

COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

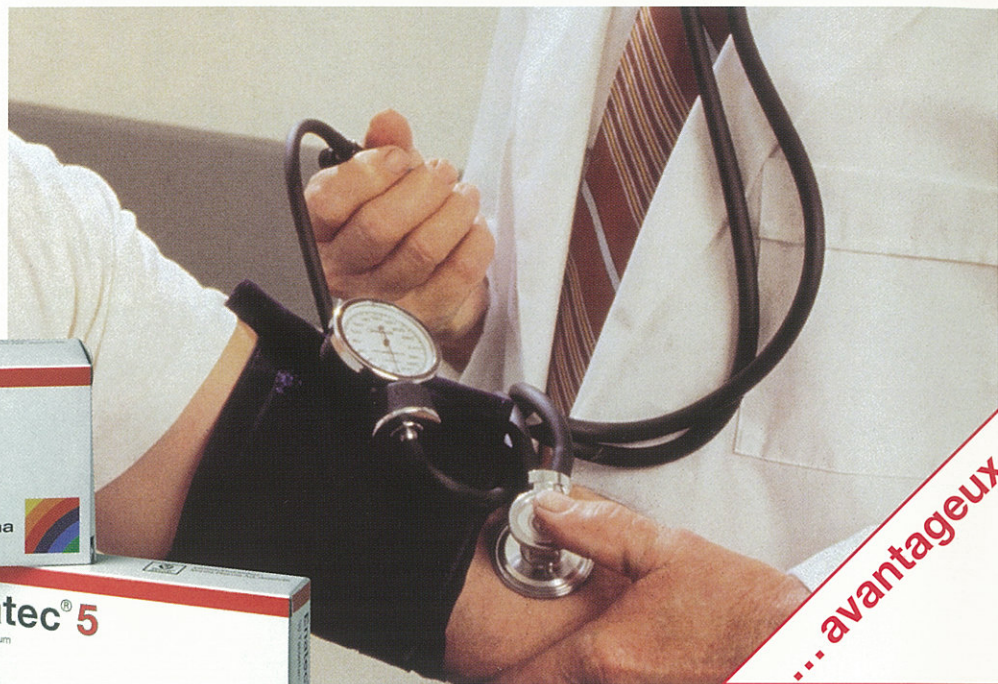
***Ménopause et santé:
ce que les femmes
doivent savoir***

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

8
DÉC.
2000

NOUVEAU

La différence:
premier de classe, éprouvé et...



...avantageux

Pour plus d'informations sur Enatec® veuillez contacter
notre Service-Littérature: med-wissch@mepha.ch



Admis aux caisses dès 1^{er} juillet 2000!

Enatec® (énalapril)

Le premier générique des classiques
pour abaisser efficacement
l'hypertension artérielle.

mepha



Les médicaments aux prix comprimés

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

Caractéristique brève Enatec®

C: Les comprimés Enatec-5, -10, -20 contiennent resp. 5 mg, 10 mg ou 20 mg de maléate d'énalapril, excipients pro compresso. **I:** Traitement de tous les degrés de l'hypertension essentielle et rénovasculaire, et de l'insuffisance cardiaque symptomatique; prévention de l'insuffisance cardiaque symptomatique par traitement de la dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique avec fraction d'éjection < 35%. **P: Posologie usuelle:** hypertension au début 10 mg 1 fois par jour dans l'hypertension discrète (autres degrés 20 mg; dose journalière maximale 40 mg); dose d'entretien 20 mg 1 fois par jour. *Hypertension rénovasculaire:* au début 5 mg ou moins 1 fois par jour, adaptation de la dose aux besoins du patient, la plupart du temps 20 mg 1 fois par jour. *Insuffisance cardiaque symptomatique/dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique:* au début 2,5 mg 1 fois par jour, augmentation jusqu'à 20 mg sur 2-4 semaines. **Indications posologiques spéciales** pour vieillards et dans l'insuffisance rénale: v. Compendium Suisse des Médicaments. **CI:** Hypersensibilité à l'égard de l'énalapril ou des adjuvants; anamnèse d'œdème angioneurotique sous inhibiteurs de l'ECA. **EI:** Vertiges, céphalées, toux, fatigue, asthénie, hypotension (orthostatique), syncope, nausée, diarrhée, crampes musculaires, exanthèmes, troubles de la fonction rénale, insuffisance rénale, oligurie, réactions d'hypersensibilité, œdème angioneurotique. Très rares: infarctus du myocarde, accident cérébrovasculaire, angor, arythmies, problèmes digestifs, nerveux centraux, psychiques et cutanés. **IA:** Autres antihypertenseurs, bêtabloquants, méthylodopa, antagonistes du calcium: potentialisation de l'effet hypotenseur. Potassium, diurétiques à épargne potassique: ascension de la kaliémie. Lithium: diminution de l'excrétion du lithium. Insuline, antidiabétiques oraux: hypoglycémie. **AINS:** diminution de l'effet hypotenseur d'Enatec.

Pour de plus amples informations, prière de consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

Editorial

Rien n'est simple, tout se complique

Che(è)r(e)s collègues,

Il devient de plus en plus difficile de prévoir le développement de notre activité professionnelle dans le futur..

Encore un gynécologue jouant les Cassandres à propos du TarMed, penserez-vous.

Eh bien, pas du tout, car il s'agit simplement de se positionner vis-à-vis de la substitution hormonale!

Hier, tout était simple, l'action des hormones sexuelles féminines, en particulier des œstrogènes, était pratiquement miraculeuse, sans risque ou si peu... La substitution hormonale était non seulement favorable pour le confort psychique, cela on le savait depuis longtemps, mais encore pour l'os, le système vasculaire et le cerveau.

