

COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

*Hôpitaux régionaux
et médecins*

La nouvelle donne

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

5

AOÛT
2002

Plus vite au but dans le traitement de la douleur



avec l'acide méfénamique dans sa meilleure forme galénique

Grâce à une technique de formulation innovatrice, l'acide méfénamique contenu dans Spiralgin, plus vite résorbé, est disponible très rapidement pour la lutte contre la douleur.

Pour vos patientes et vos patients, cet atout majeur fait de Spiralgin le champion des antalgiques.

Au prix d'un produit générique.

spiralgin

Acide méfénamique

une longueur d'avance

spirig

Spirig Pharma SA, 4622 Egerkingen

Acide méfénamique: I. douleurs aiguës et chroniques, dysménorrhée primaire, hyperménorrhée fonctionnelle. D: 3 à 4 fois 500 mg par jour (adultes). CI: ulcères gastro-duodénaux, hypersensibilité, troubles de l'hématopoïèse, troubles de la coagulation sanguine, néphrites quelle que soit la gravité de la genèse, indication donnée en cas de fonctions hépatique, rénale et cardiaque diminuées. ES: effets ulcérogènes, rénaux, bronchospastiques et tocolytiques. Pour env. 25% effets secondaires GI. Occasionnellement effets secondaires au niveau du système nerveux central. IA: sous autres antiphlogistiques non-stéroïdiens et/ou glucocorticoïdes ainsi qu'alcool, renforcement des effets secondaires G.I. Anticoagulants oraux. Antidiabétiques oraux. Insuline. Probenécide, sulfapyrazone (élimination retardée). Liste B. – Pour de plus amples informations, consulter le Compendium Suisse des Médicaments. **Admis par les caisses-maladie**

1

Editorial

Hôpitaux régionaux et médecins

La nouvelle donne

Ainsi donc, après le CMV dédié à l'Hôpital universitaire, voici le premier de deux numéros consacrés aux hôpitaux régionaux du canton de Vaud. Rassurez-vous, ce n'est pas que les petits hôpitaux soient plus importants, mais étant simplement moins connus, ils méritent un peu plus d'attention. Hospices et hôpitaux régionaux, s'ils peuvent parfois être concurrents, sont avant tout complémentaires. Complémentaires dans la formation des acteurs, complémentaires dans le traitement du patient, qui tous devraient circuler librement d'un système à l'autre. Dans un monde où, quoi qu'en disent les assureurs, l'offre s'essouffle à suivre une demande toujours plus exigeante, avec des moyens à disposition toujours plus limités, les problèmes sont les mêmes dans tous les hôpitaux.

Comment ne pas débiter cette édition du CMV par un rappel des décisions du Conseil fédéral, bloquant l'accès à toute pratique privée à nos jeunes confrères arrivant en fin de formation? Comment ne pas évoquer ces existences, marquées par des horaires de 60 heures hebdomadaires et plus, au détriment d'une qualité de vie élémentaire, avec un seul but: apprendre un métier difficile le plus vite possible afin de s'installer en pratique privée? Comment ne pas évoquer la vie des cadres des hôpitaux, qui eux aussi travaillent 60 heures et plus par semaine, tout au long de leur carrière? Si nous sommes trop nombreux sur le marché de la santé, est-il vraiment nécessaire de travailler autant? Les articles des D^{rs} Rolf Schröder et Jean-Daniel Baumgartner montrent que l'avenir va profondément mo-

Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

Quel rôle pour les médecins dans l'hôpital de demain?

Réforme du statut et de la rémunération des médecins hospitaliers

Nouveau statut du «praticien hospitalier»: réflexions d'un interniste

Plaidoyer pour un «codage médical» de qualité

Directeur médical: l'exemple de l'Ensemble hospitalier de La Côte

9

Manifestation du 27 juin 2002

13

Courrier

16

Calendrier médical vaudois



**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions

N° 6/2002
14 octobre 2002
(délai rédactionnel:
30 août 2002)

N° 7/2002
13 novembre 2002
(délai rédactionnel:
4 octobre 2002)

difier notre façon de travailler, avec l'espoir d'être un jour moins exploités.

Pour ceux qui ne le savent pas, les hôpitaux régionaux vaudois sont au nombre de dix, après plusieurs fusions. Ils sont réunis sous une structure commune, la Fédération des hôpitaux vaudois (FHV), à l'exception de l'Ensemble hospitalier de La Côte (EHC), qui souhaite rester indépendant. Les médecins de ces hôpitaux sont réunis en un Groupement des médecins hospitaliers (GMH) qui, fait unique, gère ses honoraires de façon indépendante. Les 140 médecins-chefs et les 160 médecins agréés sont ainsi payés à l'acte, avec tous les risques et avantages que cette situation peut procurer. L'article d'André Burdet nous explique quel est l'avenir de ce système.

Des projets communs à tous les hôpitaux vaudois, le codage médical est le plus important. Ce vertueux et ambitieux programme est destiné à fournir à l'Etat de Vaud une photographie exacte de l'activité de chaque institution et d'en déduire, dans l'idéal, un juste budget de fonctionnement. Ce travail vous est présenté par Bertrand Vuilleumier, qui en est le responsable au niveau SVM.

Enfin, la direction de l'EHC (médicale et administrative) par Thierry Pache, directeur médical, et François Chapuisat, directeur général, nous montre qu'avec la salarisation des cadres médicaux, une intégration du médecin dans la gestion de l'hôpital est en cours.

Bonne lecture!

D^r Daniel Laufer, président du GMH

Jeudi de la Vaudoise

26 septembre 2002
Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

La garde médicale

Organisateurs: Professeur A. Pécoud, D^r P. Staeger

- 9 h-9 h 30 Garde du praticien: aujourd'hui et demain
D^r D. Laufer, président de la commission SVM pour la garde
- 9 h 30-10 h La violence: nouveau défi de l'urgence
Professeur B. Yersin, médecin-chef du Centre interdisciplinaire des urgences, CHUV
- 10 h-10 h 30 Pause
- 10 h 30-12 h Séminaires interactifs traitant de situations d'urgence à domicile.
Avec la contribution des D^{rs} G. Ali, D. Beer, F. Cerruti, E. Guyot, F. Higelin, F. Meier, V. Ribordy, P. Staeger, Professeur B. Yersin

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM

D^r Charles-A. Favrod-Coune, président
D^r Charles Alexandre Steinhäuslin,
vice-président
D^r Jean-Philippe Grob, secrétaire
D^r Jean-Marc Lambercy
D^r Philippe Munier
Professeur Alain Pécoud
D^r Bertrand Vuilleumier

Comité de rédaction du CMV

D^{re} Jacqueline Caillat
D^r Charles-A. Favrod-Coune
D^r Daniel Laufer
D^r Carlos Lima
D^r Jean-Pierre Randin
D^r Patrick-Olivier Rosset

Secrétariat général

P. A. Repond, secrétaire général
Inka Moritz, secrétaire générale adjointe

Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1, Case postale 76
1010 Lausanne 10
Tél. 021 652 99 12
CCP Lausanne 10-1500-5
Fax 021 652 32 21
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

Dossier

Quel rôle pour les médecins dans l'hôpital de demain?

Rien n'est plus difficile que de décrire l'hôpital de demain. Tout bouge et une extrapolation linéaire est impossible. Ce qui est prévisible, c'est que la population vieillira, que la médecine fera des progrès et que les coûts de la santé augmenteront.

Dans cette situation incertaine, les responsables des hôpitaux ne peuvent pas se contenter d'attendre et de subir, mais doivent s'informer, anticiper, et si possible influencer l'évolution.

Evolution de la médecine

La médecine moléculaire, les possibilités de modifications génétiques et l'utilisation de cellules souches notamment vont changer la pratique de la médecine, ce qui va dans un premier temps augmenter les coûts. Mais il n'est pas impossible que certains traitements deviennent plus simples et meilleur marché. Les mêmes considérations sont valables pour l'évolution technologique. Les appareils sophistiqués et coûteux seront réservés aux grands centres, tandis que d'autres techniques se simplifieront et s'accompagneront d'une baisse de coûts.

Quels remèdes aux coûts de la santé?

Les coûts de la santé augmentent d'année en année, c'est un fait. Les primes d'assurance maladie deviennent de plus en plus insupportables pour un grand nombre de personnes. Les experts préconisaient il y a peu encore des mesures simples comme supprimer des lits et fermer des hôpitaux. Entre-temps, les responsables se sont rendu compte que le problème était plus complexe. Les luttes politiques cependant continuent et l'avis des médecins et responsables des hôpitaux est peu écouté. Les solutions préconisées actuellement (deuxième avis, carte de la santé, non-obligation de contracter, etc.) seront difficiles à réaliser et probablement inefficaces. L'introduction du financement par APDRG demande un effort administratif considérable qui doit en partie être fourni par les médecins. On a de la peine à s'imaginer

comment cette compétition malsaine pour trouver le codage le plus complet et le «costweight» le plus lourd pourrait améliorer la transparence des coûts. Le projet de donner tout le pouvoir aux assurances par un financement moniste est très inquiétant.

Nouvelle ère pour les médecins assistants

Le temps des médecins assistants infatigables et dociles est heureusement révolu. La durée de travail hebdomadaire sera réduite à 55 puis à 50 heures avec des périodes de repos réglées. Les hôpitaux se doivent de revoir l'organisation du travail des médecins assistants et d'y apporter des améliorations.

La formation doit être mieux intégrée. Est-ce qu'on trouvera encore des médecins assistants? Notons que beaucoup d'hôpitaux outre-Sarine fonctionnent avec des médecins étrangers (principalement de l'ex-RDA). Quelles seront les conséquences des accords bilatéraux? Quel sera le rôle du médecin hospitalier? Ces questions soulèvent autant d'inconnues.

Spécialisation accrue du corps médical

Les mêmes questions se posent pour les médecins cadres. Qui sera encore prêt à assumer la garde un jour sur deux, ainsi que toutes les charges administratives? Selon un sondage de la société suisse des chirurgiens, 78% des répondants pensent que les futurs chirurgiens «réduiront leur engagement professionnel», alors que 84% de jeunes (<40 ans) trouvent qu'un poste en hôpital public «deviendra financièrement non attrayant». La spécialisation des médecins et surtout des opérateurs s'accroîtra, encouragée par les sociétés de spécialistes. Ces spécialistes

devront rester dans de grands centres et/ou intervenir dans plusieurs hôpitaux périphériques. Il n'est pas exclu que la Suisse se retrouve avec une pénurie de certains spécialistes, comme plusieurs de nos voisins européens.

