour les cantons romands (excepté Genève), une commission « formation de l'ambulancier » a été créée entre le Centre Fernand Martignoni, par le président de sa commission médicale, le Dr Philippe Reigner, chef anesthésiste à l'Hôpital d'Aigle et rompu à l'urgence dans le terrain, et l'ARASP, par le président de sa commission médicale, le brigadier René Bezençon, ambulancier à la brigade sanitaire de Lausanne et enseignant des premiers secours pour ambulanciers. Le but de cette

commission est de mettre sur pied un cours de sauveteurs professionnels. Cette formation va dans le sens de l'ASSP pour la reconnaissance de la profession en Suisse et pour l'amélioration notable du niveau des ambulanciers.

Médicalisation des ambulances

- L'ambulancier, d'une manière générale, doit recevoir une formation plus complète que celle donnée actuellement aux ambulanciers romands (cours de base du CFM).

11. L'ambulancier intervenant avec une ambulance médicalisée doit recevoir, en plus, une formation spécifique pour assister le médecin. Pour que la prise en charge médicale soit performante, le médecin doit avoir le temps de faire son status et de poser un premier diagnostic d'urgence, sans avoir à se préoccuper des manipulations et préparation du matériel de premiers secours et médical. Il peut ainsi surveiller son patient et donner les ordres en fonction de son état.

Différencier la formation

D'un point de vue strictement personnel et sans entrer dans un esprit sectaire, je me suis rendu compte à diverses reprises, exercice, cours, assemblées, etc., que bon nombre d'ambulanciers n'avaient pas les capacités suffisantes :

- *intellectuelles*, permettant de suivre un cours de formation beaucoup plus poussé,
- *individuelles*, dans une notion de motivation aux premiers secours

et au désir de s'améliorer ou de se perfectionner.

Pour y remédier, la solution consisterait à soumettre le candidat à un entretien avec les responsables de la formation, puis à un examen (genre tests psychotechniques, par exemple). Seul le candidat motivé serait admis à l'un des deux cours, selon ses capacités intellectuelles : cours d'ambulancier ou cours d'ambulancier médical technicien, ce dernier ayant un programme beaucoup plus poussé.

Dès lors, comment faire pour concilier le tout ?

Une possibilité existe, car une ambulance, suivant le cas, ne sera pas forcément médicalisée, ou n'aura pas non plus le besoin d'avoir à son bord deux ambulanciers « superformés ».

On se retrouverait avec le choix suivant :

Formation simple *d'ambulancier* : formation actuelle du cours de base donné actuellement par le CFM, mais améliorée.

Des critères bien précis délimitant le degré de compétences permettraient à l'ambulancier ayant cette formation d'effectuer le travail simple de secouriste professionnel (réanimation, techniques de prise en charge des patients traumatisés, civière à aubes, KED, pose de minerves, matelas coquille, préparation simple de perfusion et médicaments, etc.). *Aucun geste médical délégué ne serait possible.*

Formation *d'ambulancier médical technicien* : formation équivalente à celle suivie par les ambulanciers au Tessin (environ 1000 heures), ou de la brigade sanitaire de Lausanne (environ 600 heures), ou encore des ambulanciers de Genève (environ 550 heures) qui est récente. La formation type IAS est de 560 heures. En améliorant un peu ces différentes formations, notamment sur la collaboration avec le médecin en situation d'urgence, l'*ambulancier médical technicien* serait apte :

- de lui-même à :
 - poser une perfusion adéquate au cas du patient,
 - utiliser tous les appareils modernes de surveillance (Monitoring/ECG, Pulse-oxymètre, etc.), ainsi que d'en comprendre les paramètres (ECG),
 - défibrillation.
- sur ordre à :
 - injecter un médicament,
 - divers actes médicaux délégués selon avis des médecins concernés par la mise sur pied d'un tel cours.

Possibilités d'intervention

Au vu de ce qui précède, on pourrait imaginer plusieurs sortes d'équipes d'intervention selon l'appel téléphonique (genre et gravité) :

- *l'ambulance médicalisée* composée du médecin, de l'ambulancier médical technicien et de l'ambulancier qui fonctionne comme chauffeur ;
- *l'ambulance d'urgence* composée d'un ambulancier médical technicien et de l'ambulancier fonctionnant comme chauffeur ;
- *l'ambulance de transfert* composée simplement de deux ambulanciers.

Il faut penser que c'est l'équipage qui est choisi en fonction de la course (ambulance d'urgence et ambulance de transfert) et non l'ambulance, dont le matériel est identique (matériel minimal édicté par la Santé publique). Concernant l'ambulance médicalisée, elle doit être réservée à cet effet puisque le matériel spécifique à la prise en charge médicale doit s'y trouver en permanence.

brg Bezençon,
Brigade sanitaire
de la police lausannoise

SOCIÉTÉ VAUDOISE
DE MÉDECINE

*Assemblée
générale
d'automne*

Jeudi 29 novembre 1990

**COURRIER
DU MÉDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions :

N° 8/90
26 septembre 1990
(délai rédactionnel :
3 septembre 1990)

N° 9/90
31 octobre 1990
(délai rédactionnel :
8 octobre 1990)

Faut-il médicaliser les ambulances?

Dans notre pays, dans notre canton, le système de sauvetage supporte la comparaison avec ce qui se fait ailleurs, sans qu'on puisse cependant prétendre être parfaits, ni même les meilleurs.

Pendant longtemps, on a souvent entendu prétendre que, vu la densité de notre réseau hospitalier, l'important était de raccourcir au plus le délai entre l'alarme et l'arrivée du malade (ou du blessé) à l'hôpital, sans trop se préoccuper de la qualité de la prise en charge avant et pendant le transport. Ce discours ne tient plus. Personne ne conteste aujourd'hui la nécessité de sauveteurs professionnels pour l'hélicoptère sanitaire, ni celle d'un médecin, si possible anesthésiste-réanimateur chevronné.

Or, les ambulances aussi sont confrontées à de gros cas: l'hélicoptère peut être occupé ailleurs, ou même empêché de voler ou d'atterrir (mauvaises conditions atmosphériques, en ville, etc.). Pour optimiser les premiers soins, puis stabiliser l'état du patient avant et pendant le transport en ambulance, un médecin peut donc être utile, voire nécessaire, secondé par l'ambulancier (qui, dans notre canton, et depuis peu, a reçu une formation de base obligatoire et prend soin seulement du patient, le chauffeur s'occupant des liaisons radio).

Il est cependant illusoire de prévoir qu'un médecin soit présent pour tous les transports ambulanciers.

Deux problèmes se posent alors:

1. Le tri

Une tâche complexe à responsabilité importante, si l'on veut dépêcher sur place tous les moyens nécessaires, mais seulement les moyens nécessaires. Pour cela et pour coordonner les appels, qui peuvent être nombreux pour le même événement, une centrale cantonale sera peut-être mise sur pied, répondant au 144, et disposant de spécialistes capables de solliciter l'appelant de donner les informations utiles.

2. Les effectifs

Il est facile d'imaginer de médicaliser une des nombreuses ambulances de la ville (par exemple cardiomobile ou similaire) par un anesthésiste-réanimateur. Même pour la ville et pour une seule ambulance et sans exiger une superspécialisation du médecin, les contingences pratiques ne sont pourtant pas évidentes, expérience faite.