Aujourd'hui, tout ou presque semble remis en question. L'ombre du cancer du sein, avec un risque augmenté chez les femmes substituées, plane, la protection vasculaire n'est plus aussi évidente, même l'ostéoporose n'est plus prévenue, mais déplacée dans le temps ; quant à la maladie d'Alzheimer, il nous manque de véritables études comparatives.

Dès lors, le praticien est en droit de se demander ce qu'il prescrira demain. Se tournera-t-il vers les phytohormones et des approches moins traditionnelles? Ne privilégiera-t-il pas plutôt une substitution plus personnalisée en acceptant certains risques?

Ce Courrier du Médecin Vaudois n'apporte pas de solutions toutes faites à ces interrogations, mais certains des articles qui suivent devraient apporter un léger éclairage sur l'importance et les conséquences de ces questions.

D^r Jean-Marc Lambercy
Président du GVG

Sommaire

1

Editorial

2

Dossier

Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause augmentent le risque du cancer du sein.

Un partenariat entre santé publique et médecins libres praticiens.

Dépistage du cancer du sein et consentement éclairé: rôle du médecin.

Hormonothérapie et système cardio-vasculaire.

Le traitement de l'ostéoporose, un nouveau défi.

10

Actualité

Le système de santé ces cinq prochaines années

14

Courrier

19

Calendrier
médical vaudois

**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions

N° 1/2001
8 février 2001
(délai rédactionnel:
15 décembre 2000)

N° 2/2001
30 mars 2001
(délai rédactionnel:
16 février 2001)

Dossier

Les traitements hormonaux substitutifs de la ménopause augmentent le risque du cancer du sein

En 1997, le *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer* avait revu et analysé 51 études épidémiologiques comparant 52 705 femmes atteintes d'un cancer du sein à 108 411 femmes sans cancer du sein. Il avait alors démontré qu'il existait une relation étroite entre ce cancer et l'utilisation d'une hormonothérapie substitutive de la ménopause¹.

Les auteurs avaient rapporté que ce risque augmentait de 1.023 (95% CI, 1.01-1.03) par année de traitement s'il avait duré de 1-4 ans, et de 1.35 (95% CI, 1.21-1.49) si celui-ci avait duré plus de 5 ans. Ils avaient constaté que pour 1000 femmes, le nombre de cancers du sein augmentait de 2, 6 et 12 après respectivement 5, 10 et 15 ans de substitution. Il n'a cependant pas été précisé si les femmes avaient reçu des œstrogènes seuls ou combinés à un progestatif. Il ne ressortait pas non plus que ce risque augmenté résultait d'un effet biologique direct des hormones plutôt que d'un meilleur dépistage.

En janvier de cette année, Catherine Schairer et des collaborateurs du *National Cancer Institute* publiaient dans *JAMA* une étude conduite chez 46 355 femmes postménopausées. Ils montraient que l'utilisation récente d'œstrogènes seuls ou combinés augmentait le risque relatif de développer un cancer du sein de respectivement 20% (RR = 1.2; 95% CI, 1.0-1.4) et 40% (RR = 1.4; 95% CI, 1.1-1.8), ce risque s'accroissant de 1% par année d'utilisation des œstrogènes seuls et de 8% par année d'utilisation d'un traitement combiné ($p = 0.02$)².

Un besoin net de discernement

Cette deuxième observation n'étant pas statistiquement significative, il importe de la relativiser. Une étude suédoise parue l'an passé avait montré que l'élévation du risque imputable aux progestatifs ne s'observait qu'avec des dérivés de la testostérone couramment utilisés aux Etats-Unis et

dans plusieurs pays européens (pas en Suisse), alors que la prescription de dérivés directs de la progestérone n'augmentait pas ce risque³. Ni le *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer*, ni Schairer ne nous renseignent sur les progestatifs prescrits, on peut en déduire qu'il s'agissait de dérivés de la testostérone, ces deux études ayant été conduites aux Etats-Unis.

Au mois de juin 2000 enfin, Li et coll. du *Fred Hutchinson Cancer Research Center* de Seattle rapportaient que 6 mois d'hormonothérapie de substitution augmentaient le risque de cancer lobulaire invasif, mais pas celui de carcinome canalaire invasif⁴. Cette observation avait déjà été faite par Bonnier et coll. en 1995⁵ et par O'Connor et coll. en 1998⁶.

Les patientes sont en droit de savoir

Toute publication pointant le doigt sur le risque de cancer du sein dû au traitement hormonal substitutif fait monter aux barricades les champions de la ménopause. Ils relativisent alors les résultats, voire mettent en pièces les auteurs, arguant de biais et de risques «mineurs»... Quand je lis, sous la plume de H. Rozenbaum, que le pronostic des cancers du sein apparus sous traitement substitutif est «meilleur» que celui des cancers survenant spontanément, je ne peux m'empêcher de penser que seul un homme peut parler aussi légèrement d'un cancer qui n'a somme toute que peu de risques de le concerner⁷! Les patientes sont en droit de connaître les

risques qu'elles encourent et les docteurs le devoir de les connaître. *Primum non nocere.*

*Dr Jean-François Delaloye, ME
Département de gynécologie
obstétrique, CHUV, Lausanne*

Références

¹ Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. *Breast Cancer and hormone replacement therapy: collaborative reanalysis of data from 51 epidemiological studies of 52 705 women with breast cancer and 108 411 women without breast cancer.* Lancet 1997; 350: 1047-1059.

² Schairer C., Lubin J., Troisi R., Sturgeon S., Brinton L., Hoover R. *Menopausal estrogen and estrogen-progestin replacement therapy and breast cancer risk.* JAMA 2000, 283: 485-491.