La solution au-delà de nos frontières?

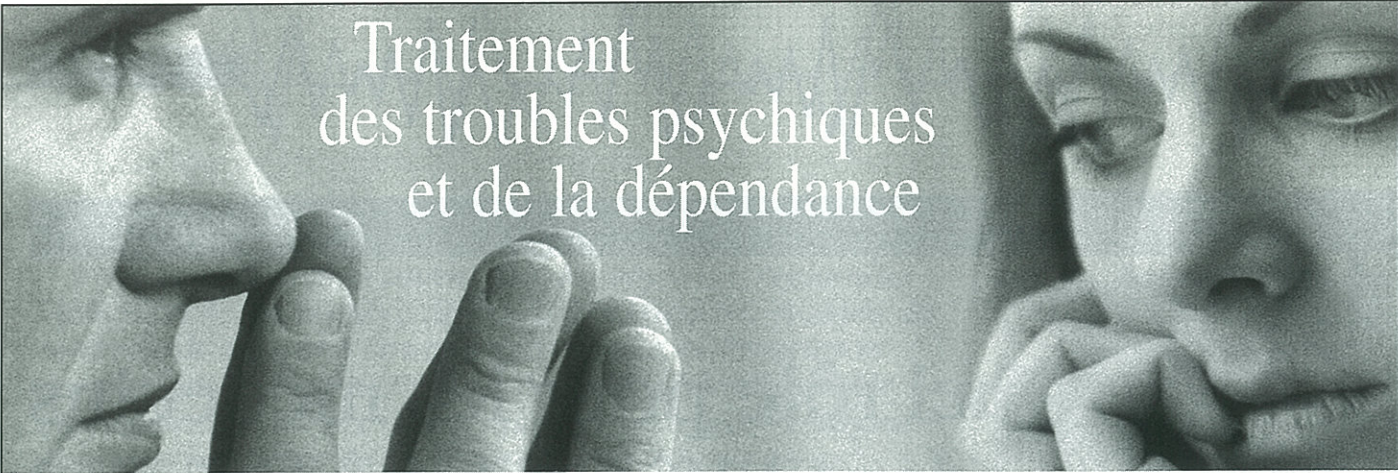
Une chose est claire, les hôpitaux manquent de personnel soignant et ne fonctionnent que grâce à des soignants provenant de l'étranger. La réduction du temps de travail et l'augmentation des salaires étaient nécessaires, mais n'ont pas résolu le problème à court terme. Il n'est pas évident pour une personne jeune ayant son diplôme de maturité d'opter, face aux possibilités offertes, pour la profession d'infirmier ou d'infirmière avec les horaires irréguliers, le travail le week-end et les jours fériés, ainsi que le fait d'être constamment confronté à la souffrance et à la mort. On peut espérer que le nouveau statut HES améliore le recrutement.

Une nouvelle race de patients?

«Patient empowerment» est un nouveau slogan indiquant que les patients sont mieux informés, et donc plus critiques. Des organisations de patients ont vu le jour en Suisse, et ce développement pourrait inquiéter certains d'entre nous. Nous avons cependant tout intérêt à collaborer avec ces organisations et à prendre en considération leurs attentes et exigences. Une alliance médecins-patients s'impose dans le contexte politique actuel et ne peut qu'augmenter la crédibilité du corps médical.

Erreurs médicales: quelles voies de règlement?

Dans chaque hôpital, chaque jour, de nombreuses décisions sont prises et de nombreux actes sont effectués. Il est évident qu'il se produit des erreurs. La réaction constatée habituellement était de cacher ou de trouver



Traitement des troubles psychiques et de la dépendance

La Clinique La Métairie dispense des soins de qualité, basés sur une approche multidisciplinaire, dans un cadre discret et offre un service hôtelier de premier ordre.

Elle dispose d'un département de psychiatrie générale, d'un hôpital de jour et d'unités spécialisées pour les traitements suivants :

- Dépression
- Alcoolisme, toxicomanie et pharmacodépendance
- Anorexie et boulimie
- Etats de stress post-traumatique
- Troubles anxieux et dépressifs des aînés

Agréée par la Santé Publique du Canton de Vaud, la clinique fait partie du groupe Capio Healthcare. Elle est membre des associations vaudoise et suisse des cliniques privées (AVCP, ASCP).

N'hésitez pas à contacter notre service de coordination médicale pour plus d'informations.

Clinique La Métairie

Avenue de Bois-Bougy
CH-1260 Nyon

Tél. 022 363 20 20
Fax 022 363 20 01

contact@lametairie.ch
www.lametairie.ch

Des compétences reconnues
Une approche personnalisée



Clinique La Métairie

Horizon

Centrale romande d'achat pour le médical et le laboratoire
Installation de cabinets – Service après-vente médico-technique

Laissez-nous vous soigner!

ROMEDIC SA

Route Aloys-Fauquez 60 – Case 22 – 1000 Lausanne 8
Tél. 021 646 40 36 – Fax 021 646 62 68

R.C PONT ASSURANCES S.À R.L.

(ASMAC MEDISERVICE en Romandie)

VA BEAUCOUP PLUS LOIN QUE

GÉRER VOTRE PORTEFEUILLE D'ASSURANCES ET VOUS

PROPOSER **LES MEILLEURS CONTRATS DISPONIBLES...**

POUR EN SAVOIR PLUS: **HTTP://WWW.RCPONT.COM**

ROUTE DE JUSSY 29, 1226 THÔNEX, TÉL. 022 869 46 20, FAX 022 869 46 21, E-MAIL: RPONT@RCPONT.COM

le coupable et de le punir («naming, blaming shaming»). En cas d'incident grave, la justice s'occupait du dossier. Pourtant, il est connu que les procès n'augmentent pas la qualité des soins. Il serait plus utile d'analyser les causes de l'incident et de divulguer les conclusions pour éviter que les mêmes erreurs ne se reproduisent. Une «fondation suisse pour la sécurité des patients» est en train d'être créée avec la collaboration entre autres de l'OFAS et de la FMH qui, espérons-le, devrait faciliter la gestion des erreurs. Il reste le problème des accidents médicaux

graves sans faute médicale démontrée, ayant des conséquences physiques et psychiques majeures, aggravées souvent par une humiliation après des procès perdus et des problèmes financiers importants. En France, une nouvelle loi prévoit des institutions régionales et nationales d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales». D'autres pays ont des législations semblables («no-fault compensation»). Et la Suisse?

Le poste de directeur médical offre la possibilité passionnante de partici-

per au développement des hôpitaux. Son rôle est entre autres de veiller à ce que les patients restent au centre des préoccupations.

Il n'est pas un hasard qu'Expo.02, symbole de notre Suisse actuelle, produise avec des moyens technologiques et financiers considérables... du brouillard. Pour l'avenir de notre système de santé, il faudrait plus de lumière et de clarté.

*Dr Rolf Schröder
Chirurgien, médecin-chef au ResHo
Directeur médical*

Réforme du statut et de la rémunération des médecins hospitaliers

Instauré il y a deux ans par décision du Conseil d'Etat, le projet de modification du statut et de la rémunération des médecins travaillant dans les hôpitaux de la FHV (Fédération des hôpitaux vaudois) progresse à bon rythme. Les travaux concernant le nouveau mode de rémunération sont actuellement en voie d'achèvement, et tout ce qui concerne les détails du nouveau statut sera étudié dès cet automne.

La date d'entrée en vigueur est fixée au 1^{er} janvier 2004, en même temps que l'introduction de TarMed. Ce démarrage conjoint pourrait du reste poser problème, et il sera peut-être nécessaire d'en atténuer les effets par des mesures transitoires.

Cependant, plutôt que de détailler les éléments du nouveau statut et de se pencher sur les détails de la future rémunération, élaborée dans un contexte de neutralité des coûts, il nous paraît plus intéressant de nous faire l'écho des réflexions que suscite cette modification parmi les médecins hospitaliers, et dans l'ensemble des médecins de notre société.

Dès 2004, les médecins hospitaliers auront un contrat de travail avec leurs hôpitaux. De ce fait, ils en deviendront les employés. Ce changement de statut les rendra pour l'essentiel dépendants au point de vue fiscal. Un certain nombre d'entre eux pourraient même abandonner leur cabinet de consultation privé, au profit d'un engagement à 100%. Ce changement n'est pas sans conséquence pour la SVM qui perdra, de ce fait, un certain nombre de membres représentant la médecine de libre pratique. Cela est

d'autant plus malvenu que l'époque actuelle impose une cohésion accrue du corps médical, engagé dans un paysage sanitaire mouvant, dans lequel les décisions politiques concernant l'avenir de la médecine se prennent sans discernement, et sans analyse pertinente de l'entier du problème. Pour maintenir une médecine de qualité, il faut veiller à pallier les inconvénients de la disparition de notre rôle de partenaires dans l'élaboration et la signature des conventions par exemple. Il faut donc envisager et mettre en place de nouvelles instances permettant aux médecins hospitaliers de faire valoir leur point de vue.

Vers une Conférence des directeurs médicaux?

Nos relations avec les hôpitaux vont être notablement modifiées, car nous allons devenir hiérarchiquement subordonnés à la direction des établissements. L'introduction du poste de directeur médical représente une nette amélioration. A ce point de vue, les expériences faites dans certains hôpitaux sont tout à fait encourageantes. Cette pratique doit donc être généra-

lisée, et l'on envisage, dans le cadre de la FHV, l'instauration d'une Conférence des directeurs médicaux, qui serait le pendant de la Conférence des directeurs généraux.

Les termes de nos futurs contrats devront être pesés soigneusement, si l'on veut atteindre l'un des buts de cette réforme, c'est-à-dire une meilleure intégration des médecins-chefs dans leurs établissements. Ces termes devront définir notre rôle futur, qui est de prendre une part active, utile et efficace à la gestion de nos hôpitaux, ainsi qu'aux réflexions concernant leur avenir. Nous désirons en effet éviter de devoir nous cantonner à un rôle de

f i d u p e r
Fiduciaire personnalisée s.a.

Grand-Rue 92
1820 Montreux
Téléphone 021 963 07 08
Téléfax 021 963 14 07

Les cabinets médicaux
sont notre spécialité

Budget d'installation

Gestion comptable
et fiscale

Décomptes salaire
du personnel

Assurances sociales

Membre de l'Union Suisse des Fiduciaires

syndicat, exclusivement attaché à la défense de nos intérêts professionnels.