Et y a-t-il de bonnes raisons pour que, dans un secteur reculé ou moins doté, une médicalisation de l'ambulance soit moins nécessaire? Pas du

point de vue du patient, en tout cas, et c'est celui-ci que le médecin a à défendre, ni du point de vue de l'assureur, comme en témoigne l'article du directeur de la CNA dans une récente communication CTM.

Il faut donc disposer d'un médecin pour chaque centre d'ambulance au moins. La première idée qui vient est d'avoir recours aux assistants des hôpitaux. Toutefois, il semble bien qu'ils se fassent rares, et que cette tâche ne puisse leur être facilement confiée (formation en moyenne incomplète, non-disponibilité en dehors des heures de bureau, etc.).

La seule possibilité praticable, à mon sens, en tout cas hors de ville, c'est que chaque centre d'ambulance ait à disposition un médecin installé (le médecin de garde par exemple, ou le plus motivé des médecins de la région). Muni de radio, il pourra, au volant de son véhicule, se faire guider jusque vers le patient, et y retrouvera l'ambulance. Il disposera dans sa voiture d'un certain matériel ad hoc et pourra, le cas échéant, commencer les soins, même si l'ambulance est éventuellement en retard sur lui.

En résumé, une médicalisation est indispensable pour certaines interventions des ambulances; le moyen le plus efficace, bien qu'encore imparfait, est d'obtenir la participation et la motivation des médecins installés.

Dr Ph. Turin,
membre de la CMSU
représentant la SVM

Médicalisation préhospitalière, bénéfices potentiels

«Il faut pouvoir traiter précocement et efficacement les patients menacés, cela parfois avant leur arrivée à l'hôpital. Le délai entre la détresse et le début des soins médicaux doit être le plus court possible.»¹

Sur la base de ces données fondamentales qui ne sont plus contestées aujourd'hui, de nombreux pays se sont dotés de services sanitaires d'urgence permettant, dans les cas graves, l'arrivée rapide d'un renfort médical. Citons entre autres le système SAMU en France et en Belgique, le «Notarztsystem» en Allemagne fédérale ainsi que de nombreux programmes d'urgence nord-américains extrêmement performants.

L'efficacité globale d'une chaîne de secours dépend, dans une première phase, de trois facteurs distincts: traitement rationnel des appels, meilleure sensibilisation du public encore peu enclin à pratiquer les premiers gestes d'urgence et surtout formation adéquate des ambulanciers qui doivent pouvoir intervenir rapidement et efficacement à bord de véhicules bien équipés.

Cependant, malgré des délais de réponse raisonnablement brefs et une

forte densité hospitalière, une telle prise en charge peut se révéler suboptimale dans deux situations classiquement rencontrées dans nos régions également: celle du patient immédiatement menacé incapable de supporter l'agression d'un transport sans mise en condition préalable (détresse respiratoire, état de choc) et celle du patient «non transportable dans des délais utiles» (incarcéré dans un véhicule ou vivant au quatrième étage d'une maison sans ascenseur par exemple).

Dans ces deux domaines précis (menace vitale potentielle et problème logistique), il a été démontré que l'intervention conjointe d'ambulanciers et d'un médecin «d'urgence» était déterminante pour le devenir du patient. Une médicalisation ponctuelle bien conduite amène une réduction significative de mortalité et de morbidité ainsi qu'un raccourcissement de la durée du séjour hospitalier, notamment en soins intensifs.

Plusieurs études indépendantes de grande envergure ont tenté de quantifier l'épargne globale en termes de réduction des coûts de la santé et des charges pour les assurances sociales réalisée par un renforcement médical des services d'ambulance.

Citons brièvement, sans qu'il soit possible de les détailler ici, quelques-unes de leurs conclusions:

- en Allemagne fédérale, une prise en charge médicalisée a permis de réduire la durée d'hospitalisation de sept jours en moyenne chez

50% des traumatisés. De même, l'amélioration du système de secours sanitaire d'urgence a amené, depuis 1982, l'épargne annuelle dans le seul domaine de la traumatologie routière de 2300 morts et de 1 million de journées de soins intensifs²;

- en France, l'activation simultanée d'une unité de secouristes sapeurs-pompiers et d'une unité médicale mobile (système Primaire Rendez-Vous) a réduit significativement la mortalité préhospitalière liée à l'asthme³.

A ces bénéfices quantifiables s'ajoutent d'autres facteurs de qualité et de confort plus difficiles à appréhender: analgésie précoce et efficace, réduction des temps de désincarcération, réduction des agressions liées à un transport en extrême urgence notamment.

Un tel effort a-t-il un sens dans le canton de Vaud?

Notre canton bénéficie d'une bonne infrastructure de prise en charge des urgences: nombreux services d'ambulance, hôpitaux bien équipés, hélicoptère médicalisé, centre hospitalier universitaire, distances relativement courtes. Cela permet une prise en charge

de qualité et l'admission dans des délais utiles de la grande majorité des 13 000 patients (1 habitant sur 40!) qui doivent chaque année être acheminés en urgence vers un hôpital.

L'analyse des données disponibles pour les années 1988 et 1989 de l'activité des services d'ambulance du canton recouvre à cet égard parfaitement les données étrangères: distribution comparable des différents degrés d'urgence (15% de menaces vitales réelles ou potentielles = indice NACA 4 à 6) et délais d'hospitalisation similaires (60% en moins de trente minutes, 35% dans les trente à soixante minutes, 5% en plus d'une heure).

Si l'on se base sur l'expérience acquise à l'étranger dans ce domaine, les cas graves devraient, chez nous aussi, bénéficier d'une prise en charge médicale préhospitalière avancée sur le lieu de la détresse déjà, afin d'être transportés dans les meilleures conditions possibles vers l'hôpital.

Dr Olivier Moeschler,
médecin associé

Service d'anesthésiologie du CHUV

¹Huber J., Mehl J.-L.: Organisation tactique des secours d'urgence. Revue des SAMU, 1982; 5:5-10.

²Riediger G.: Modellversuch für Notfallrettung Unterfranken. Dokumentation Band II. Bayerisches Staatsministerium des Innern und deutscher Verkehrssicherheitsrat e.V., 1985.

³Barriot P., Riou B.: Prevention of Fatal Asthma. Chest, 1987; 92: 460-466.

Le système Primaire Rendez-Vous, une alternative rationnelle de la médicalisation des secours d'urgence

Pour améliorer la prise en charge des blessés dès le lieu d'un accident afin d'éviter l'aggravation de leur état et des morts inutiles, la région d'Aigle bénéficie d'une solution originale. Depuis plus d'une année, une Unité médicale mobile de réanimation (UMMR) renforce le service officiel d'ambulances. L'ensemble fonctionne selon le mode Primaire Rendez-Vous (PRDV). Cette expérience se déroule sous l'égide de la Commission cantonale des mesures sanitaires d'urgence (CMSU). Les résultats de ce mode de faire sont encourageants et méritent d'être analysés attentivement.