³ Magnusson C., Barron J. A., Correia N., Bergtröm R., Adami H. O., Persson I. *Breast cancer risk following long-term estrogen and estrogen-progestin replacement therapy.* Int. J. Cancer 1999; 81: 339-344.

⁴ Li C. I., Weiss N. S., Stanford J. L., Daling J. R. *Hormone replacement therapy in relation to risk of lobular and ductal breast carcinoma in middle-aged women.* Cancer 2000; 88: 2570-2577.

⁵ Bonnier P., Romain S., Giacalone P. L., Lafargue F., Martin P. M., Piana L. *Clinical and biologic prognostic factors in breast cancer diagnosed during postmenopausal hormone replacement therapy.* Obstet. Gynecol. 1995; 85:11-17.

⁶ O'Connor I. F., Shembekar M. V., Shousha S. *Breast carcinoma developing in patients on hormone replacement therapy: a histological and immunobitological study.* J. Clin. Pathol 1998; 51:935-938.

⁷ Rozenbaum H. *Thérapeutique hormonale substitutive et risque accru de cancer du sein? L'opinion de l'Association française pour l'Etude de la Ménopause (AFEM).* Ann. Endocrinol. 2000; 61: 108-109.



Le dépistage du cancer du sein dans le canton de Vaud

Un partenariat entre santé publique et médecins libres praticiens

Voilà plus de 18 mois qu'a débuté la phase généralisée du programme vaudois de dépistage du cancer du sein par mammographie. C'est l'aboutissement d'une démarche initiée en 1993 par le lancement d'un projet pilote dans les districts d'Aigle, Aubonne et Morges.

Son but était de confirmer que ce qui est possible dans les pays de l'Union européenne l'est aussi dans le contexte vaudois, à savoir proposer aux femmes concernées une mammographie de dépistage de bonne qualité et parvenir à ce qu'une majorité d'entre elles acceptent de s'y soumettre. Même s'il se trouve encore des voix pour la contester, cette stratégie, qui repose sur le principe qu'un diagnostic précoce, augmente les chances de guérison, est la seule qui permette d'éviter qu'un certain nombre de Vaudaises décèdent du cancer du sein dans les prochaines années. Ce projet constituait une première suisse et a pu

être réalisé grâce au soutien financier de l'Etat de Vaud et des Ligues suisse et vaudoise contre le cancer. Son bilan favorable, établi fin 1998, a permis d'étendre le dépistage à l'ensemble du territoire vaudois. Dans la foulée, les cantons de Genève et du Valais lançaient en 1999 leur propre programme de dépistage.

50 cancers dépistés en 15 mois

Bien qu'il soit encore trop tôt pour faire un bilan de la généralisation, l'analyse des premiers résultats permet de dégager quelques tendances. Tout d'abord, il est rassurant de constater que le dépistage organisé du cancer du sein est opérationnel et que les étapes successives se déroulent sans accroc. Le preuve est ainsi faite qu'il est possible chez nous d'organiser sur une grande échelle un dépistage systématique du cancer du sein chez les femmes de 50 ans et plus. Pourtant, les obstacles étaient réels. Ainsi, l'introduction du dépistage systématique du cancer du sein a rendu un peu plus compliquée l'offre en matière de radiologie du sein, puisqu'il faut à présent distinguer entre mammographie diagnostique, mammographie de contrôle et mammographie de dépistage. Sur le plan de la performance, les premiers chiffres dont nous disposons semblent indiquer que la qualité obtenue pendant le projet pilote se maintient en phase de généralisation. L'impact se confirme également, plus de 50 cancers ayant été dépistés durant les 15 premiers mois de la généralisation. Seule ombre au tableau: trop peu de femmes participent au programme. En effet, à ce jour, leur nombre est nettement inférieur à celui enregistré pendant la phase expérimentale du programme.

Les patientes craignent de savoir

Comment expliquer ce constat? Il est probable que l'introduction d'une participation des bénéficiaires au paiement de la mammographie ait joué un rôle important. En effet, pendant la phase pilote du programme, la mammographie de dépistage était gratuite; depuis la généralisation, elle est remboursée par l'assurance maladie. Cela signifie, pour de nombreuses femmes, le paiement intégral de la mammographie de dépistage (140 fr.) lorsqu'elles ont une franchise élevée et qu'elles ont peu de frais médicaux. Il est probable que, dans ces conditions, plusieurs personnes renoncent au dépistage. D'autres, au contraire, considérant la faible différence de prix, préfèrent peut-être payer le tarif de la mammographie diagnostique (entre 250 et 300 fr.) et bénéficier d'une prestation plus personnalisée. On note également, parmi les femmes qui renvoient le coupon-réponse joint à l'invitation, que plusieurs d'entre elles n'y donnent pas suite, comme si répondre favorablement constituait à leurs yeux un acte d'infidélité à leur médecin. Enfin, une dernière cause importante de non-participation que l'on retrouve



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

**Parasitologie
Coprologie**



ANALYSES MEDICALES SERVICES SA
Rue du Liseron, 5 CH - 1006 Lausanne-Ouchy
Tél: 41 21/ 617 41 44 Fax : 41 21 / 617 50 72

**Endocrinologie
Oncologie**

**Hématologie
Hémostase**

**Chimie clinique
Immunologie**

**LABORATOIRES
AMS & MNS**

Vous soignez, nous analysons...

**Microbiologie
Sérologie**

**Anatomo-
pathologie**

Cytologie

**Génétique
médicale**

**Test de
filiation**



**LABORATOIRE MNS
Succursale d'AMS**

72, Avenue de la Roseraie CH - 1205 Genève
Tél: 41 22/ 704 0 704 Fax : 41 22 / 704 0 710

partout ailleurs est la crainte que suscite chez la femme la perspective qu'on lui annonce la présence d'une anomalie sur la mammographie de dépistage.