En introduisant librement en 1995 une retenue sur l'activité en division privée permettant une amélioration de la rétribution en salle commune, les médecins hospitaliers avaient manifesté leur volonté d'introduire entre eux davantage de solidarité et d'équité, entre spécialités et entre établissements dont la clientèle est différente. Dans le nouveau système, il est prévu d'instaurer une centrale paritaire de péréquation, qui doit assurer et développer ces mécanismes. Cette instance est pour nous primordiale. Elle devra fonctionner en assurant un juste équilibre entre notre désir d'instaurer une importante péréquation (à l'instar des projets en cours aux Hospices) et le souci des établissements de garder chacun l'autonomie la plus grande possible. Pour ajouter encore à l'importance du sujet, il faut penser à l'introduction de TarMed en 2004, qui va modifier profondément l'équilibre entre spécialités. La prochaine révision partielle de la LAMal va, elle aussi, par ses incidences sur la clientèle privée et sur la semi-hospita-

lisation, modifier la situation. Tout cela plaide en faveur d'une structure paritaire souple et efficace.

De nouveaux modes de fonctionnement à définir

Enfin, il faut réfléchir sur les conséquences possibles des modifications futures du réseau hospitalier vaudois. Quel sera le rôle des médecins-chefs d'hôpitaux dans ces nouvelles entités hospitalières, quel sera leur nombre adéquat, et quelles seront les conditions de leur pratique? Actuellement en effet, nous travaillons avec une structure «horizontale», et la responsabilité du service est assurée par des co-chefs. Rappelons que ce mode de faire garantit une prise en charge de qualité, assurant un contact direct entre le malade et le chef de service. Faudra-t-il envisager une structure plus hiérarchisée, pyramidale, en introduisant des chefs de clinique et davantage de médecins assistants, dont il faudrait définir le nombre nécessaire? Ce dernier point devra de toute façon être résolu rapidement, eu égard aux nouvelles réglementations concernant leur horaire

de travail et à la nécessité de régler les situations où, actuellement, des postes de médecins assistants sont rémunérés directement par les médecins-chefs. Il faudra enfin définir le rôle des futurs «praticiens hospitaliers», dans le contexte particulier de nos établissements. La récente ordonnance du Conseil fédéral concernant l'ouverture de nouveaux cabinets médicaux vient encore compliquer la situation.

Comme on le voit, l'avancement de ce projet suscite de nombreuses réflexions, de nombreuses questions à résoudre et, parfois, de réelles inquiétudes. Il faut cependant relever que les travaux et les négociations en cours se déroulent dans un état d'esprit ouvert et constructif, et nous gardons ainsi bon espoir de voir ce projet une fois abouti permettre un maintien voire une amélioration de la qualité de la prise en charge des malades dans nos hôpitaux.

*D^r André Burdet, orthopédiste
Ancien médecin-chef à l'HIB
(Hôpital intercantonal de la Broye)
Délégué du GMH pour le projet
«Statut et rémunération»*

Nouveau statut du «praticien hospitalier»: réflexions d'un interniste

La réduction du temps de travail des médecins assistants aura vraisemblablement de nombreuses conséquences sur l'organisation des services dans les hôpitaux. D'où la création d'un nouveau statut de «praticien hospitalier» (également appelé médecin hospitalier plein temps).

La décision des Chambres fédérales de soumettre les médecins assistants à la Loi fédérale sur le travail signifie qu'ils ne devront pas travailler plus de 50 heures par semaine, et pas plus de 16 heures consécutives, alors qu'actuellement, dans le canton de Vaud, l'horaire maximal est de 60 heures par semaine et pas plus de 26 heures consécutives. Le passage aux nouvelles normes implique donc qu'il sera nécessaire d'accroître le nombre de postes de médecins assistants. Etant donné qu'il n'y a pas un surnombre de médecins en formation par rapport

aux postes actuellement disponibles (pas ou peu d'assistants au chômage), la création de nouveaux postes aura comme conséquence immédiate une pénurie de médecins assistants nécessaires à la bonne marche des services hospitaliers et des polycliniques. En outre, cette augmentation du nombre de postes de formation postgraduée fait craindre, à terme, qu'il ne se produise une augmentation de la densité des médecins installés en pratique privée.

Le statut de «praticien hospitalier»

La crainte d'une augmentation de la densité des médecins suisses en pratique privée est peut-être exagérée, car le nombre d'installations dépend du nombre d'étudiants passant leur final, et non du nombre de postes de formation postgraduée qu'on leur offre ensuite. On peut douter que la disponibilité d'un plus grand nombre de postes d'assistants dans les hôpitaux soit en elle-même une incitation pour les bacheliers à choisir les études de

médecine. Cependant, ces postes d'assistants pourraient drainer des médecins de l'Union européenne qui pourraient désirer s'installer ensuite.

La proposition faite pour compenser cette pénurie prévisible d'assistants sans augmenter le nombre de médecins s'installant en pratique privée est la création d'un nouveau type de fonction hospitalière, les «praticiens hospitaliers». Ces médecins auraient terminé leur formation postgraduée, bénéficieraient d'un contrat de durée indéterminée et seraient soumis à la loi sur le travail. Ils feraient une partie du travail confié actuellement à des médecins assistants, tout en bénéficiant d'une autonomie de décision en matière médicale, en étant déchargés des fonctions académiques et des tâches de gestion du service. Cette solution aurait l'avantage d'assurer du personnel pour les hôpitaux tout en créant une nouvelle filière professionnelle pour les médecins, en permettant de maintenir ou de diminuer le nombre de postes de formation postgraduée. Pour les médecins-chefs, il y aurait également un bénéfice sous forme

d'une diminution des tâches de supervision et de formation.

Alternatives

Ces autres approches peuvent être discutées, mais aucune ne semble à même de résoudre entièrement le problème.

Rationalisation du travail dans les services hospitaliers. Dans des équipes relativement grandes, un réaménagement des habitudes de travail pourrait à la limite suffire pour permettre de diminuer l'horaire hebdomadaire sans grande augmentation du nombre d'assistants. Cependant, cela ne sera pas possible pour les petites équipes. En raison de ces différences, le nombre de nouveaux postes nécessaires pour passer aux 50 heures, avec au maximum 16 heures de présence consécutive, sera difficile à évaluer et ne peut en tout cas pas se calculer simplement par une règle de trois.

En effet, un même médecin ne pouvant plus travailler la journée puis faire la garde la nuit, pour les services qui ne l'ont pas encore fait, il faudra remplacer les services de garde tels qu'ils sont organisés actuellement par une équipe de nuit (par exemple, un assistant fait l'horaire de nuit pendant cinq jours de suite). Le nombre minimal d'assistants pour qu'un service puisse être autonome devra être recalculé en conséquence. Le nombre de cinq assistants, parfois proposé, semble en tout cas insuffisant, car les heures qui resteraient pour le travail diurne ordinaire, après déduction des gardes et vacances notamment, représentent moins de deux jours hebdomadaires ouvrables (cinq mois par an, l'un des cinq médecins serait en vacances et, après déduction des heures de nuit et de week-end, il resterait en moyenne 13,5 heures hebdomadaires de travail par médecin!). Dans ces situations, ajouter un « praticien hospitalier » au lieu d'un assistant est discutable, sauf si le « praticien hospitalier » travaille la nuit et les week-ends comme les assistants. Dans le cas contraire, les médecins assistants passeraient une fraction trop importante de leur temps de travail total à assurer du travail de nuit et de week-end, ce qui ne serait pas acceptable.

Il pourrait également y avoir des difficultés à continuer des gardes communes entre services. Par exemple, notre service de médecine interne fait actuellement des gardes avec la pédiatrie, qui a deux assistants. Ce système fonctionne parce que l'activité de nuit et de week-end de la médecine interne n'est assurée par des assistants de pédiatrie que par tranches d'une nuit ou d'un jour de week-end, le soutien accru nécessaire de la part des mé-

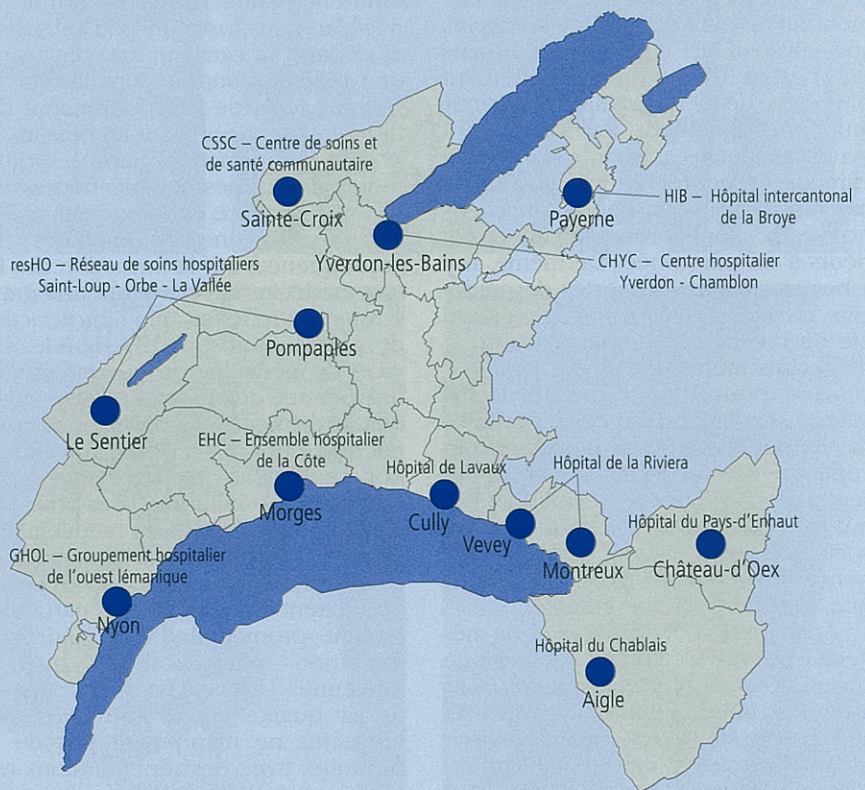
decins cadres de médecine étant supportable pendant ces brèves périodes. Si un horaire de travail nocturne est mis en place au lieu des gardes actuelles, un même assistant devra travailler plusieurs nuits consécutives, ce qui ne manquerait pas de poser des problèmes si un pédiatre devait faire le travail de médecine pendant toute cette période. En outre, le service de pédiatrie n'aurait plus qu'un assistant à disposition pendant que l'autre ferait son horaire nocturne, et aucun assistant lorsque l'autre serait en vacances! Cela pourrait inciter les pédiatres à organiser un autre système de garde, ce qui nous priverait des assistants de pédiatrie, induisant ainsi indirectement des besoins plus importants en médecine interne.