Aigle, région périphérique du canton, avec ses agglomérations de moyenne importance, ses vignobles, sa campagne et la proximité des Alpes vaudoises, favorise l'expérimentation de diverses facettes d'un système de

médicalisation des secours d'urgence. Le Centre de renfort médical est basé sur le Service d'anesthésiologie de l'hôpital de zone. L'Unité médicale mobile de réanimation est un break muni des signaux prioritaires conven-

tionnels (feu bleu et klaxon deux tons). Son aménagement avec du matériel de réanimation permet la mise en condition de deux blessés graves dans le terrain ou de pratiquer une réanimation cardio-pulmonaire. L'UMMR est conduite par un médecin-anesthésiste FMH.

Toute demande d'ambulance à la police d'Aigle pour une urgence (accident de la route, malaise grave en l'absence de médecin au chevet du patient, noyade, ou autre situation d'urgence) fait l'objet d'une alarme simultanée de l'UMMR. Dès lors, les deux moyens convergent indépendamment vers le lieu de la détresse. L'ensemble est en communication radio

permanente, ce qui favorise le radioguidage ou permet de décommander l'UMMR après évaluation du cas par les ambulanciers.

Une fois sur place, la prise en charge se fait sous la direction du médecin-anesthésiste par les ambulanciers, et parfois certains pompiers du Centre de renfort (lors de désincarcération par exemple) ayant suivi une formation axée sur les secours aux personnes en détresse. Ainsi, le médecin-anesthésiste dispose de collaborateurs précieux et efficaces. En effet, nous formons une équipe d'intervention, que le travail dans de nombreuses situations délicates, voire périlleuses, a permis de souder. Tout cela dans l'intérêt des patients.

Il n'est d'ailleurs pas rare de demander aussi l'intervention de moyens hélicoptérés (REGA ou Air Glaciers) lorsque la situation le commande. Et nous avons déjà de belles réalisations à notre actif.

La formule du Primaire Rendez-Vous renforce ponctuellement l'organisation déjà en place. Il est intéressant de relever qu'un seul Centre de renfort médical peut être à la disposition de plusieurs services de secours au sein d'une même zone. Elle se justifie d'autant plus que la politique de santé actuelle vise à réduire le nombre des hôpitaux de soins aigus, et par conséquent à augmenter les distances de transport.

Il est évident que ce système, dans sa phase expérimentale, a ses limites, notamment liées à la disponibilité du médecin-anesthésiste. Néanmoins, lorsque celui-ci ne peut pas se rendre sur place, la liaison radio sécurisée 2 hôpital-ambulances permet de donner le conseil médical aux intervenants. De plus, la possibilité de créer des postes-salaires dans les hôpitaux est restreinte. Alors, ce système pourrait ne pas être le seul apanage d'un service hospitalier, mais être exploité avec la collaboration de généralistes intéressés et motivés par ce type d'activité au sein de la zone desservie par le Centre de renfort médical. On pourrait ainsi disposer d'un plus grand réservoir de médecins-intervenants représentant un coût restreint, puisque payés à l'acte. Le système PRDV autorisant un certain degré de liberté (piquet à domicile) et n'exigeant pas de garde permanente à l'hôpital, le véhicule serait un véhicule de fonction, mis à la disposition du vacataire de service.

En outre, cette structure, intégrée à la garde régionale, pourrait servir de fer de lance, permettant au médecin généraliste confronté à une situation délicate à domicile de recourir à une assistance médicale lourde, sous la forme du PRDV. Il n'est en effet actuel-

lement plus nécessaire de discuter l'indication de la prise en charge médicalisée le plus tôt possible, soit déjà à l'endroit de l'accident (ou de la détresse). Même les assureurs « considèrent ces frais médicaux comme un investissement aux fins d'éviter ou de diminuer les dépenses de rentes, nettement plus élevées » (M. Willi Morger, directeur de la CNA, Communications CTM 14/90, p. 2).

Par sa souplesse et sa grande adaptabilité, la formule du Primaire Rendez-Vous est intéressante et mérite d'être prise en considération dans le cadre d'une amélioration des prestations médicales aux patients en détresse.

Dr Philippe Reigner

Dispositions de fin de vie

Le Secrétariat de la SVM tient à votre disposition quelques exemplaires des *Dispositions de Fin de Vie* établies par la FMH (voir BMS n° 33 du 15 août 1990.)

Journée du GMO

Groupement des médecins généralistes vaudois

Jeudi 20 septembre 1990
à Crêt-Bérard (Puidoux-Chexbres)

Sur le thème :

Le praticien et les dépendances

PROGRAMME

- 9 h. Assemblée du GMO
- 10 h. Accueil, café-croissants
- 10 h. 30 Professeur F. Willener, professeur honoraire à la Faculté des sciences sociales et politiques à Lausanne
- 11 h. Dr B. Krahnenbuhl, médecin-chef adjoint de la Policlinique médicale universitaire GE et responsable de la consultation d'alcoolologie HCUG avec la participation d'un membre des Alcooliques anonymes
- 11 h. 30 Discussion
- 12 h. Repas
- 14 h. 30 Dr R. Carron, psychiatre, médecin-chef de l'Hôpital de Malévoz
- 15 h. Professeur Georges Peters, Institut de pharmacologie, Faculté de médecine à Lausanne
- 15 h. 30 Discussion et conclusion
- 16 h. 30 Clôture de la journée

Prix de la journée Fr. 30.— repas compris

Pour les personnes qui n'auraient pas déjà renvoyé leur bulletin à la SVM, inscriptions auprès du Dr J.-P. Pavillon, 2, rue du Temple, 1040 Echallens, tél. 021/8813444

Opinions

Pour une FMCO ou une FMCV?

FMC : Tout le monde – du moins, on l'espère – connaît ce sigle, signifiant Formation médicale continue.

FMCO est le sigle de l'avenir que la FMH prétend nous imposer. La FMH, ou plus exactement son comité central, regroupé derrière l'un de ses membres, le Dr R. Salzberg, président de la Commission pour la formation postgraduée et continue (CFPC/KWFB) de la FMH, et qui a mis tout son poids dans une balance qui nous paraît tarée. C'est que la FMCO, cela pourrait être, si le plat qui se mijote doit nous être finalement servi, une formation médicale continue obligatoire. Ce que nous propose le Comité central de la FMH, via la CFPC, dans le cadre d'un document daté du 15 juin 1990 et intitulé «Konzept Evaluation Weiter- und Fortbildung».

Obligatoire? Oh! le vilain mot, bien de nature à faire frémir la nature indépendante du Vaudois que je suis! Alors... aux armes, citoyens?