Mammographie bientôt exemptée de la franchise

L'obstacle financier que constitue le remboursement partiel de la mammographie de dépistage devrait être levé dès l'année prochaine grâce à la révision de la LAMal, par laquelle le Conseil fédéral pourra exempter la mammographie de dépistage de la franchise. Mais ceci ne suffira pas à assurer le succès du dépistage. Celui-ci passe par l'implication du corps médical dans son organisation afin de surmonter les quelques réticences des patientes évoquées ci-dessus.

Le médecin, un conseiller

Comme le rappelle le médecin cantonal dans son message reproduit ci-dessous, la première mission du médecin consiste non seulement à encourager ses patientes à se soumettre au dépistage, mais aussi à leur expli-

quer, dans les termes les plus appropriés, les avantages et les limites de ce dépistage et à s'assurer qu'elles ne présentent aucune crainte qui justifierait la réalisation d'une mammographie diagnostique en lieu et place d'une mammographie de dépistage. Son rôle ne s'arrête pas là. Une fois la mammographie réalisée, si celle-ci ne montre aucune anomalie, c'est au médecin de maintenir la vigilance de sa patiente en s'assurant qu'elle renouvellera la mammographie après deux ans et en l'encourageant, si elle y est préparée, à pratiquer l'auto-examen mensuel des seins.

Lorsque au contraire, la mammographie de dépistage a montré une anomalie, il apportera à sa patiente l'appui psychologique qui lui permettra d'affronter dans les meilleures dispositions cette épreuve. Dans ce type de situation, l'apport du médecin est en effet prépondérant. Sa disponibilité, sa capacité de répondre aux questions que pose sa patiente, voire de les anticiper, permettront à celle-ci de faire face à l'anxiété que provoque iné-

luctablement un tel événement. Enfin, il veillera à ce que les investigations nécessaires soient pratiquées dans les plus brefs délais et, en cas de confirmation de cancer, il s'assurera que le traitement instauré soit adapté aux caractéristiques de sa patiente, accepté par elle et mis en route le plus rapidement possible.

Ceci montre à quel point la prise en charge des patientes par leur médecin, en aval du dépistage, est tout aussi essentielle que le dépistage lui-même. La qualité du dépistage, de même que son impact sur la mortalité induite par le cancer du sein, dépendent donc de la manière dont le praticien s'investit dans son rôle. Par son intervention, ce dernier apporte au dépistage la personnalisation que, par nature, ne peut assurer le programme. Son apport au dépistage est complémentaire de celui du programme et non concurrent. C'est l'occasion pour le praticien de valoriser son rôle au travers de la qualité de la relation qu'il peut instaurer et entretenir avec ses patientes.

D^r Jean-Pierre De Landtsbeer

Dépistage du cancer du sein et consentement éclairé: rôle du médecin

Ce dossier du CMV est l'occasion d'attirer votre attention sur l'un des rôles qui est dévolu au médecin.

En effet, l'ordonnance fédérale du 4 juillet 1997, qui prévoit la prise en charge de la mammographie de dépistage par l'assurance maladie obligatoire, précise que chaque personne invitée au dépistage doit bénéficier d'un «entretien explicatif et de conseils avant la première mammographie avec un fournisseur de prestations».

Cette exigence reflète la volonté du législateur que chaque femme concernée dispose de l'information nécessaire avant de décider de la suite qu'elle réservera à l'invitation. Pour se conformer à ces instructions, la *Fondation pour le dépistage du cancer du sein* recommande systématiquement aux per-

sonnes qu'elle contacte de consulter au préalable le médecin de leur choix afin que celui-ci leur présente les caractéristiques, avantages et limites du dépistage par mammographie. Le classeur consacré au dépistage du cancer du sein – que chacun d'entre vous a reçu – contient un chapitre qui traite dans le détail ces aspects.

J'aimerais ici soutenir cette démarche de la Fondation. Comme ses responsables, je crois que nul n'est mieux placé que vous pour procéder à l'information la plus complète possible, qui soit adaptée au profil socio-économique, culturel et psychologique de vos patientes, dans le cadre de la consultation médicale. Pour être efficace, la démarche requiert deux conditions fondamentales:

- d'abord, il importe que chacun d'entre vous soit sensibilisé à la responsabilité qui lui est confiée et qu'il accepte de l'assumer,

- par ailleurs, chaque médecin doit avoir, sous la main si je puis dire, le contenu des messages à communiquer aux patientes qui font appel à lui.

Cette information s'intègre dans le cadre d'une consultation consacrée à un contrôle de santé gynécologique, ou général, ou au cours d'une affection médicale. La consultation devrait également être l'occasion pour le médecin de s'assurer que sa patiente est asymptomatique et, en particulier, qu'elle ne présente pas de nodule palpable au niveau des seins. Lorsque ce n'est pas le cas, il vous appartient d'expliquer à la patiente qu'elle doit pratiquer une mammographie diagnostique et non de dépistage.

Merci de votre attention à ces éléments, dans l'optique de remplir ce rôle au mieux des intérêts de vos patientes.

D^r Jean Martin, médecin cantonal

Hormonothérapie et système cardio-vasculaire

A l'origine, l'espoir que le traitement hormonal substitutif (THS) puisse avoir des effets favorables sur le système cardio-vasculaire est né d'études épidémiologiques comparatives sur l'incidence des maladies cardio-vasculaires (MCV) chez l'homme et la femme.

De ces études, il ressortait qu'avant la ménopause, les femmes ont moins de maladies cardio-vasculaires (MCV) que des hommes du même âge. L'incidence des MCV tend par contre à devenir semblable chez les deux sexes après l'âge de la ménopause. Logiquement donc, l'hypothèse a été formulée que le THS peut prolonger au-delà de la ménopause cette protection relative contre les MCV dont les femmes profitent avant la ménopause.