Augmentation du nombre d'étudiants en médecine pour augmenter le nombre d'assistants. Au moment où le Conseil fédéral a décidé de bloquer l'installation de nouveaux médecins en pratique privée pendant trois ans en attendant une hypothétique poli-

tique à long terme, et où les caisses maladie font du forcing pour introduire la fin de l'obligation de contracter, c'est justement cette solution que la création du nouveau statut de « praticiens hospitaliers » vise à éviter.

Augmentation de la durée de la formation postgraduée d'une valeur correspondant à la diminution de l'horaire de travail. Cette décision aurait l'avantage d'augmenter le pool de médecins en formation dans la même proportion que la création de nouveaux postes, sans augmenter le nombre total de médecins obtenant leur FMH. Elle assurerait également qu'ils acquièrent quantitativement la même expérience pratique qu'à l'heure actuelle en compensant la diminution du nombre d'heures hebdomadaires par une plus grande durée de formation. Cependant, outre les difficultés politiques prévisibles, cette solution signifierait implicitement que la durée de la formation postgraduée avant l'obtention d'un titre FMH est déterminée davantage par les besoins des hôpi-

Hôpitaux de zone, de demi-zone et régionaux dispensant des soins aigus somatiques dans le canton de Vaud



taux que par les besoins réels de la formation. En effet, personne n'a prouvé jusqu'à présent qu'elle sera insuffisante avec un horaire hebdomadaire de 50 heures, bien que la question n'ait, à ma connaissance, pas vraiment été débattue.

«Praticiens hospitaliers»: des questions non résolues

La création de postes permanents avec un nouveau statut de «praticiens hospitaliers» semble donc inéluctable, mais elle demande encore passablement de réflexions et d'affinements. Il ne faut pas oublier que la qualité de la médecine suisse provient en bonne partie de son système de formation postgraduée, qui permet que les médecins acquièrent des connaissances pratiques en travaillant plusieurs années dans des services hospitaliers ou des polycliniques, sous la supervision de médecins cadres qui leur transmettent leur savoir-faire. Cependant, le nombre de postes d'assistants dans les hôpitaux et polycliniques a été calculé en fonction des besoins fonctionnels spécifiques de chaque service, et non du nombre de postes de formation qui serait souhaitable. Selon les cas, il peut donc y avoir de grandes différences entre les deux valeurs.

D'un côté, certains services ne forment qu'un petit nombre de médecins spécialistes FMH chaque année, mais ont besoin d'un nombre nettement plus élevé de médecins assistants pour leur fonctionnement. Par exemple, il y a dix médecins assistants et chefs de clinique en neurochirurgie au CHUV, mais les besoins en neurochirurgiens nouveaux sont probablement inférieurs à un par année. De même, il y a beaucoup plus de postes de médecins assistants en chirurgie, gynécologie ou diverses sous-spécialités de la médecine interne que ce qui serait nécessaire pour former des médecins spécialistes FMH dans ces différentes disciplines. Ce type de postes est occupé par des médecins assistants qui se destinent à d'autres spécialités, mais qui font quelques stages hors de leur spécialité pour acquérir une expérience plus large, en général pendant une année.

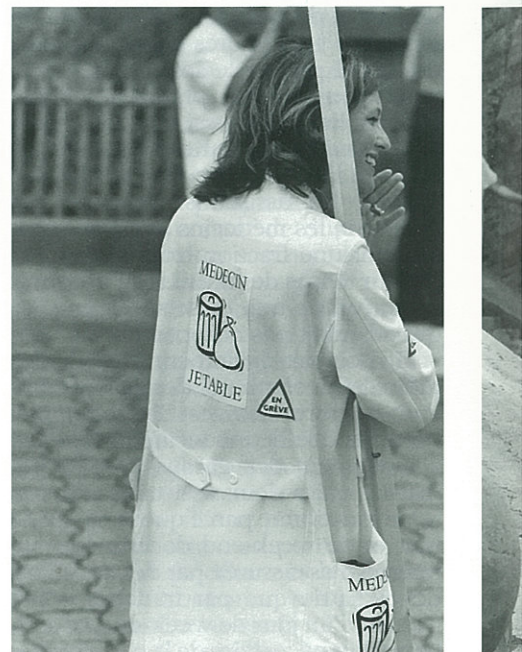
D'un autre côté, les services de médecine interne sont un lieu de passage obligé pendant plusieurs années pour tous les généralistes, internistes et autres spécialistes en diverses disciplines internistes (cardiologie, pneumologie, infectiologie, etc.), ainsi que pendant au moins un an pour de nombreuses autres spécialités pour lesquelles une connaissance de la médecine interne est souhaitable (chirurgie, anesthésie, pédiatrie, dermatologie,

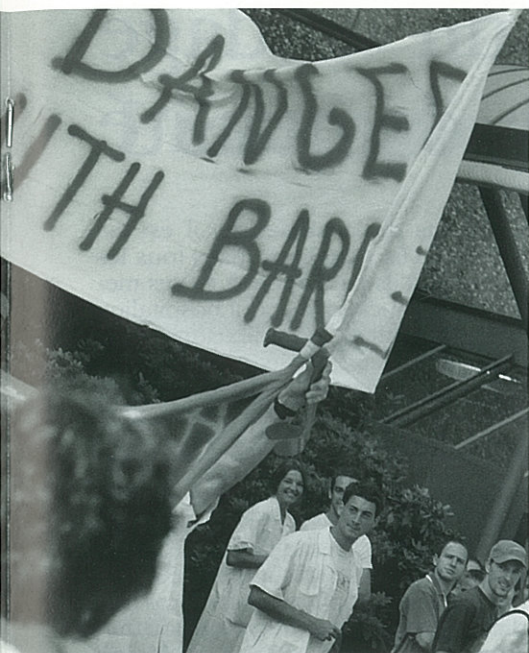
psychiatrie, etc.). Il n'est donc pas évident que ces postes de formation soient excédentaires et des chiffres plus précis seraient donc absolument nécessaires. En tout cas, dans notre service, nous recevons environ une quinzaine de candidatures par poste disponible.

Un rapport intitulé «Réduction de l'horaire de travail hebdomadaire des médecins assistants - Objectifs, contraintes et recommandations», préparé par le Dr Egli et dont la version finale, datée du 14 mai 2002, circule actuellement pour consultation, donne une idée du problème. Ce rapport est cependant incomplet et pourrait aboutir à des estimations erronées des besoins. En effet, non seulement il étudie la situation de façon globale et non par type de service, mais en plus il ne donne aucune estimation théorique du nombre de postes de formation nécessaires dans les différentes disciplines qui tiendraient compte de la situation actuelle et de divers scénarios sur les développements futurs (davantage de médecins dirigés vers la médecine générale, la gériatrie et les maladies chroniques?). Il faudra en outre tenir compte du fait que certains postes seront moins attractifs que d'autres, et n'attireront peut-être pas assez de candidats. Il y a en effet une différence entre passer juste une année dans un poste un peu rébarbatif et en faire sa carrière. En conclusion, une réflexion supplémentaire sur les besoins réels de fonctionnement des différents services et sur les besoins en postes de formation dans les différentes disciplines semble nécessaire. La mise en place de «praticiens hospitaliers» sans une vision claire des conséquences sur la formation des futurs médecins suisses serait une grave erreur. Outre le fait que l'introduction de «praticiens hospitaliers» dans les services de médecine risquerait d'induire une pénurie de postes de formation de qualité en médecine interne, il se pourrait que, pour des raisons budgétaires, non seulement des postes de médecins assistants mais aussi des postes de chefs de clinique ou de médecins assistants aînés disparaissent au profit de cette nouvelle catégorie. Or, ces postes permettent à des médecins particulièrement prometteurs d'acquérir une formation plus poussée que la moyenne. Une baisse préoccupante de la qualité de la formation des médecins ne manquerait pas de se produire, avec des répercussions très néfastes sur la qualité de la médecine en Suisse.

*Dr Jean-Daniel Baumgartner,
PD et MER*

*Interniste, médecin-chef du Service
de médecine EHC, Hôpital de Morges*

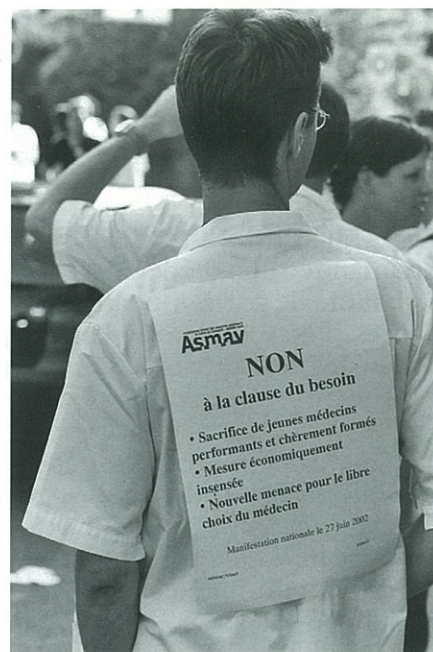




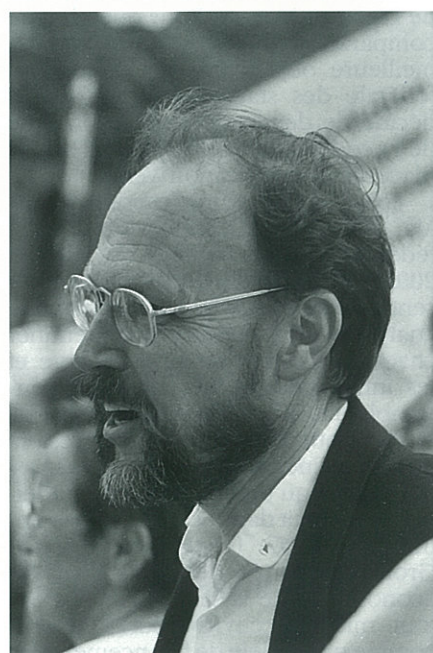
Manifestation du 27 juin 2002... ... Non à la clause du besoin

Près de 800 médecins assistants, chefs de clinique, étudiants et aussi pharmaciens et physiothérapeutes descendent dans la rue pour clamer leur opposition au moratoire de trois ans sur l'ouverture de nouveaux cabinets.

La SVM était là...