Mais d'abord, pourquoi le concept élaboré par la CFPC, intitulé concept «évaluation», en vient-il à proposer une obligation, et même des sanctions aux contrevenants? Et cela deux ans après la déclaration du Comité permanent des médecins de la CEE, qui stipulait entre autres qu'en matière de FMC, «aucune contrainte ne devait lui» (au médecin) «être imposée, telle que sanctions, pénalisations ou renouvellement d'autorisation»? Pour répondre à cette question, il faut se plonger dans le document déjà cité, à partir de la page 8 (les premières pages, fort bien faites, se rapportent en effet à la formation postgraduée). La CFPC relève tout d'abord que, dans le domaine de la FMC, il n'y a que la FMH qui puisse «prendre la responsabilité d'un contrôle de qualité (de la FMC) vis-à-vis de l'opinion publique (Öffentlichkeit)». On aimerait bien savoir,

d'abord, qui se cache derrière le mot «Öffentlichkeit»; la FMH a-t-elle été l'objet de pressions? de qui? associations de consommateurs? pouvoirs politiques? caisses maladie? Ensuite, la CFPC révèle qu'une décision avait été prise en plénum de la CFPC, en mars 1989, d'élaborer un concept visant à mettre sur pied une FMC «obligatoire». Cette démarche faisait paraître-il suite au fait «qu'une partie seulement du corps médical fait usage de l'offre très variée à disposition en matière de FMC». Il paraîtrait que cette malformation du corps médical suisse correspondrait aussi à «l'impression unanime des formateurs» et serait «confirmée par des études isolées faites à l'étranger»; et de citer (sans référence) les statistiques britanniques du Royal College of General Practitioners, selon lesquelles 6,5 % seulement des GP's du Royaume-Uni se recycleraient régulièrement... Oh! Perfide Albion! mais quand on entend ce qui se raconte du National Health Service britannique, et dans quelles conditions souvent mi-

sérables les omnipraticiens sont contraints de travailler là-bas, on peut admettre que la situation helvétique n'est en rien comparable. Quant aux statistiques, on peut en citer d'autres qui montrent qu'au contraire la FMC sur une base volontaire (FMCV...) fonctionne correctement: une apparemment autre étude du Royal College of General Practitioners que celle lue par la CFPC, citée en p. 1472 du *British Medical Journal* du 3 juin 1989, démontre que trois quarts des GP's «investigués» fréquentent chaque semaine un ou plusieurs «lunch-meetings»; moins de 15 % d'entre eux ne se recyclent pas du tout: c'est encore trop, mais l'on est loin des chiffres brandis par la FMH.

En Suisse, l'étude de Rossi & coll. (*BMS*, 4 mars 1987, pp. 347 et ff) a permis de démontrer, par questionnaire, que les médecins consultés passaient en moyenne quinze heures par mois, dont onze de lectures personnelles ou d'écoute de bandes magnétiques, à leur FMC. Et Croisier, dans sa thèse (enquête auprès de 1857 généralistes suisses – 1987), a trouvé que 97 % des omnipraticiens suisses font usage de lectures personnelles, 85 % assistent aux colloques de «leur» hôpital, et 83 % suivent des cours de un ou plusieurs jours.

Certes, nous connaissons tous quelques confrères qu'on ne voit jamais nulle part. Et, soyons honnêtes, il en est probablement une partie qui ne consacre qu'une portion incongrue de leur temps à leur perfectionnement. *Le problème est ainsi d'estimer encore plus attentivement* – cela dit sans mettre en cause le sérieux des études précitées – *le pourcentage de médecins qui ne font dès leur installation plus rien en faveur de leur FMC, afin de déterminer plus exactement le besoin en matière de FMC obligatoire*. Et c'est là, bien

sûr, que les avis divergent... à commencer par le fait qu'il existe au moins une étude remettant en cause l'intérêt de la FMC: celle de Dunn (*J. of Med. Education*, vol. 63, pp. 775-784, oct. 1988), qui fait état de l'absence de corrélation, lors d'une enquête auprès de médecins canadiens, entre savoir-faire («efficacité») au cabinet et intensité des activités de FMC; dans un éditorial du *Medical Teacher*, Engel, moins provoquant, constate seulement que l'obligation faite aux médecins de participer à une FMC doit être abandonnée parce que d'un intérêt douteux au prix d'efforts coûteux (*Medical Teacher*, vol. 10, n° 3/4, pp. 269-271, 1988).

Un courrier ne suffirait pas à faire le tour du projet de la FMH. Dans le «Konzept» de la CFPC, il figure sous la forme de deux variantes possibles, à la deuxième desquelles le comité central donne sa faveur.

La première imagine, en gros:

- la renonciation à l'obligation du médecin de se former continûment;
- la création d'un système de points quantifiant les diverses activités de FMC selon leur valeur intrinsèque (à discuter, d'ailleurs...);
- la création par chaque société de spécialistes d'un programme de FMC pour sa spécialité, comportant l'évaluation en points sus-citée;
- sous la juridiction de la FMH, la mise au point d'un protocole de FMC visant à l'obtention par chaque médecin participant au système d'un diplôme FMC.

La deuxième, en revanche, rend la FMC obligatoire. Le titre FMH ne serait plus délivré qu'à titre temporaire et serait renouvelable moyennant la démonstration que son bénéficiaire aurait participé aux activités de FMC conformément au programme de sa spécialité. La FMH endosserait ainsi le rôle d'organe suprême de supervision d'une FMC obligatoire. D'autres sanctions encore sont envisagées par le «Konzept»: retrait du titre de spécialiste (outre les trois lettres FMH); abandon du droit de bénéficier des prestations des assurances pour le médecin sans FMC officielle; splitting du tarif entre médecins bien et mal formés continûment; retrait du droit cantonal de pratique; exclusion des sociétés de spécialistes ou des sociétés cantonales. Bref: il s'agit de mettre les bâtons dans les roues de l'empêcheur de se FMCer en rond jusqu'à ce que ses affaires capotent ou qu'il se voie proprement interdit de pratique.

Se pose alors toute une série de questions auxquelles, avant de se mouiller, le Comité central de la FMH eût dû, semble-t-il, répondre; entre au-

tres, et la liste est loin d'être exhaustive, ne se voulant qu'une invitation à poursuivre la réflexion:

- le titre FMH est-il la reconnaissance d'une bonne formation postgraduée, éventuellement sanctionnée par un examen de spécialité (c'est la situation actuelle) ou glisse-t-on - pour faire plaisir à qui? - vers un titre FMH témoin d'un supposé (je devrais dire soi-disant) savoir, ou savoir-faire, mais sûrement pas savoir-être de son détenteur? Voulons-nous d'un titre FMH symbole du prétendu bon médecin, «arbitre» de la profession? label de qualité?
- La qualité de la médecine suisse justifie-t-elle l'intervention de la FMH dans nos affaires personnelles de médecins indépendants?
- Combien de temps pourrions-nous résister aux pouvoirs publics, représentants des payeurs (assurances et patients) et associations de consommateurs de santé qui, paraît-il, veulent tous nous aligner sous la bannière d'une FMC obligatoire, propre en ordre? Et dans cette optique, n'avons-nous pas tout à gagner à prendre l'initiative?
- Les systèmes envisagés seraient-ils réalisables concrètement, et viables financièrement, avec tous les contrôles qu'ils imposeraient? Les brebis galeuses du troupeau médical ne trouveraient-elles pas facilement la parade, la manière de contourner les obstacles, comme elles seules savent si facilement le faire habituellement? C'est surtout l'immensité des problèmes pratiques qui rend songeur dès qu'on approfondit un peu les données présentées par le Konzept: comment sanctionner les non-détenteurs du titre FMH? Si l'on envisage des sanctions sous forme de retrait du droit de pratique, comment amener les autorités cantonales compétentes à se plier aux diktats de la FMH et à retirer son autorisation à un médecin peut-être fort honorablement connu et coté dans son canton? Qui organiserait la nouvelle FMC obligatoire? et son contrôle? qui évaluerait, et comment?
- Plutôt que de la rendre obligatoire, et d'organiser la répression de ses non-utilisateurs, le rôle de la FMH ne devrait-il pas être plutôt, ou en tout cas aussi, d'assister les fournisseurs de prestations en matière de FMC, d'en améliorer la qualité et l'utilisation? Parce qu'enfin, jamais ou presque il n'y a eu une telle débâche de possibilités de se perfectionner, souvent à des prix attendrissants - mais jamais, peut-être,

ces possibilités n'ont-elles été aussi mal exploitées: pléthore d'offres en FMC, et pénurie de demandes - pourquoi?