L'optimisme des études «cohorte»

Les premières études de cohorte, telle que notamment l'étude des «infirmières Américaines»¹ ont apporté des résultats très encourageants. Grodstein et col.¹, par exemple, ont noté chez les femmes recevant un THS un risque relatif de MCV ischémique largement plus bas que le risque théorique (Table 1). Ces auteurs, par contre, n'ont pas observé d'association entre attaques cérébrales et THS¹.

Les effets des œstrogènes sur le système cardio-vasculaire et le risque de MCV ischémique a tout d'abord été lié à l'effet en apparence favorable exercé par les œstrogènes sur les lipides². Plus récemment, par contre, il est apparu que l'augmentation des HDL ne joue qu'un rôle mineur dans les effets cardio-protecteurs du THS. On privilégie plutôt aujourd'hui deux types d'effets que les œstrogènes exercent directement sur les vaisseaux³. D'une part, les œstrogènes ont un effet vasodilatateur rapide probablement lié à une action non génomique exercée directement au niveau de la membrane cellulaire. D'autre part, les œstrogènes exercent des effets à long terme sur les vaisseaux qui inhibent la réponse aux insultes physiques et chimiques subies par les vaisseaux. Ces derniers effets, qui sont de nature génomique, requièrent l'activation des récepteurs aux œstrogènes (ER).

La nature des effets vasculaires des progestatifs est par contre plus incertaine. Très tôt, des études conduites chez le primate ont laissé craindre que

certains progestatifs puissent annuler tout ou partie des effets bénéfiques exercés par les œstrogènes. Les optimistes pensaient cependant que les effets favorables des œstrogènes sur les vaisseaux (tels notamment ceux observés au Doppler) l'emporteraient et que le résultat final des effets vasculaires du THS combiné serait globalement positif.

Mécomptes des études prospectives de prévention secondaires

Récemment, au moins deux études^{4, 5} ont montré l'absence d'effet favorable du THS sur le risque de récursive de MCV ischémique chez des femmes ayant déjà une MCV documentée (prévention secondaire). Ces résultats, contraires à l'attente des cliniciens, ont fait froid dans le dos. Qu'en est-il vraiment, en fait? Beaucoup de cliniciens que ces études ont laissés perplexes ne savent plus que faire chez une femme souffrant ou ayant un risque sérieux de MCV. Est-on passé d'un désir de «prévenir» les MCV par le THS à la crainte que le traitement puisse induire un cours défavorable à la MCV?

En cas de risques MCV, œstrogènes non oraux

L'étude «HERS» et celle publiée cette année par Herrington et col. ont en commun d'avoir été conduites aux Etats-Unis et d'avoir toutes deux utilisé des œstrogènes conjugués équilibrés (CEE) administrés par voie orale. Ce que nous connaissons des conséquences métaboliques de la surcharge

hépatique liée à l'administration orale nous amène à penser qu'une partie des mécomptes de ces études prospectives de prévention secondaires résulte de l'administration orale d'œstrogènes. En particulier, il est fortement supputé aujourd'hui que l'activation de la coagulation, si minime soit-elle, peut avoir des conséquences néfastes chez certaines femmes. Il serait donc possible qu'une œstrogénothérapie administrée par voie non orale aurait eu des effets différents sur les MCV. La prudence veut en tout cas, au vu des études récentes sur la prévention secondaire des MCV, que seuls des œstrogènes non oraux soient administrés en cas de MCV établie ou de risque cardio-vasculaire. Une autre possibilité est que des effets vasculaires bénéfiques du THS sur le risque de MCV ischémique (prévention primaire) ne se transposent pas en une prévention secondaire, dans les cas où la MCV ischémique est déjà installée. En effet, il est possible que, dans ces cas, la MCV ischémique soit déjà devenue, en quelque sorte, autonome.

Un autre facteur susceptible d'expliquer les résultats négatifs de l'étude «HERS», serait un choix peu judicieux du progestatif, le MPA. En effet, bien que le MPA ait été utilisé depuis longtemps et que son efficacité à prévenir le risque d'hyperplasie endométriale ne soit pas remise en doute, on sait aujourd'hui que cette molécule peut avoir des effets non-génomiques pervers sur les vaisseaux.

Progestérone administrée par voie vaginale

Une étude à paraître en décembre 2000 (Rosano et coll.; J. Am. College Cardiology 2000, in press) montre en effet, des résultats bien différents de ceux de l'étude «HERS» lors d'administration d'œstrogènes et de progestérone vaginale. Dans cette étude, la progestérone administrée par voie vagi-

Table 1 THS et MCV

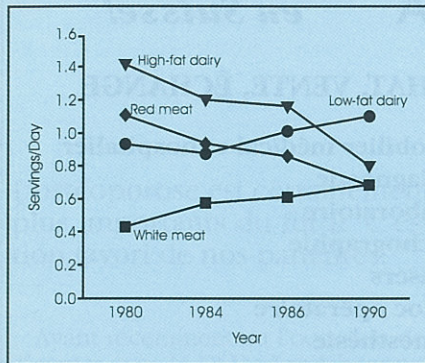
Risque relatif (RR) et intervalle de confiance (CI) de MCV ischémique chez des femmes recevant un THS fait d'œstrogènes conjugués (CEE) ou œstrogènes conjugués et progestatif (CEE-MPA).

	CEE	CEE-MPA
RR (CI)	0.60 (0.43, 0.83)	0.30 (0.19, 0.78)

D'après Grodstein et coll.