Photos: Catherine Borgeaud



Plaidoyer pour un «codage médical» de qualité

Il y a plus de dix ans, l'Etat avait demandé aux médecins hospitaliers de participer aux mesures d'économie et à la maîtrise des coûts de la santé. Les médecins hospitaliers ont alors décidé de s'intéresser à un instrument médico-économique tout droit venu des Etats-Unis, qui devait leur permettre de mesurer l'impact de leur activité médicale sur les coûts en question.

Le projet avait trouvé un financeur. Un modèle avait même été choisi lors d'une assemblée générale du Groupement des médecins hospitaliers (GMH). Mais pour diverses raisons, le chef du projet avait arrêté son activité et l'enthousiasme des premières heures était rapidement retombé. Avec l'arrivée de la LAMal et de son train de mesures, le réveil avait été brutal. Ce qui semblait être un jeu informatique devient une obligation légale exigeant la mise en œuvre de moyens permettant le détail des coûts, leur comparaison entre cantons voire entre institutions.

Aujourd'hui, la notion du coût par cas devient réalité grâce aux performances accrues des moyens informatiques de la gestion hospitalière, qui permettent de définir le «coût» et le «cas» de façon univoque. Pour que chaque comparaison puisse se faire avec la meilleure objectivité, la Commission fédérale des statistiques sanitaires a décidé de décrire le «cas» sur la base de la codification de l'OMS, en lieu et place de la codification Veska.

Reste alors à définir le «coût». La LAMal et le train de réformes du Conseil fédéral (y compris celles du 3 juillet 2002 sur la clause du besoin) imposent des règles strictes de comptabilité analytique, qui permettent d'identifier chaque centre de prise en charge et les influences de leur coût sur l'ensemble d'un séjour hospitalier. Le «cas» et son «coût» sont ainsi définis, reste à en déterminer le prix.

Depuis qu'un certain Charles Kleiber a introduit dans notre canton la notion de DRG (Diagnostic Related Group) importée des Etats-Unis, les économistes de la santé vaudoise ont tout mis en œuvre pour l'imposer comme un modèle de financement des

hôpitaux. Il a été progressivement mis en vigueur sur la base des travaux du club APDRG (All Patients DRG) suisse. Ce modèle ventile les pathologies et les interventions dans plus de six cents groupes différents, chaque groupe correspondant à un forfait financier, à une moyenne des coûts induits par le séjour hospitalier d'un ensemble de patients ayant subi le même type d'opération ou recevant un traitement pour des diagnostics semblables.

Et la place du médecin hospitalier dans tout cela?

S'il n'a que peu d'influence sur les frais fixes de l'hôpital, c'est lui, et lui seul, qui détermine quelles mesures diagnostiques et thérapeutiques sont nécessaires à la prise en charge optimale de ses patients. C'est lui et lui seul qui connaît la lourdeur d'une situation et qui peut décider l'importance des efforts à fournir pour la régler. C'est lui et lui seul qui endosse la responsabilité des choix médicaux, étant entendu que la liberté thérapeutique reste la dernière liberté qui lui est encore garantie. Dans un tel contexte, le médecin hospitalier porte une lourde responsabilité dans le financement de l'établissement où il travaille. L'importance de ce rôle lui est d'ailleurs reconnue puisque l'Etat, dans un arrêté datant de 1998, le nomme garant de la qualité du codage, des pathologies et des interventions. Si le comité de la SVM et le bureau du GMH ont perçu d'emblée l'importance de l'implication des médecins-chefs dans ce codage, quelques membres voire quelques collègues de médecins ont préféré se libérer de cette tâche en l'attribuant à des non-médecins archivistes ou secrétaires. Il est vrai que l'acte de codage est un acte fastidieux, «chronophage» et intellectuellement peu stimulant. Mais un archiviste pourra difficilement coder à partir d'un dossier la lourdeur d'un cas, l'importance d'une réflexion, la complexité d'une opération, puisqu'il ne s'est ni rendu sur le terrain, ni auprès d'un patient, ni dans une salle d'opération. Il semble évident que ce sont les personnes travaillant sur le terrain, auprès des patients, qui sont les plus aptes à pouvoir apprécier l'engagement tant médical qu'infirmier, voire médico-technique ou hôtelier. Il s'agit bien évidemment des médecins.

A une période où les médecins hospitaliers sont fortement critiqués, accusés de provoquer l'augmentation

des coûts de la médecine, il est essentiel qu'ils s'engagent dans tous les projets, qu'ils participent à toutes mesures qui touchent au coût hospitalier, coût directement ou indirectement influencé par leur activité médicale. Cet engagement rend plus crédible la lutte pour le maintien de la liberté du choix thérapeutique.

Garantir la qualité du codage médical

Dans une période où doit être négocié le nouveau statut des médecins hospitaliers, l'implication du corps médical dans la chaîne du codage, du traitement aux codes APDRG, revêt une importance toute particulière. Elle symbolise la collaboration paritaire entre le corps médical, les directions d'hôpitaux, l'Etat et les assureurs. Le codage médical est devenu un élément clé du financement hospitalier, il est donc indispensable de prendre des mesures pour en garantir la qualité.

Plusieurs projets ont déjà été réalisés où le GMH a joué un rôle important, soutenu d'abord par la FHV puis par le Service de la santé publique: achat d'outils informatiques d'aide au codage et de statistiques médicales, formation des partenaires médicaux et administratifs, ou encore mise en place de structures de contrôle.

Le médecin hospitalier est aujourd'hui au cœur du système financier. Il y est reconnu comme un acteur important. Pour lui permettre d'assumer ce rôle, la SVM organise des forums d'information, de formation et d'échange. Les outils de contrôle mis en place par le SCRIS et l'Institut de médecine sociale et préventive démontrent que chaque année la qualité du codage s'améliore. Mais il ne faut pas relâcher les efforts pour autant.

Cerise sur le gâteau, n'oublions pas que tous ces chiffres, s'ils sont nécessaires au financement, peuvent aussi être utilisés pour établir des statistiques médicales, des rapports d'activités de service, en facilitant grandement toute recherche clinique qui autrefois imposait une recherche documentaire fastidieuse.

Voilà un beau retour sur investissement qui permettra facilement de répondre aux exigences statistiques de la FMH en vue des accréditations des centres de formation postgraduée.

Dr Bertrand Vuilleumier, orthopédiste, médecin-chef CHYC, directeur médical

Rôle et fonction du directeur médical

L'exemple de l'Ensemble hospitalier de La Côte

La nomination d'un directeur médical lors de la création de l'Ensemble hospitalier de La Côte (EHC) en juillet 2000 poursuit l'objectif de renforcer la représentation médicale au niveau de la direction générale.

L'EHC regroupe cinq missions (soins aigus, soins de réadaptation et de traitement, soins palliatifs, soins d'hébergement et l'enseignement, avec l'école de soins infirmiers), réparties sur cinq sites (Morges, Aubonne, Gilly, les EMS des Pâquis et Nelly de Beausobre).

Profil-type

Le directeur médical doit être un médecin-chef. Il est salarié pour cette fonction, dont le taux d'activité a été fixé à 20%, ce qui peut paraître bas. Sa fonction n'est pas de remplacer un directeur administratif (il n'en a d'ailleurs pas les compétences), et il doit avant tout rester un médecin.

Fonctions principales

Le corps médical a décidé de nommer un directeur médical lors de la création de l'EHC en juillet 2000. Le directeur médical fait partie du conseil de direction de l'EHC avec un pouvoir décisionnel. Il participe aussi aux séances du conseil d'administration et de l'assemblée des délégués tout en étant bien sûr membre du collège des médecins-chefs, qui reste un organe décisionnel important, et entretient des relations fréquentes avec le doyen.

A chaque fois que cela est nécessaire, le directeur médical participe aux séances des différents services de soins et de logistique, par exemple pour l'hygiène hospitalière, les investissements, les contrôles et gestions de comptes, l'élaboration des budgets, le contrôle du flux-patients, la nomination des cadres supérieurs. Il est aussi en relation avec les représentants et le chef du Département de la santé et de l'action sociale, le ReSCO, les médecins de la région et la SVM.

Lors de toutes ces séances, le directeur médical apporte l'avis d'un soi-

gnant dans le sens très large du terme, c'est-à-dire de celui qui est tous les jours dans l'hôpital et continuellement en relation avec des patients et des collaborateurs. Il établit ainsi un lien circulaire entre les soignants et la direction administrative, avec pour objectif

d'apporter les commentaires et les explications nécessaires.

Par sa connaissance des dossiers et de la politique sanitaire interne et locale, il participe ainsi à l'élaboration des stratégies à court et à plus ou moins long terme.



Manifestation annuelle de la Société vaudoise de médecine

4^e journée de la SVM
jeudi 10 octobre 2002

dans le cadre d'Expo.02
Arteplage d'Yverdon-les-Bains

Programme

(sous réserve de modifications)

- Visite des expositions sur le site d'Expo.02
- **Jardin d'Eden**
Visites guidées VIP par petits groupes
(Roche Pharma Schweiz A.G.)
- **Signaldouleur**
Visites guidées
(Bureau suisse de prévention des accidents BPA)
- **Buffet en musique**
(D^r Jacques Perrin)
- **Conférence**
Approche interventionnelle diagnostique et thérapeutique de la douleur chronique
(D^r Henry Lambert & D^r Philippe Mavrocordatos)
- **Partie statutaire**
Accueil des nouveaux membres
Hommage aux membres honoraires
- Visite libre de l'exposition

Avec le soutien de:
Roche Pharma (Schweiz) A.G.
Bureau suisse de prévention des accidents BPA
Novartis Pharma (Schweiz) A.G.

Ci-dessous, je donnerai quelques exemples d'activités où il est très important de faire le lien entre l'administration confrontée à des contraintes budgétaires et politiques et les soignants voulant toujours adopter les nouvelles techniques et améliorer les prestations.

Relations avec les médecins

Le directeur médical n'impose pas des méthodes de traitement ou de diagnostic. En effet, c'est à chaque médecin cadre ainsi qu'au collègue qu'incombe cette responsabilité. Mais il doit s'assurer que ce qui est mis en place corresponde aux réalités, aux possibilités de l'EHC et entre dans un budget accepté. Lors de la nomination d'un ou de nouveaux médecins-chefs, il doit s'assurer que cela corresponde réellement à une demande, une évolution et que la procédure soit suivie correctement. Une supervision est aussi exercée sur les vingt-sept médecins assistants et trois chefs de clinique adjoints pour ce qui est de leur nombre, de leur répartition par service et de leurs horaires de travail.