- On commence par une FMC obligatoire... et on finit, quelques années plus tard et sous la pression de l'opinion publique (l'Öffentlichkeit), par subir régulièrement des examens de recertification... est-ce ce que nous voulons?

La Société suisse de médecine générale (SSMG) s'est penchée, lors de sa dernière réunion de cadres, sur les propositions de la FMH et le contenu, explicite et implicite, des deux variantes du Konzept. Sans récuser entièrement et définitivement la variante dure (FMC obligatoire avec sanctions à l'appui), elle l'estime prématurée. Comme je l'ai dit, les cadres de la SSMG pensent presque unanimement que d'autres possibilités doivent être étudiées, qu'il faut rendre d'abord la FMC plus attrayante, afin d'attirer ses non-utilisateurs. Du vent, pensent certains d'entre vous? Peut-être... mais il reste vrai que la FMH, qui dépense des millions pour une mégaétude destinée à l'élaboration du nouveau tarif bleu, pourrait avec sagesse en dépenser - oh! beaucoup moins - ne serait-ce qu'une fraction, afin d'être en possession de données fiables et globales sur l'état actuel de la FMC de ses membres; elle pourrait en outre mettre sur pied la première variante proposée par le «Konzept», celle instituant un plus (sous forme de diplôme FMC) plutôt qu'un moins, et surtout se donner les moyens d'une évaluation du succès de ce programme après quelques années (entre sept et dix). Ce n'est qu'après cela qu'une éventuelle obligation devrait, le cas échéant, être reprise en considération.

Longtemps adepte d'une solution de type plutôt dur, j'ai, à la faveur de ce séminaire de la SSMG, changé d'avis. Les choses vont parfois vite, à Berne, et j'ai jugé utile d'écrire cet article pour inviter les médecins vaudois à se prononcer sur le bien-fondé d'une obligation qui leur serait faite de se perfectionner. Aux armes, citoyens? Certes non. Plutôt un appel à la réflexion, afin que nos représentants dans les institutions médicales bâtières suisses sachent à quoi s'en tenir sur une position vaudoise. Une réflexion que le Comité de la SVM pourrait peut-être inclure dans le programme de la prochaine assemblée générale ordinaire... y a-t-il, dans le fond, une position vaudoise?

Il n'y a pas encore longtemps, nous devions nous opposer à la FVCM; et s'il était temps de nous battre pour la FMCV?

Dr Alain Michaud,
président du GMO

Courrier des lecteurs

Vers un gentlemen's agreement...

Cabinet-hôpital : pas de problèmes ?

Notre article (CMV n° 6, juin 1990) consacré à la mise sur pied éventuelle d'un groupe de travail de la SVM destiné à étudier les modalités d'une cohabitation fructueuse et sereine entre praticiens privés et médecins d'hôpitaux ne semble pas avoir eu l'écho que ses auteurs espéraient, eux qui pourtant entendent si souvent les plaintes de confrères — des deux bords —, plaintes relatives à de prétendues difficultés de collaboration entre les deux secteurs.

Est-ce à dire que tous les problèmes ont fondu comme glace en plein mois de juillet ?

Toujours est-il que, pour l'instant, deux confrères seulement se sont déclarés intéressés à participer à ce groupe paritaire.

Les médecins vaudois que la situation des rapports entre secteur privé et secteur hospitalier préoccupent peuvent encore s'inscrire auprès du secrétariat de la SVM ou communiquer leurs idées ou opinions aux auteurs de l'article. A défaut de quoi ceux-ci, et avec eux les responsables de la SVM, partiront de l'idée que les problèmes si souvent cités sont au fond d'importance mineure.

Professeur P. Burckhardt
Dr A. Michaud

Recentrer sur le patient !

L'article en question fait part d'une heureuse initiative. Pour y donner suite, je me permets les remarques suivantes :

Il me semble que les différends entre médecins d'hôpital et les médecins en pratique privée ne sont souvent que la conséquence d'une mauvaise communication : comme nous avons tous l'habitude de donner la faute à l'autre, je propose d'en partager la responsabilité.

Un deuxième aspect de ces « mauvaises » relations est peut-être une fausse appréciation du travail de l'autre : le spécialiste ou l'assistant à l'hôpital n'ayant qu'une vague idée de ce qui se passe en pratique privée et le médecin installé a déjà oublié ce qu'il faisait pendant ses années de formation postgraduée.

Le troisième élément est la question éternelle : vaut-il mieux savoir beaucoup de peu de choses ou peu de beaucoup de choses ?

En dernier lieu enfin, j'aimerais dessiner une caricature : le hautain professeur en proie à sa soif pour le pouvoir d'une part, le modeste omnipraticien ulcéré par son complexe d'infériorité d'autre part. Cette image a l'avantage que toutes ses parties se laissent facilement interchanger.

Le sens de tout cela ?

Eh bien, remettons l'église au milieu du village ! C'est finalement le patient qui devrait être au centre de nos discussions.

Si nous acceptons volontiers l'avis de nos éminences grises de la faculté, pourquoi n'écouterait-ils pas le point de vue beaucoup plus pragmatique des médecins en pratique privée, pourquoi ne comprendraient-ils et ne respecteraient-ils pas une médecine beaucoup plus proche de la vie de tous les jours que la leur ?

Proposons donc d'intégrer le plus possible de médecins généralistes et internistes dans la vie de la faculté et des autres hôpitaux.

Ce sont nous les spécialistes de la médecine ambulatoire à laquelle faisait allusion le professeur Péroud. C'est donc à nous de l'enseigner. C'est aussi à nous de participer à la définition des « besoins de la population » en matière de santé publique et de donner ainsi un sens à la réglementation fédérale en matière de formation des futurs médecins. Et c'est encore à nous d'aider à évaluer les étudiants à la fin de leurs études (et, peut-être, aussi pendant).

Mais c'est aussi à nous de faire comprendre cela aux médecins hospitaliers et à la faculté. Saisissons donc l'occasion et engageons le dialogue !