Modification des facteurs de risque

Evolution des facteurs alimentaires



Evolution des facteurs de risques

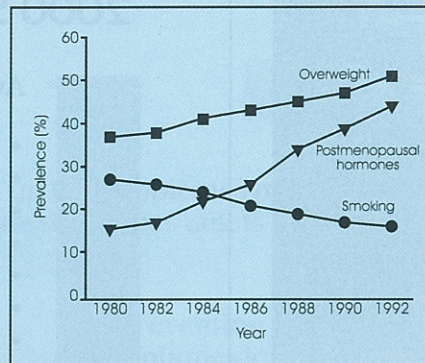


Fig. 1 et 2. – Evolution des facteurs de risque. Récemment, il a été observé une diminution notable des facteurs de risque classiques A et alimentaires B qui se traduit maintenant par une diminution des MCV ischémiques.

nale exerce même des effets vasculaires favorables chez des femmes présentant un angor symptomatique. Rosano et coll. ont montré une augmentation du temps pendant lequel l'exercice peut être poursuivi avant la survenue d'ischémie (sous-dénivellement S-T). La différence entre les effets de la progestérone sur les vaisseaux et ceux du MPA trouve probablement son explication dans une divergence drastique des effets non génomiques exercés sur la membrane cellulaire par ces deux molécules. Alors que les métabolites de la progestérone se lient au récepteur membranaire GABA-A et stabilisent la membrane, ceux du MPA en sont incapables. Il est donc possible qu'une action vasodilatatrice de la progestérone exercée par l'intermédiaire du récepteur GABA-A soit opposée à d'éventuels effets vasoconstricteurs du MPA.

Dans le doute, préférer une option thérapeutique physiologique

On a vu que les premières études cliniques prospectives de protection secondaire contre la MCV ischémique ne confirment pas les effets bénéfiques escomptés à partir des études d'observation. Il convient donc d'exercer la plus grande prudence quand un THS est initié chez une femme souffrant de MCV avérée.

Chez ces femmes, comme chez toutes les femmes à risque, la solution la plus sûre consiste à proposer un THS exclusivement non oral utilisant exclusivement des hormones physiologiques (E2 et progestérone). Pratiquement, un traitement substitutif «physiologique»⁵ peut être conduit comme décrit dans la table 2. L'avenir dira si des effets vasculaires apparemment bénéfiques de la progestérone administrée par voie non orale (Rosano et

al., 2000 in press) sont confirmés par d'autres études et se traduisent par une baisse des accidents vasculaires. Dans l'intervalle, l'obligation de prudence commande que nous ayons d'abord la certitude que le traitement entrepris soit absolument inoffensif. Il est admissible par contre de ne pas être certain que le traitement hormonal physiologique ait un effet cardio-vasculaire favorable pour tous.

Enfin, il faut reconnaître que d'autres facteurs que les hormones sont susceptibles d'influer sur l'incidence des MCV ischémiques et, notamment, les facteurs de risques et alimentaires qui peuvent varier beaucoup d'un sexe à l'autre. Notons aussi les changements récents des facteurs de risques et alimentaires (diminution du risque) observés récemment (Fig. 2 A et B).

Une conclusion en demi-teinte

A regret, nous devons constater aujourd'hui que les effets des THS les plus utilisés aux Etats-Unis, CEE et MPA, se sont avérés ne pas procurer le bénéfice cardio-vasculaire attendu. Il est possible que ces mécomptes résultent de la nature du progestatif utilisé, le MPA et de l'administration des

œstrogènes par voie orale. Dans des études Doppler, nous avons observé que les progestatifs de synthèse tels que MPA et NETA et l'administration non orale de progestérone avaient des effets vasculaires différents^{6,7}. Alors que les progestatifs de synthèse s'opposent partiellement aux effets des œstrogènes, ce n'est pas le cas de la progestérone administrée par voie vaginale. Par conséquent, la prudence commande de n'avoir recours qu'à de l'E2 et de la progestérone administrée par voie non orale en cas de risque cardio-vasculaire important. Cette option physiologique (E2 non oral et progestérone vaginale) offre au moins, l'assurance que le traitement hormonal entrepris n'occasionnera aucune complication et laisse espérer qu'il sera même favorable chez beaucoup.

Dr Dominique de Ziegler, Nyon

Références:

- Grodstein F., Stampfer M. D., Manson J. E., Colditz G. A., Willet W. C., Rossner B., Speizer F. E., Hennekens C. H. *Postmenopausal Oestrogen and Progestin Use and the Risk of Cardiovascular Disease*. NEJM 1996; 335:453-61.
- Bush T. L., Barrett-Connor E., Cowan L. D., et al. *Cardiovascular mortality and noncontraceptive use of oestrogen in women: results from the Lipid Research Clinics Program Follow-up Study*. Circulation 1987; 75:1102-9.
- Hulley S., Grade D., Bush T., Furberg C., Herrington D., Riggs B., Vittinghoff E. *Randomized trial of oestrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women*. Heart and Oestrogen/progestin Replacement Study (HERS) Research Group.
- Herrington D. M., Reboussin D. M., Brosnihan K. B., Sharp P. C., Shumacker S. A., Snyder T. E., Furberg C. D., Kowalchuk G. J., Stuckey T. D., Rogers W. J., Givens D. H., Waters D. *Effects of oestrogen replacement on the progression of coronary-artery atherosclerosis*. NEJM 2000; 343:572.
- De Ziegler D. *Vaginal Progesterone: From IVF to menopause*. The Journal of the Bellevue OB Gyn. Society. 2000; 16:69-72.
- De Ziegler D., Bessis R., Frydman R. *Vascular resistance of uterine arteries: physiological effects of estradiol and progesterone*. Fertil Steril 1991; 55:775-9.
- De Ziegler D. *Effects of progestins on vascular tone*. Fertil Steril 1993; 60:590-1.