Gestion du flux-patients

Globalement, les cinq sites de l'EHC comptent 374 lits. La gestion du flux des patients qui tient compte du taux d'occupation, de la qualité et du nombre des soignants et de la disponibilité du plateau médico-technique devient une activité de plus en plus difficile, car soumise directement aux contraintes de la politique sanitaire découlant de la LAMal et du budget. Le directeur médical peut apporter les renseignements nécessaires pour imposer des modifications si nécessaire.

Budgets et investissements

Les contraintes budgétaires sont une réalité quotidienne. Le rôle du directeur médical est de soutenir des demandes d'investissements (nouveaux appareils, locaux, etc.), mais aussi de faire comprendre que l'on ne peut pas tout avoir. Les responsables du service des finances ont besoin de renseignements sur les activités médicales qui leur sont donnés plus facilement et plus rapidement par le directeur médical.

Plaintes et accès au dossier médical

Nous sommes confrontés à une augmentation des plaintes de patients,

qui sont de tous niveaux, justifiées ou non, ainsi qu'à des demandes accrues d'accès au dossier médical par le patient lui-même, voire par des instances judiciaires. Il est important de pouvoir y répondre rapidement, correctement et de manière adéquate.

Le rôle du directeur médical est de participer à l'élaboration des nouvelles règles tout en protégeant le secret médical, de suggérer ou de proposer des modifications de protocoles de traitement et de fonctionnement, et d'associer un contrôle de qualité.

Consentement éclairé et information du patient

En corrélation avec le sujet précédent, la problématique du consentement éclairé du patient est en plein développement. Le directeur médical dirige les débats et la mise en place de directives en stimulant, si cela est nécessaire, les différents partenaires.

Nomination des collaborateurs

Pour maintenir de bonnes relations à long terme entre les différents services de soins, de logistique et d'administration, nous pensons que les médecins doivent participer à la nomination des cadres et à l'élaboration des cahiers des charges des collaborateurs. Soit le directeur médical est présent, soit il délègue un collègue en fonction des compétences requises, ce qui lui permet d'être toujours au courant.

Agrandissement, rénovation, projet de construction des bâtiments

Les activités de l'EHC sont réparties sur cinq sites. Par sa connaissance des contraintes politiques, budgétaires mais aussi de l'évolution de la médecine (nouvelles techniques, durée de séjour...), le directeur médical, aidé par les collègues directement concernés, participe à l'élaboration des projets et s'assure de la justification des réalisations.

Autorité et pouvoir

Lorsque nous, les médecins, avons élaboré le cahier des charges du directeur médical, nous ne voulions pas qu'il devienne une autorité liée et soumise à l'administration. Jusqu'à maintenant, nous ne nous sommes pas trouvés dans une situation conflictuelle où des décisions autoritaires auraient dû être prises. En effet, par sa présence dans les différentes instances de la direction et du collègue des médecins-chefs, par sa connaissance des

dossiers, par son contact direct avec ses confrères et avec de nombreux collaborateurs, par ses relations avec les patients, il peut apporter les explications nécessaires à chacun et éviter des conflits inutiles.

Cela a aussi été rendu possible par le fait que la fonction du directeur médical dure plus longtemps (théoriquement, au moins quatre ou cinq ans) que celle du doyen. Cela est nécessaire et permet en même temps d'établir un contrôle sur son activité.

Ainsi, même si le taux d'activité de 20% est parfois théorique et souvent dépassé, je pense qu'il est tout à fait possible d'exercer cette fonction à côté de celle de médecin-chef d'un service et qu'il est très important de faire entendre l'avis, dans le sens très large du terme, des soignants qui sont là pour prendre en charge les patients.

La fonction de directeur médical est très intéressante, motivante et elle permet une participation accrue des médecins en général aux décisions, à l'élaboration des projets, à l'amélioration des prestations, cela particulièrement dans cette période où tout est remis en question et durant laquelle on verra de profonds changements dans le monde de la santé.

*Dr Thierry Pache
Orthopédiste, médecin-chef
Directeur médical EHC, Morges*

La fonction de directeur médical a été fortement souhaitée, tant par le conseil d'administration que la direction générale, dans le but de pouvoir associer plus étroitement le corps médical aux décisions, permettant un positionnement clair et engagé de la part de ce dernier. Cette fonction doit impérativement garder une dimension d'activité complémentaire à celle de médecin-chef, garantissant ainsi le niveau de crédibilité de la personne qui l'occupe, tant vis-à-vis de ses pairs que des autres organes de l'hôpital.

Après deux ans de fonctionnement, je ne puis que me déclarer satisfait de la création du poste de directeur médical.

*François Chapuisat,
directeur général EHC, Morges*

Courrier

Colère des médecins assistants et chefs de clinique



Le 3 juillet, la clause du besoin a été instaurée sous la forme de l'ordonnance OAMal 136. Cette dernière interdit entre autres toute ouverture de cabinet aux médecins formés pour une durée de trois ans, et ce malgré leurs protestations, malgré la journée d'action nationale du 27 juin particulièrement bien suivie en Suisse romande (800 personnes à Lausanne, 1000 personnes à Genève) et malgré la manifestation sur la place Fédérale le 2 juillet au soir. Plusieurs raisons expliquent notre colère mais principalement son caractère arbitraire qui frappe le maillon faible de la chaîne de santé et son inefficacité pour atteindre le but visé. En effet, il semble évident que d'autres facteurs que la densité médicale sont à l'origine de l'explosion des coûts. Il n'est que trop rarement, voire jamais, fait mention d'éléments aussi évidents que le vieillissement de la population, le coût des technologies, des exigences accrues des patients, des provisions des assurances, de leurs mauvais investissements boursiers ou des prix exercés par les firmes pharmaceutiques. L'aveu des autorités quant à l'absence d'études sérieuses sur la «juste» densité médicale et l'absence de fiabilité des chiffres fournis par SantéSuisse est également un sujet d'étonnement. En effet, ce sont les chiffres arrêtés au 2 juillet qui définissent la densité médicale de référence

et qui ne prennent pas en considération les médecins installés travaillant à temps partiel. De plus, il n'a été accordé, aux autorités cantonales, qu'un délai de deux semaines pour les vérifier. On peut venir à se demander qui détient véritablement le pouvoir lorsque les décisions prises par les instances politiques se basent sur des comptes fournis par les assurances sans aucune transparence.

Une assemblée extraordinaire s'est tenue le 8 juillet, à laquelle des représentants du Département de la santé et de l'action sociale, de SantéSuisse, de la SVM, de la Faculté de médecine, de la FHV, du CHUV et des Hospices étaient invités. Tout le monde tenait le même discours, à savoir que cette clause du besoin était bien malheureuse et qu'on ne pouvait que la déplorer. Les autorités ajoutaient que finalement la pilule n'était pas si amère à avaler puisque les conditions de travail allaient être améliorées, à savoir un horaire hebdomadaire de 55 heures en 2003 puis 50 heures en 2005, suite à l'application de la loi sur le travail. Surprenante a été l'arrogance des représentants de SantéSuisse qui ont avoué, quand bien même des droits de pratique cantonaux seraient accordés, qu'ils mettaient en suspens l'octroi des numéros de concordat, bien qu'ils n'aient ni le mandat ni l'autorité pour exercer un tel rationnement. Finalement, ce n'est que de jus-

tesse qu'un mouvement de grève n'a pas été voté, mais à la condition expresse que les revendications présentées à M. Rochat les 12 et 29 juillet soient acceptées. Ces demandes d'améliorations significatives des conditions de travail se justifient dans la mesure où les médecins assistants et chefs de clinique ne sont plus des professionnels exerçant pour un temps limité à l'hôpital avant de s'établir en pratique privée. Par conséquent, il n'existe plus aucune raison pour qu'ils acceptent les conditions spécifiques et défavorables qui ont cours actuellement. Ces revendications sont donc:

- Calcul des durées de travail hebdomadaire sur une base de 42 h 30. Le but n'est clairement pas de travailler moins que ne l'exige une formation de qualité mais d'obtenir le paiement décent de chaque heure supplémentaire effectuée.
- Alignement des salaires sur ceux des cantons universitaires. En effet, les médecins assistants et chefs de clinique du canton de Vaud sont les moins bien payés de la Confédération.
- Versement d'un réel 13^e salaire, en sus des 12 précédents.
- Echelonnement des salaires sur 9 ans au lieu de 6 puisque les médecins assistants et chefs de clinique sont obligés de rester 3 ans de plus à l'hôpital.
- Indexation au coût de la vie.
- Amélioration du 2^e pilier avec participation de l'employeur de 16% au lieu de 6% (!).
- Participation de l'ASMAV à la «commission de la politique sanitaire».
- Contrats de travail à durée indéterminée afin de supprimer la pression qui peut être exercée sur les médecins assistants et chefs de clinique vu la précarité permanente que leur offrent leurs contrats actuels s'échelonnant sur 6 mois voire au mieux 1 année.

Le 2 septembre aura lieu une assemblée générale de l'ASMAV où nous informerons les membres sur les détails de l'entrevue avec M. Rochat du 12 juillet. Le 2 octobre, M. Rochat nous donnera les décisions quant à ces revendications. Le 3 octobre aura lieu une nouvelle assemblée générale où certaines mesures seront adoptées en réponses aux décisions rendues. Consciente que la clause du besoin était un combat perdu d'avance, l'ASMAV entend se battre sur deux plans: l'amélioration des conditions de travail des médecins assistants et chefs de clinique et aux côtés de la SVM sur la probable levée de l'obligation de contracter qui est le fer de lance avoué de SantéSuisse.

Eric Albrecht, secrétaire de l'ASMAV

Semaine suisse contre la douleur 26-31 août 2002

Les maladies qui causent des douleurs chroniques à quelque 700 000 personnes en Suisse sont nombreuses et pénibles. Le Groupement d'intérêt contre la douleur chronique a pour objectif de sensibiliser la population à ce sujet.

Qu'est-ce qu'une douleur chronique?

Une douleur devient chronique à partir de trois mois. Dès lors, sa fonction physiologique fondamentale disparaît pour laisser place à une «mémoire de la douleur». Elle devient alors une maladie en soi, indépendante de la cause originelle, et d'autant plus difficile à soigner.

La liste des maladies chroniques est longue: rhumatisme, arthrose, ostéoporose, cancer, maux de dos, etc. Chaque jour, ces maladies causent des douleurs chroniques à quelque

700 000 patients en Suisse. La douleur chronique porte non seulement une grave atteinte à la qualité de vie des patients, mais également à celle de leur entourage; elle augmente aussi considérablement les coûts médicaux et hospitaliers. Elle constitue aussi la cause de nombreuses journées de travail perdues pour l'économie. C'est à tort que ces personnes ont été soupçonnées de simulation. Ainsi, beaucoup d'entre elles ont souffert dans l'isolement.