Dr H. R. Zimmermann

Bonne collaboration

En écho à l'article du numéro 6 « Vers un gentlemen's agreement... », je suis heureux de témoigner des excellents rapports vécus sans exception avec les services du CHUV, en particulier celui de médecine et celui d'oncologie. Si parfois tel rapport de sortie a tardé, en revanche chaque contact, téléphonique ou physique, avec le responsable d'un hospitalisé a été empreint de courtoisie et d'une attention soutenue. De plus, chaque fois qu'il m'est arrivé de solliciter par téléphone les « lumières » d'un confrère hospitalier sur un sujet précis que je sentais mal connaître, la réponse a été généreuse et aimable. Cela me semble mériter d'autant plus d'éloges que la densité du travail des internes est bien connue. Donc, merci !

Dr P. Vulliemin

Petite chronologie sans commentaire

Ayant découvert une hémopathie maligne chez mon patient de 64 ans (vraisemblablement une leucémie myéloïde chronique), j'ai adressé à la consultation d'hématologie du CHUV en date du 7 mai 1990 des frottis de sang et de moelle pour avis.

Le 8 mai je reçois un téléphone du Dr Grob de la consultation d'hématologie qui me fait part de ses conclusions et nous décidons l'entrée du patient dans le département de médecine interne du CHUV.

Le 25 mai je reçois une photocopie du rapport de sortie du département de médecine adressé au Dr Grob en hématologie. Dans les conclusions pratiques de ce rapport il est dit : « Un rendez-vous de contrôle a été pris auprès du Dr Wyss, hématologue à l'Hôpital d'Yverdon. »

Le patient m'a donné spontanément de ses nouvelles le 25 mai. A ce jour, je n'ai pas reçu de catamnèse de la part du Dr Wyss.

Dr L. Pache

Nouveau: Ford Probe GT Turbo.

SUPERLEASING
499.- / par mois



Une ligne et des performances sensationnelles: 0 à 100 km/h en 8,2 sec., 215 km/h, ABS, train de roulement électronique, climatisation. Tout compris.

GARAGE TOURING SA
100, av. d'Echallens-Montétan
Lausanne

Ford

021 - 24 14 22

Ford

Ford

Le signe du bon sens.



Maison de convalescence et de repos
Idéal pour séjours, de toutes durées
Surveillance médicale



Restaurant panoramique

Régimes, cuisine réputée
Vaste parc ombragé, vue imprenable sur le lac Léman
Toutes les chambres avec salle de bains et téléphone direct

Ascenseurs, salon de coiffure
Installations de physiothérapie
Etablissement médico-social reconnu par toutes les caisses maladie

Résidence Byron — Ch. Karlen — 1844 Villeneuve
Tél. 021/960 36 61 — Fax 021/960 35 12

La compétence



Tél. 021/311 13 13
Lausanne
Av. Ruchonnet 30



Imprimerie Bron SA Lausanne



**conseille,
crée et réalise
l'imprimé
de qualité
en offset**

Tél. 021 32 99 44

Communiqués

Les patients et leurs conditions d'assurance

Suite à une affaire parvenue récemment au médiateur de la SVM, nous attirons l'attention des confrères sur les difficultés de certains patients, du fait des limites de couverture de leur assurance maladie. En effet, certains contrats de caisse maladie ne prévoient que la couverture de l'hospitalisation en salle commune du canton de domicile du patient, sauf cas urgents. De la sorte, ce dernier, s'il est domicilié hors du canton de Vaud, se voit appliquer le tarif fort (soit Fr. 709.- par jour au CHUV) pour une banale hospitalisation. Bien que le médecin ne puisse être tenu pour responsable de ce genre de situation, il nous paraît utile d'attirer l'attention des patients sur leurs conditions d'assurance avant de les hospitaliser hors de leur canton de domicile.

Spirou et le tabac

Vous l'avez sûrement tous vu. Ou alors, précipitez-vous dans la BD-thèque de vos enfants ou de vos petits-enfants pour trouver le numéro du magazine *Spirou* du 30 mai 1990. *Spirou* déclare la guerre au tabagisme: sous la banderole «J'ai décidé d'arrêter avant d'avoir commencé!», il mène la vie dure à toutes sortes d'idées reçues des adolescents quant à l'image de marque du fumeur. Les maladies dues au tabac sont mises en évidence, de même que les traquenards de la publicité. *Spirou* veut être à l'origine de la «première génération sans tabac»: il faut l'en féliciter.

Assistantes médicales: formation en apprentissage

Le prochain cycle de formation d'assistantes médicales par apprentissage de trois ans (voie de formation B)

27 septembre 1990, de 9 à 13 heures
CHUV, auditoire Tissot

Les Jeudis de la Vaudoise Ethique biomédicale

Introduction, Dr Gilbert Abetel.

L'éthique biomédicale au quotidien	Professeur Denis Muller et professeur Peter Burckhardt
La fécondation <i>in vitro</i>	Dr Marc Germond et M. Jean-Marie Thévoz, théologien
Décisions thérapeutiques chez les patients âgés	Dr François Loew, Genève
Médecin praticien et SIDA	Dr Jean-Philippe Chave.
Traitements oncologiques	Dr François Clément.
Conclusions générales	Professeurs Peter Burckhardt et Denis Muller

Ce cours fait partie des «Jeudis de la Vaudoise». Pour les intéressés qui ne se seraient pas inscrits à l'avance, il est possible de le faire dès 8 h. 30 à l'entrée de la salle (finance d'inscription: Fr. 50.-).

débutera en automne 1991. Il sera assuré par l'Ecole Minerva, de Lausanne, pour un effectif de 20 élèves.

La continuité des cycles de formation ainsi que l'effectif maximal des élèves seront dorénavant réglés par une convention signée entre l'Ecole Minerva et l'Ecole Panorama, les deux institutions formant des assistantes médicales à Lausanne.

Troubles du langage chez l'enfant

Le dépistage et le traitement des troubles du langage chez l'enfant exigent des connaissances hautement spécialisées et une collaboration interdisciplinaire sans faille entre oto-rhino-laryngologues, pédiatres, phoniatres et pédopsychiatres. Les quatre sociétés de discipline concernées vien-

nent de passer une convention régissant la collaboration des médecins spécialistes appelés à s'occuper de patients atteints de troubles du langage. Cette convention définit la participation de chaque spécialiste au traitement et instaure une «commission mixte» chargée d'encourager la coordination des sociétés de spécialistes avec la FMH et l'Association professionnelle suisse des logopédistes diplômés.

Le texte complet de cette convention est à la disposition des intéressés au secrétariat de la SVM.

Dons d'organes

Le Dr H. R. Sahli, président de la FMH, lance un appel pressant au corps médical pour l'inciter à recruter des donneurs d'organes. En effet, le frein à la médecine de transplantation, qui

connaît aujourd'hui un taux de succès élevé (dans plus de 80% des cas de transplantation cardiaque, le patient peut espérer une survie de cinq ans, voire une pleine réintégration dans la vie active), est le manque d'organes disponibles. Depuis 1987, la FMH donne son appui à la Fondation Swiss-transplant, créée par des médecins pratiquant cette médecine de pointe. Toute documentation (liste d'attente, taux de succès des diverses greffes d'organes, etc.) peut être obtenue auprès du professeur Michel Jeannet, directeur du Laboratoire national de références pour l'histocompatibilité, Hôpital cantonal universitaire, case postale, 1211 Genève 4 (tél. 022/22 78 45).