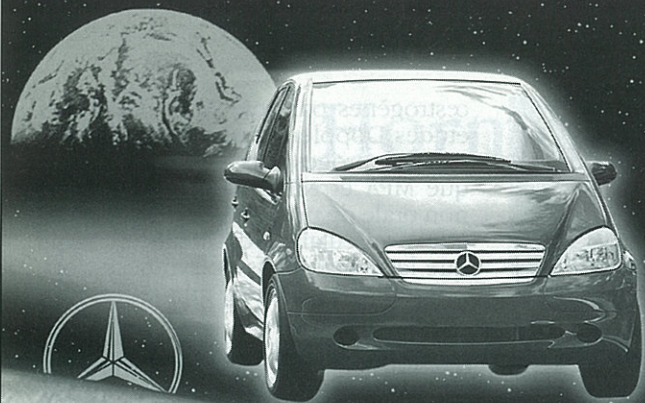
Table 2

Traitement hormonal physiologique (E2 transcutané et progestérone vaginale)

	Type	Produit	Dose
Estrogen	E2 transdermique	Estraderm (+autres)	0.05 mg/jour
	E2 percutané	Oestrogel (+ autres)	1.5g - 3g de gel/jour
Progestérone	Progestérone vaginale	Utrogestan	1 cp le soir dans le vagin, 10 jours/mois.
		Crinone 4%	1 applicateur/jour de 1.125 g de gel (45 m)

D'après de Ziegler, 2000.

Mercedes-Benz Classe A



dès **Fr. 25'750.- net**
y compris 4 airbags, ABS, ESP, etc.
Garantie 3 ans et services gratuits jusqu'à 100'000 km.

Garage de l'Etoile SA

Lausanne-Renens, route de Cossonay 101, tél. 021/633 02 02

Garage Auto-Rives SA

Morges, rue de Lausanne 45, tél. 021/804 53 00



Garage de la Riviera SA

La Tour-de-Peilz, route de St-Maurice 233, tél. 021/977 05 05

Garage de la Plaine

Yverdon-les-Bains, rue de la Plaine 65, tél. 024/423 04 64

B

BIOTOP

2000 SA

*Le Numéro 1
de l'occasion
médicale
en Suisse!*

ACHAT, VENTE, ÉCHANGE

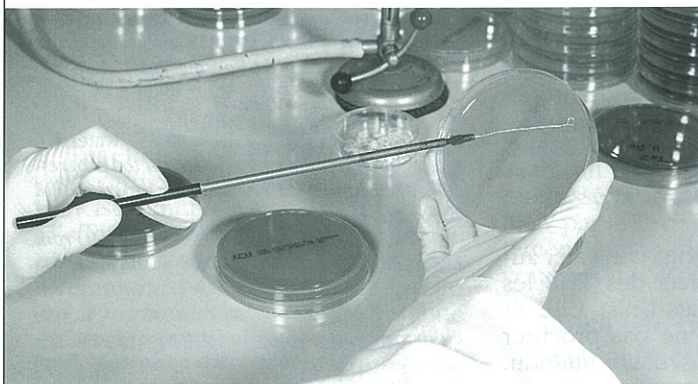
- Mobilier médical et hospitalier
- Diagnostic
- Laboratoire
- Echographie
- Lasers
- Bloc opératoire
- Anesthésie
- Endoscopie
- Radiologie
- Instrumentation
- Etc.

**Demandez notre liste d'articles
Soumettez-nous votre offre
Visitez nos 300 m² d'exposition**

BIOTOP 2000 SA

Champs-Courbes 1 • CH-1024 Ecublens
Tél. 021/691 22 12 • Fax 691 44 11
E-mail: biotop@worlcom.ch

Notre métier ?



détection des maladies infectieuses
diagnostics en cytopathologie clinique
analyses biochimiques
analyses hématologiques
dosages immunologiques

L'aide au diagnostic.

Institut de biologie médicale et laboratoire de diagnostic microbiologique, Biomédilab vous offre une palette d'analyses très large. Cette polyvalence est le résultat cumulé d'années d'expérience dans différents domaines, qui nous ont permis d'acquérir une reconnaissance pour l'ensemble de nos activités.



Biomédilab

Biomédilab - Microbion
Institut de biologie médicale
et laboratoire de diagnostic microbiologique

4, avenue Tissot - 1006 Lausanne - Tél. 021 / 321 40 00

Le traitement de l'ostéoporose, un nouveau défi

L'ostéoporose est certainement l'un des problèmes médicaux les plus importants du futur. C'est aussi l'un des sujets d'interrogation favori de nos patientes.

Ayant récemment eu l'occasion de présenter avec le Dr De Landsheer un exposé en public concernant le cancer du sein et son dépistage d'une part et l'ostéoporose d'autre part, j'ai été relativement surpris de constater combien ce sujet semblait intéresser bien davantage l'auditoire.

Comme gynécologue, le dépistage fait partie de mon quotidien de praticien et l'ostéoporose en fait partie également. En effet, dans ma consultation de tous les jours, je rencontre des femmes totalement asymptomatiques sur ce plan, mais qui sont potentiellement à risque.

Paradoxalement, la LaMal dont un des piliers est justement la prévention, ne prend en charge les moyens de diagnostic que dans le cas d'une ostéoporose avérée. Il est vrai qu'avec cette loi, on n'en est plus à un paradoxe près.

Une bonne anamnèse, un examen clinique sont certainement très utiles, mais le meilleur moyen de dépistage précoce est la densitométrie par DEXA; cet examen est relativement cher et surtout à la charge de nos patientes s'il ne met pas en évidence une ostéoporose avérée.

Une prévention qui implique des choix

Un examen par ultrasons peut se révéler utile. Il est certes moins précis, ne teste pas la zone la plus sensible, soit le rachis, mais il est moins cher et devrait par là, dans le futur, se positionner comme un instrument possible de dépistage.