Les suites des maladies chroniques

Les douleurs aiguës traitées de façon inadéquate peuvent évoluer vers la chronicisation par altérations neuroplastiques. Les stimuli algiques aigus intenses peuvent en très peu de temps provoquer des altérations fonctionnelles et structurelles rémanentes, mo-

difiant à long terme la transmission et l'élaboration des signaux et faisant apparaître une «mémoire de la douleur» par la surexcitation constante des cellules nerveuses par des signaux de douleur constants. Grâce aux méthodes de traitement modernes et efficaces, notamment par opioïdes, les personnes touchées ne sont plus condamnées à souffrir en silence. Il est du ressort des médecins et des thérapeutes d'identifier et de traiter adéquatement la douleur avant qu'elle ne devienne chronique.

Par la campagne «Vaincre la douleur!», le Groupement d'intérêt contre la douleur chronique veut sensibiliser la population sur ce sujet. La «Semaine suisse contre la douleur» pour le grand public aura lieu du 26 au 31 août 2002. Le Groupement d'intérêt se compose d'institutions et de personnes engagées contre la douleur chronique: médecins, pharmaciens, soignants, organisations de patients, cliniques, fondations et autres institutions.

Pour de plus amples informations, veuillez consulter notre site: www.infodouleur.ch.

A propos de l'ordonnance fédérale interdisant l'installation de nouveaux cabinets médicaux pendant 3 ans

Courageuse, notre conseillère fédérale Ruth Dreifuss. Et qui ne craint ni absurdités ni incohérences. Car ça, il faut le faire: rien moins qu'interdire, *de facto*, à des centaines, voire à un ou deux milliers de médecins de travailler! Voilà donc des femmes et des hommes dans la force de l'âge, pères et mères de famille pour la plupart, parvenus au sommet de leur savoir et de leur savoir-faire après une formation universitaire et post-universitaire de douze à dix-huit ans voire plus (qui a coûté à la Confédération la bagatelle de plus de 500 000 francs pour chacun), auxquels on se propose purement et simplement d'interdire l'exercice de leur profession pendant trois ans! Interdiction lancée sans états d'âme, visiblement sans l'ombre d'une réflexion sur la situation plus que chaotique qu'on va créer pour dans trois ans, et cela sans aucune certitude que la prime d'assurance maladie du citoyen suisse en sera réduite d'un seul franc.

Il paraît opportun ici de rappeler que, au début de son mandat de conseillère fédérale, M^{me} Dreifuss avait opposé un vigoureux veto à l'introduction d'un *numerus clausus* à l'admission aux facultés de médecine de

Suisse. C'était au cours d'une allocution au *Dies academicus* à l'Université de Genève. Un *numerus clausus*, mais quelle horreur! Voyons donc: c'est tellement touchant, tous ces gentils gens tant désireux d'étudier la médecine, ce serait pitié de les en empêcher! Et puis, un *numerus clausus*, un concours d'entrée, n'est-ce pas, c'est si peu dans le ton des dogmes socialistes: des mesures élitistes, horripilants résidus de la société bourgeoise, à rejeter avec force. «Un *numerus clausus*, j'y suis fermement opposée», disait-elle en 1994.

Gouverner, c'est prévoir, dit-on. Certes, on ne peut pas demander à tout le monde d'être fort en calcul. Mais tout de même, chacun peut prévoir qu'à force de produire sans restrictions et *quo ad absurdum* des médecins dans nos universités, ils finiront par être en grand surnombre. D'ailleurs, ni le Conseil fédéral ni les députés aux Chambres fédérales ne pouvaient ignorer l'ancien et lancinant problème de la pléthore médicale, qui menace le pays en réalité depuis plusieurs décennies. Car les mises en garde n'avaient pas manqué: la pléthore médicale, avec toutes ses conséquences néfastes, avait été annoncée

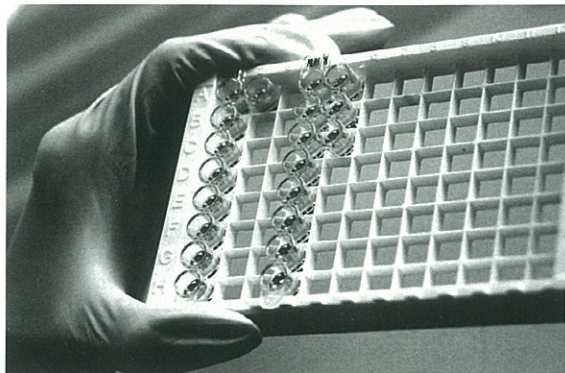
et stigmatisée depuis longtemps par de nombreux médecins, parfois fort éclairés, comme par l'éminent professeur Armand Delachaux dès les années 60 déjà! Mais aucun parti politique, aucun gouvernement, aucune autorité universitaire n'ont jamais eu le courage ou l'énergie de prendre sérieusement en compte le problème, *a minori* d'y apporter un remède. Dans les craintes exprimées par les médecins, autorités, partis politiques, médias et même le public ne voyaient que leur souci corporatiste de préserver leur bifteck.

Alors, au début des années 90, on rejette le *numerus clausus* sous toutes ses formes. Une décennie plus tard, on s'aperçoit qu'on a fabriqué trop de médecins. Tout simple, n'est-ce pas, M^{me} Dreifuss, il n'y a qu'à leur interdire de travailler. Et abracadabra! Comparer de telles incohérences à celles prévalant à la cour du roi Pétaud est un euphémisme. Car même à cette cour-là, les absurdités n'atteignaient tout de même pas de telles extrémités.

Je suis de ceux qui souhaitent à notre conseillère fédérale une bonne et fructueuse retraite!

*Théo Grandjean,
Lausanne*

Notre métier ?



Détection des maladies infectieuses
Diagnostiques en cytopathologie clinique
Analyses biochimiques
Analyses hématologiques
Dosages immunologiques

Biomédilab

4, av. Tissot - 1006 Lausanne
Tél. 021 321 40 00 - Fax 021 321 40 40

Clinique Cécil

6, rue Marc-Dufour - 1007 Lausanne
Tél. 021 310 56 78 - Fax 021 310 56 77

Unilabs

Hôpital Riviera
Sites de Montreux et du Samaritain
3, bd Paderewsky - 1800 Vevey 1
Tél. 021 923 42 06 - Fax 021 923 42 05

L'aide au diagnostic

Les analyses médicales constituent un élément essentiel de la qualité des soins prodigués aux patients. C'est pourquoi Unilabs accorde une importance primordiale à la qualité et au niveau des services offerts aux médecins: une gamme complète d'analyses, des spécialistes de chaque domaine à l'écoute du corps médical, et un suivi permanent de l'évolution des recherches de pointe susceptibles d'améliorer la qualité des analyses de laboratoire.



La nouvelle Volvo S60



L'alliance intelligente du confort, du dynamisme et de la sécurité, pour vous et vos passagers... un rêve devenu réalité.

Volvo S60, dès Fr. 37'950.-

VOLVO
for life

Votre concessionnaire exclusif pour Lausanne et environs:

MON REPOS  **AUTOMOBILE SA**

Rue Etraz 14 • 1003 Lausanne • Tél. 021 310 03 93 • Fax 021 310 03 90
monrepos.lausanne@bluewin.ch

RELATIONS PERSONNALISÉES



**DISCRÉTION
PROFESSIONNALISME
EFFICACITÉ**

*"B&P gère près d'un milliard de francs...
et je me réjouis de vous rencontrer."*

Silvio Marazzi

**VALORISER VOTRE PATRIMOINE,
NOTRE DOMAINE D'EXCELLENCE**



Bovay & Partenaires SA
Membre de l'Association Suisse des Banquiers
Grand-Chêne 1 - 1003 Lausanne
Tél. 021 321 15 20 - Fax 021 321 15 21

Calendrier médical vaudois

Période du 9 septembre au 25 octobre

MARDI 10 SEPTEMBRE 2002

17 h: Colloque de la division d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme – D^{re} N. Pugnale: «Modulation du métabolisme osseux après cerclage gastrique pour le traitement de l'obésité» – Lausanne, CHUV, salle des séminaires N° 301, BH-10 – Renseignements: tél. 021 314 05 96.

MERCREDI 11 SEPTEMBRE 2002

12 h 15: Séminaire de l'Institut de pharmacologie et de toxicologie – Professeur B. Thorens: «Modulation of glucose-dependent insulinotropic polypeptide (GIP) bioactivity» – Lausanne, Institut de pharmacologie et de toxicologie, rue du Bugnon 27, entrée C3, 1^{er} étage, salle de conférences.

JEUDI 12 SEPTEMBRE 2002

9 h-17 h 30: Journée COROMA: médecine communautaire et société – «Quel partenariat médico-social dans la prise en charge des addictions?» – Lausanne, EPFL – Renseignements et inscriptions: Service de formation continue de l'Université de Lausanne, tél. 021 692 22 93, fax 021 692 22 95, site Internet: www.unil.ch/sfc.
9 h-12 h: Colloque des Jeudis de la PMU – D^r R. Maire: «Diagnostic étiologique des vertiges» – Lausanne, auditoire de la nouvelle PMU – Renseignements: D^r de Heller, tél. 021 345 22 22, fax 021 345 23 23.

18 h 30: Colloque scientifique interrégional mensuel de l'Hôpital intercantonal de la Broye – D^r Ch. Bernard: «Maladie thrombo-embolique: mise à jour» – HIB, 1^{er} sous-sol du site payernois – Renseignements: D^r O. Rostan, tél. 026 662 85 13.

VENDREDI 13 SEPTEMBRE 2002

9 h-17 h: Séminaire de travail du CEF – «Approche psychodynamique familiale des troubles émotionnels de la petite enfance» – Lausanne, site de Cery – Renseignements et inscriptions: CEF, tél. 021 643 64 01, fax 021 643 65 93.

MARDI 17 SEPTEMBRE 2002

17 h: Colloque de la division d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme – D^r V. Giusti: «Le tissu adipeux en tant que glande endocrine: implications cliniques» – Lausanne, CHUV, salle des séminaires N°301, BH-10 – Renseignements: tél. 021 314 05 96.

18 h 30: Colloque hospitalo-régional de Morges – D^r A. Bretholz: «Hépatite A, B, C... G; le point sur les lettres» – EHC, auditoire de l'ESIM – Renseignements: D^r R. Rosso, tél. 021 801 92 11, fax 021 803 39 14.