D'autre part, des cartes de donneur peuvent être obtenues gratuitement auprès du Service d'information pour le don d'organes, Hôpital cantonal universitaire, case postale, 1211 Genève 4.

Nous encourageons les membres de la SVM à répondre à l'appel du Dr Sahli et à participer activement à la diffusion des cartes de donneur d'organes.

Jeudis de la Vaudoise

Le délai pour les inscriptions aux cours de perfectionnement 1990/1991 de la Société vaudoise de médecine est échu au 24 août. Si vous n'avez pas encore renvoyé votre carte, faites-le par le prochain courrier: le secrétariat de la SVM vous en saura gré!

CIGAL : assemblée générale

Le Club informatique Galien (CIGAL) a tenu son assemblée générale le 28 juin 1990 à la salle communale de Tolochenaz, sous la présidence du Dr Michel Rumpf. A cette occasion, le CIGAL, fort d'un peu plus de 100 médecins utilisateurs du programme informatique Galien, s'est donné une structure d'association, en approuvant de nouveaux statuts. Après quelques turbulences dans la seconde moitié de 1989, dues à un changement de gérant, la sérénité s'est rétablie depuis le début de 1990, grâce en grande partie à l'attention souriante que voue aux membres du club M. René Chapuis, nouveau gérant, avec sa société AXCIEL. On en veut pour preuve le faible nombre de problèmes rencontrés dans la maintenance des programmes et un net regain d'intérêt de la part des médecins vaudois et romands

pour le programme Galien, issu à l'origine de la Commission informatique de la SVM.

Plus que jamais, le CIGAL entend développer ses activités dans le domaine de la gestion informatisée du cabinet médical, sous la devise: «Un programme par et pour des médecins.»

La SVM et les PTT

La Sallaz est un quartier qui se développe fortement. A tel point que l'office postal «1010 Lausanne» a dû modifier la structure de ses cases postales. De ce fait, la SVM s'est vu attribuer un nouveau numéro. Notre adresse postale est dorénavant: Société vaudoise de médecine, case postale 76, 1010 Lausanne 10.

Diététiciennes indépendantes

Le groupe romand de l'Association suisse des diététiciens/iennes diplômé(e)s nous fait savoir que plusieurs diététiciennes travaillent en cabinet de «consultations de diététique» à titre indépendant. Elles sont prêtes à recevoir toutes personnes ayant des problèmes d'ordre alimentaire (conseils et régimes). A titre informatif, voici la liste de ces diététiciennes indépendantes:

M^{me} Catherine Gremaud
Au Melley
1142 Pampigny
Tél. 021/800 46 01

M^{me} Anne Layat
Rue César-Roux 11
1005 Lausanne
Tél. 021/23 68 45

M^{me} Nicole Maret
Ch. de Tolochenaz 8
1110 Morges
Tél. 021/803 12 60

M^{me} Martine Morel-Gauthey
Villette 19
1400 Yverdon
Tél. 024/21 59 91

M^{me} Bettina Prodolliet
M^{me} Isabelle Hofmann
Mafroi 5
1260 Nyon
Tél. 022/61 02 72

Le Tremplin

En 1987, la Fondation Le Tremplin a ouvert, à Gillarens, un foyer pour futures mères et jeunes mères toxicomanes et leurs enfants. L'équipe éducative en place est en mesure d'offrir un encadrement adapté, et le foyer de Gil-

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

*Organe de la
Société vaudoise de médecine*

Comité de la SVM

Dr Pierre W. Loup, président
Dr Christian Allenbach, vice-président
Dr Pierre Vallon, secrétaire
Dr André Flückiger, trésorier
Dr Denis Chessex
Dr Jean-Patrice Gardaz
Dr Benoît Leimgruber
Professeur René O. Mirimanoff
Dr Francis Thévoz

Secrétaire général

Jean-Paul Dépraz, lic. sc. pol.

Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1
Case postale 76
1010 Lausanne 10
Tél. 021/32 99 12
(8 h. 30 - 12 heures, sauf mardi)
(13 h. 30 - 17 h. 30, sauf jeudi et vendredi)
CCP-Lausanne 10-1500-5
Fax 021/32 32 21

Fondation pour la garde médicale S.O.S. — Médecin de garde

Tél. 021/32 99 32
(24 heures sur 24)
Abonnements de déviation
et de télécommunications au service
des médecins de la région lausannoise

Administration et rédaction

Case postale 76, 1010 Lausanne 10

Régie des annonces

Editions de la Tour Lausanne SA
Case postale 880, 1001 Lausanne
Tél. 021/32 99 41

Impression

Imprimerie Bron SA
1052 Le Mont-sur-Lausanne
Tél. 021/32 99 44

larsens fonctionne également comme centre de réinsertion socioprofessionnelle.

Les responsables de la Fondation Le Tremplin sont à disposition pour fournir tous renseignements sur l'accueil au foyer de Gillarens, qui dispose encore de places (Abbé André Vienny, directeur, Foyer Saint-Jean Bosco, 1675 Gillarens, tél. 021/9077187).

Valeurs du point au 1^{er} août 1990

Référence nomenclature médicale tarifiée:

— en cabinet:	
prestations générales	Fr. 2.80
prestations spéciales	Fr. 2.55
— hospitalier GHRV*	Fr. 2.—
— en EMS et CTR	Fr. 2.50
— ambulatoire des hôpitaux du GHRV:	
prestations générales	Fr. 2.75
prestations spéciales	Fr. 2.50
— ambulatoire du CHUV	Fr. 2.25

Référence tarif bleu LAA:

— en cabinet	Fr. 4.40
--------------	----------

Référence catalogue des prestations hospitalières (tarif orange):

— hospitalier GHRV*	Fr. 4.40
— ambulatoire LAA des hôpitaux du GHRV	Fr. 4.40

Référence liste des analyses OFAS:

— laboratoires	Fr. 1.25
----------------	----------

*Dans le cadre d'un forfait par admission.

Tribunal arbitral: FVCM contre SVM

Vous souvenez-vous? C'était à l'époque de la rupture de la convention, fin 1985. La FVCM avait fait savoir au corps médical que la valeur du point resterait la même, soit Fr. 2.20, après l'échéance de la convention, seule une difficulté médicale s'écarterait de la moyenne permettant d'utiliser la fourchette de -2% à +12% fixée par le Conseil d'Etat dans son arrêté de 1976 sur le tarif cadre. La FVCM considérait également comme caduques les dispositions conventionnelles traitant de l'indice radiologique et de la liberté d'honoraires des professeurs.

La SVM, de son côté, considérant que la fourchette du tarif cadre devait

aussi permettre de tenir compte du renchérissement, recommandait à ses membres de facturer à une valeur de point de Fr. 2.35.

La FVCM intentait alors action contre la SVM et une brochette de médecins, choisis pratiquement au hasard parmi tous ceux qui n'avaient pas tenu compte de ses directives. Un long procès s'engageait. Au terme d'une première procédure, la FVCM se voyait contrainte de dissocier chacune des causes qu'elle pensait pouvoir faire juger d'un bloc. Elle laissait alors tomber l'indice radiologique, qui n'avait plus qu'un intérêt historique et ne réapparaissait pas dans la convention de 1988.

Malgré plusieurs tentatives de la SVM et de ses avocats de mettre un terme à la procédure, la FVCM a préféré attendre le jugement du Tribunal arbitral. L'audience a eu lieu le 28 septembre 1989 et le jugement a été publié le 15 février 1990. Il donne raison à la FVCM en ce qui concerne les honoraires des professeurs: le régime du tarif cadre cantonal ne laisse pas de place pour une exception de cet ordre. Par contre, la SVM obient satisfaction sur les autres points:

- Droit de la SVM de donner des recommandations à ses membres: le Tribunal arbitral reconnaît pleinement à la SVM son rôle d'association professionnelle, qui serait amputé d'une bonne partie de sa signification si elle ne pouvait pas se prononcer sur des affaires intéressant les médecins, voire en leur nom.
- Valeur du point à Fr. 2.35: le Tribunal arbitral admet une indexation en fonction de l'indice des prix à la consommation. Toutefois, pour respecter l'esprit de la LAMA, qui, en cas de rupture de convention, veut créer des conditions poussant les parties à revenir au régime conventionnel, il ne retient que les deux tiers de l'augmentation et détermine ainsi une valeur du point de Fr. 2.30.

A la suite d'une inadvertance du Tribunal arbitral, une des causes a dû être reprise et trouvera ces prochains jours sa fin logique dans l'esprit de ce qui précède. Ainsi cette affaire sera close.

Par ailleurs, lors de la première phase de la procédure, le Tribunal arbitral avait accepté une conclusion de la SVM et de ses défenseurs, et s'était déclaré incompétent en matière de litiges portant sur des soins médicaux en cliniques privées ou en division privée (ou semi-privée) d'un établissement hospitalier. De tels litiges ne peuvent relever que des juridictions civiles ordinaires. La FVCM avait interjeté re-

cours contre cette décision auprès du Tribunal fédéral des assurances, dont le jugement est tombé le 26 avril 1990. Le Tribunal fédéral confirme la décision de première instance et donne ainsi raison à la SVM et à ses défenseurs: la LAMA ne contient aucune disposition réglant l'hospitalisation en division privée. Il s'ensuit que les médecins traitant des patients en cliniques ou dans les divisions privées des hôpitaux ne sont pas tenus par la tarification conventionnelle, ni, par voie de conséquence, par le tarif cadre cantonal.

Symposium Insomnie: abord actuel

Jeudi 11 octobre 1990, 17 heures
Lausanne-Palace, Lausanne

Ce symposium est consacré aux troubles du sommeil et à leur traitement par le Zolpidem*, molécule hypnotique appartenant à une nouvelle famille chimique différente des benzodiazépines.

Le Dr R. Blois (médecin adjoint, Service de neurophysiologie clinique, IUP, Genève), introduira la clinique des troubles du sommeil: parasomnies, hypersomnies, insomnies, dans une perspective descriptive, explicative et thérapeutique. L'insomnie est le trouble le plus fréquent, la réponse thérapeutique est parfois limitée à la seule médication hypnotique. Le rôle du médicament et l'attitude face aux nouveaux hypnotiques seront discutés.

Le Dr B. Scatton (directeur de la Section neurosciences, Synthelabo Recherches, Paris) présentera les caractéristiques neuro-chimiques et pharmacologiques du Zolpidem*, ainsi que les perspectives ouvertes par la biologie moléculaire dans la recherche thérapeutique sur les troubles du sommeil.

Le Dr P. Dick (ancien médecin-chef, IUP, Genève) présentera le protocole et les résultats d'un essai thérapeutique du Zolpidem* dans les troubles du sommeil. A cette étude ouverte, multicentrique, coordonnée par les Drs P. Dick, A. Calanca (médecin-chef, DUPA, Lausanne) et Rigoli (médecin directeur Clinique Villa Verde, Lugano) ont participé 21 médecins praticiens suisses (GE 9, VD 7, TI 5) regroupant 92 patients.

Ce symposium sera modéré par le professeur H. Dufour (DUPA, Lausanne).

Professeur Henri Dufour



TENNIS+SQUASH CRISSIER

6 courts couverts
3 courts extérieurs
4 squash
Tennis-Shop. Restaurant

**Vous téléphonez
Nous réservons**

Tél. 021/634 6613

Dernier moment

pour louer une heure fixe de tennis ou de squash pour votre saison d'hiver (31 semaines)

- 6 courts intérieurs en brosslide (terre battue synthétique)
- 4 courts squash complètement refaits à neuf
- Nouvel horaire d'ouverture :

lundi, mardi, jeudi	7 h. à 23 h.
mercredi, vendredi	7 h. à 22 h.
samedi, dimanche	7 h. à 20 h.

Nos prix

- | | | |
|----------------------|--------------------------------------|-------------------|
| — en semaine : | de 7 h. à 8 h. et de 22 h. à 23 h. | Fr. 750.— |
| | de 8 h. à 12 h. et de 13 h. à 16 h. | Fr. 920.— |
| | de 12 h. à 13 h. et de 16 h. à 22 h. | Fr. 1240.— |
| — samedi et dimanche | | Fr. 1240.— |

L'heure fixe

Plus nos abonnements à gogo.

DES TABLES EXCLUSIVES

petites pour tous les jours



Ø 115 cm



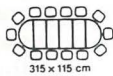
165 x 115 cm



215 x 115 cm



265 x 115 cm



315 x 115 cm

**et sur mesure pour les grandes occasions
sans adjonction de pieds intermédiaires**

Venez nous rendre visite au

COMPTOIR SUISSE

Halle 7 - Stand 711

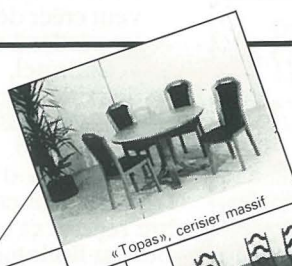


**au sportif
ameublement s.a.**

1315 LA SARRAZ
☎ (021) 866 76 04

Ouverture tous les jours
de 8 h à 12 h/14 h à 18 h 30
Samedi jusqu'à 16 h 30
Lundi matin fermé

**Tous les vendredis
OUVERTURE
NOCTURNE
jusqu'à 21 h**



«Topas», cerisier massif



«Jeunesse», chêne et frêne



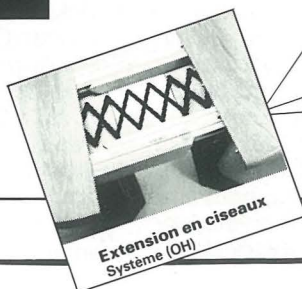
«Biedermeyer», noyer



«Rustica», chêne massif



«Christine», chêne ou noyer



Extension en ciseaux
Système (OH)

**Après
l'effort...**



«Iris», chêne

...le confort

FIXE
 TEMPORAIRE

pour des professions
médicales et paramédicales
veuillez contacter

Laurence TAVERNEY, **Infirmière diplômée**, ☎ 021/20 35 51, r. Chaucrau 3, Lausanne

URGENCE

24 24 24



24 H. sur 24

MEDECINE · ACCIDENT

AMBULANCES SECOURS METROPOLE SA

*L'autre vision
des secours d'urgence!*