JEUDI 19 SEPTEMBRE 2002

9 h-12 h: Symposium – Professeur M. Burnier: «Les diurétiques dans l'hypertension: un traitement encore actuel?» – Lausanne, CHUV, auditoire Alexandre-Yersin – Renseignements: M^{me} D. de Senger, e-mail: doris.desenger@ch.netgrs.com
5^e Journée romande de pédiatrie pratique – Lausanne, Dorigny, auditoire 275 du BFSH 1 – Renseignements: D^r M. Reinhardt, tél. 021 320 10 28, fax 021 312 14 59, e-mail: reinhardt@bluewin.ch et inscriptions: D^r J. Périsset, tél. 026 663 31 15, fax 026 663 56 11.

SAMEDI 21 SEPT., 5 ET 12 OCT., 2 NOV. 2002

8 h 30-17 h: Cours d'homéopathie uniciste – Renseignements et inscriptions: ESRHU/CRH, tél. 079 572 76 43, fax 021 791 47 38, e-mail: esrhu.secretariat@freesurf.ch.

22 AU 27 SEPTEMBRE 2002

Forum mondial Montréal 2002 – Drogues et dépendances, enjeux de la société – Palais des Congrès de Montréal, Canada – Renseignements et inscriptions: tél. 1 (514)340-4550, fax 1 (514) 340-4440, e-mail: secretariat@worldforumdrugs-dependencies.com.

MARDI 24 SEPTEMBRE 2002

17 h: Colloque de la division d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme – D^r V. Chabot: «Diabète de type 1: de l'enfer au (presque) paradis» – Lausanne, CHUV, salle des séminaires N° 301, BH-10 – Renseignements: tél. 021 314 05 96.

MERCREDI 25 SEPTEMBRE 2002

17 h 30-18 h 30: Conférence postgraduée du service d'anesthésiologie – Professeur P. Ravussin: «Anesthésie pour chirurgie vasculaire cérébrale» – Lausanne, CHUV, auditoire Yersin – Renseignements: M^{me} B. Felicione, tél. 021 314 20 01, fax 021 314 20 04.

JEUDI 26 SEPTEMBRE 2002

9 h-12 h: Les Jeudis de la Vaudoise – D^r Ph. Staeger: «La garde médicale...» – Lausanne, CHUV, auditoire César-Roux – Renseignements et inscriptions: SVM, tél. 021 652 99 12, fax 021 652 32 21, e-mail: secgen@svmed.ch ou www.svmed.ch.
16 h 30: Séminaire de l'Institut universitaire romand de santé au travail – D^r G. Sabbioni: «Biomonitoring of workers exposed to isocyanates, arylamines and nitroarenes» – Lausanne, auditoire Pierre-Decker – Renseignements: tél. 021 314 74 21.

20 h-22 h: Conférence de la formation continue du pharmacien d'officine – D^r F. Riquier: «Dépressions et troubles anxieux: cas pratiques et traitements» – Lausanne, Dorigny – Renseignements et inscriptions: Service de formation continue du château de Dorigny, tél. 021 692 22 90, fax 021 692 22 95, e-mail: formcont@unil.ch.

JEUDI 3 OCTOBRE 2002

Conférence du jeudi Clinique La Métairie – Professeur M. Konrad: «Modèles et types de troubles anxieux - implications thérapeutiques» – Nyon, Clinique La Métairie.

JEUDI 10 OCTOBRE 2002

4^e Journée de la Société vaudoise de médecine – «La SVM S'EXPO.02 SE» – Renseignements et inscriptions: SVM, tél. 021 652 99 12, fax 021 652 32 21, e-mail: secgen@svmed.ch ou www.svmed.ch.
Cours de formation en nutrition clinique de la Société suisse de nutrition clinique – Renseignements et inscriptions: D^r M. Roulet, tél. 021 314 35 81, e-mail: michel.roulet@chuv.hospvd.ch.

MARDI 15 OCTOBRE 2002

8 h-9 h: Formation continue du département de pédiatrie de Lausanne – D^r B. Laubscher: «Nouvelles recommandations pour la prophylaxie de maladies hémorragiques du nouveau-né» – Lausanne, CHUV – Renseignements: D^r E. Roulet, tél. 021 314 35 63.

9 h-10 h: Formation continue du département de pédiatrie de Genève – D^r P. Eigenmann: «Diagnostic des allergies alimentaires chez les enfants souffrant de dermatite atopique, quoi de neuf?» – Genève, HUG – Renseignements: professeur E. Girardin, tél. 022 382 46 03.

JEUDI 17 OCTOBRE 2002

9 h-12 h: Colloque des Jeudis de la PMU – D^{rs} P. Jichlinski et P. Staeger: «Troubles mictionnels chez l'homme» – Lausanne, auditoire de la nouvelle PMU – Renseignements: D^r de Heller, tél. 021 345 22 22, fax 021 345 23 23.

18 h 30: Colloque scientifique interrégional mensuel de l'Hôpital intercantonal de la Broye – D^r Ch. Meier: «Hypercholestérolémie, qui traiter?» – HIB, 1^{er} sous-sol du site payernois – Renseignements: D^r O. Rostan, tél. 026 662 85 13.

VENDREDI 18 ET SAMEDI 19 OCTOBRE 2002

9 h 15-16 h 45: Séminaire de travail du CERFASY – «Eléments d'une vision éco-systémique de la violence conjugale» – Neuchâtel, CERFASY, tél. 032 724 24 72, fax 032 724 22 44.

JEUDI 24 OCTOBRE 2002

9 h-17 h: Formation continue universitaire – «Route, santé, communauté» – Lausanne, EPFL – Renseignements et inscriptions: Service de formation continue de l'Université de Lausanne, tél. 021 692 22 93, fax 021 692 22 95, e-mail: formcont@unil.ch.

SAMEDI 26 OCTOBRE 2002

17^e Marchethon CF en faveur de personnes atteintes de mucoviscidose – Lausanne, EPFL de Dorigny, stade de l'UNIL – Renseignements: Secrétariat du Marchethon, tél. 021 623 37 17, fax 021 623 37 10, e-mail: marchethon@bluewin.ch ou www.marchethon.ch.

MAGNIFIQUE APPARTEMENT À LAUSANNE

dans une maison de maître du début 1900, entièrement rénové, dans un cadre de verdure, calme, salon 45 m², grande cuisine, 4 chambres, salle de bains, WC séparés, grand hall, grenier aménagé 75 m², grande cave, buanderie, 2 places de parc, à deux pas du Tribunal cantonal, 50 m de l'arrêt du bus.

Libre de suite.

4350 fr. charges comprises.

Tél. 079 789 76 66 ou 079 418 88 32.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 28 octobre et le 22 novembre 2002: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 17 septembre 2002.

Innovant

PressTab – développé pour abaisser spécifiquement l'hypertension artérielle

admis aux caisses



Enatec® PressTab

Enalapril

- 2 possibilités posologiques sous une seule forme!
- Facilement sécable – une légère pression suffit.

mepha



Okay avec les génériques Mepha

Enatec® 5 / 10 / 20

C: Enatec® 5, 10, 20 contiennent resp. 5 mg, 10 mg et 20 mg de maléate d'énalapril. **I:** Tous les degrés de l'hypertension essentielle, hypertension réno-vasculaire, insuffisance cardiaque symptomatique. Dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique avec fraction d'éjection < 35%, prévention de l'insuffisance cardiaque symptomatique. **P:** Posologie usuelle: *Hypertension:* dose initiale 10 mg 1 x par jour pour une hypertension légère, autres stades 20 mg par jour. Dose maximale 40 mg par jour. Dose d'entretien 20 mg 1 x par jour. *Hypertension réno-vasculaire:* dose initiale 5 mg ou moins. Adaptation de la dose aux besoins du patient, la plupart du temps 20 mg 1 x par jour. *Insuffisance cardiaque symptomatique, dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique:* dose initiale 2.5 mg par jour. Augmentation en 2-4 semaines jusqu'à 20 mg par jour. **Posologie spéciale** chez le vieillard, lors d'un traitement parallèle par diurétiques, dans l'insuffisance rénale: v. Compendium Suisse des Médicaments. **CI:** Hypersensibilité à l'égard de l'énalapril ou des autres constituants. Anamnèse d'œdème angioneurotique après administration d'inhibiteurs de l'ECA. Grossesse. **Effets indésirables:** Vertige, céphalée, toux, fatigue, asthénie. Hypotension (orthostatique), syncope, nausée, diarrhée, crampes musculaires, exanthèmes. Anomalies de la fonction rénale, insuffisance rénale, oligurie. Réactions d'hypersensibilité, œdème angioneurotique. Très rares: Infarctus du myocarde, accident cérébro-vasculaire, douleurs thoraciques, palpitations, arythmies, angor. Troubles digestifs, nerveux psychiques, respiratoires, cutanés. Impuissance, érythème, dysgueusie, acouphènes, glossite, troubles visuels, diminution de la libido, sécheresse buccale. Altération d'examen de laboratoire standards. **Interactions:** Autres antihypertenseurs, bêtabloquants, méthylodopa, antagonistes du calcium: potentialisation de l'effet hypotenseur. Potassium et diurétiques à épargne potassique: ascension de la kaliémie. Lithium: diminution de l'excrétion de lithium. Insuline, antidiabétiques oraux: réactions hypoglycémiques. AINS: atténuation de l'effet hypotenseur d'Enatec®. Liste: B. Pour les informations complètes, voir le Compendium Suisse des Médicaments.

Vous trouverez d'autres informations sur Enatec® à l'adresse de notre Service Littérature: medizinschweiz@mepha.ch

Mepha Pharma SA, CH-4147 Aesch/BL, Tél. 061 705 43 43, Fax 061 705 43 85, www.mepha.ch



ALLERGIQUE?

Il existe un remède radical pour soigner votre allergie envers les banquiers: le **crédit d'investissement** de la Banque Migros. Que vous souhaitiez ouvrir votre cabinet médical ou simplement mieux vous équiper, consultez d'urgence les taux les plus attractifs du marché.

5% l'an net

Maintenant, si le remboursement de votre crédit bancaire actuel vous provoque de l'urticaire, vous pouvez aussi l'échanger contre un crédit plus avantageux de la Banque Migros, sans aucuns frais de dossier. Appelez-nous au **021 321 11 11** et regardons ensemble la solution la plus appropriée pour démarrer votre projet sans que ça vous démange!

BANQUEMIGROS