Mais une fois cette population à risque identifiée, que lui proposer? La substitution hormonale semblait idéale jusqu'à hier, efficace et relativement bon marché, mais aujourd'hui se profile le risque augmenté de cancer du sein, car pour être efficace pour l'os, la substitution devrait se poursuivre longtemps, pour ne pas dire à vie.



Jeudi de la Vaudoise

25 janvier 2001

Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

Diabète: nouvelles orientations thérapeutiques

Organisation: Dr Juan Ruiz, Division d'endocrinologie
Professeur Gérard Wäber, Département de médecine interne

- 9 h-9 h 30 Importance de l'hyperglycémie post-prandiale
Dr Juan Ruiz
- 9 h 30-10 h Stratégie thérapeutique du diabète de type 2
Professeur Gérard Wäber
- 10 h-10 h 30 Pause
- 10 h 30-12 h Séminaires interactifs
Tuteurs: Dr Charly Buillard, Valdo Chabot, Enzo Fontana, François Kuntschen, François Pralong, Juan Ruiz, Claude Schonenweid, Dresses Isabelle Hagon-Traub, Anne Zanchi.

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

Faut-il se tourner vers d'autres substances du type Tibolone ou les Serm qui semblent à ce jour ne pas présenter les risques des œstrogènes, mais qui n'en présentent pas tous les avantages... Il s'agit donc plutôt de médicaments de seconde intention pour le gynécologue confronté à des troubles climatiques.

Toutes ces incertitudes ont finalement des effets négatifs sur la relation que nous avons avec nos patientes, souvent à la pointe de l'information médicale par Internet interposé, et qui se sentent désécurisées devant certaines de nos hésitations. Il n'en reste pas moins que l'ostéoporose, de par le nombre de personnes concernées et les coûts engendrés, représente pour le praticien gynécologue un nouveau défi qu'il se doit de relever.

Dr Jean Marc Lambercy
Lausanne

Actualité

Le système de santé ces cinq prochaines années

Vision de M^{me} Ruth Dreifuss, conseillère fédérale

«Le système de santé ces cinq prochaines années: visions et perspectives.» Tel était le thème de la conférence donnée par M^{me} Ruth Dreifuss, conseillère fédérale, le 30 octobre dernier, à l'Aula des Jeunes Rives, à Neuchâtel, sous l'égide de la Société neuchâteloise de médecine. Le CMV a jugé intéressant pour tous ses membres de prendre connaissance des grandes lignes évoquées par notre ministre de la santé, et de refléter quelques questions et réponses obtenues lors du débat qui s'est ensuivi, ce d'autant plus que cette conférence complète les informations publiées dans le dossier du CMV précédent «Tous au chevet de la santé».

Dans son introduction, M^{me} Dreifuss déclare qu'elle a accepté avec reconnaissance cette invitation.

En ce qui concerne le titre de son exposé, elle estime qu'il n'y a pas besoin aujourd'hui de nouvelles visions, la grande vision étant celle issue de la LAMal, dont l'objectif principal est de garantir une médecine de qualité à tous les habitants de ce pays.

La LAMal est en effet une loi révolutionnaire, car elle garantit enfin à tous les habitants de Suisse des soins de qualité. Il s'agit toutefois de surmonter les problèmes inhérents à une telle révolution, ce qui constitue un véritable défi. M^{me} Dreifuss estime que nous ne sommes plus aujourd'hui, en ce qui concerne l'assurance-maladie au stade des plans, mais plutôt au moment «où l'on pose les rails et où l'on creuse les tunnels».

Pour M^{me} Dreifuss, le besoin de communication avec le corps médical est déterminant, compte tenu de son rôle central de pivot du système de santé (en tant que prescripteur), ce qui explique que le corps médical se trouve aujourd'hui au cœur de la tourmente.

La conseillère fédérale déplore qu'aujourd'hui les acteurs aient pris l'habitude de se rejeter mutuellement la responsabilité à chaque fois que les prix augmentent et finissent généralement par s'entendre pour accuser Berne de tous les maux. Pour elle, tous

les acteurs de la santé ont des devoirs vis-à-vis de la population, au moment où les primes grignotent progressivement le pouvoir d'achat de la classe moyenne.

La LAMal n'est pas la cause du mal

Trop souvent, la LAMal est désignée comme la cause, alors qu'elle n'est que le symptôme d'un mal. Pour l'essentiel, c'est une bonne loi. A titre d'exemple, elle a permis de supprimer la sélection des risques. Ainsi, lors de l'abandon du secteur de base par Vिसana, que serait-il advenu des 120 000 assurés qui ont été ainsi abandonnés? Le caractère obligatoire de l'assurance a permis de gérer naturellement ce cas. En outre, l'augmentation des coûts ne date pas de la LAMal, ni uniquement de l'extension du catalogue des prestations. Enfin, c'est bien la LAMal qui garantit la liberté de choix du médecin et sa liberté thérapeutique; cependant, on ne fait pas usage de toutes les possibilités offertes par la LAMal (HMO, médecins de famille).

L'augmentation des primes pour 2001 est surtout due à l'augmentation du secteur ambulatoire, en partie liée au transfert de l'hospitalisation vers le secteur ambulatoire. Il y a donc lieu d'agir à la fois sur les prix et sur la quantité.

TarMed

Récemment, le TarMed a été présenté par les quatre partenaires concernés au Conseil fédéral et cette démarche constitue un pas décisif dans la bonne direction. Il est dans l'intérêt à terme des partenaires de négocier. Il faudra encore négocier la valeur du point. Dans cette opération, l'Etat intervient peu et attend beaucoup des partenaires. Les partenaires se sont engagés sur la neutralité des coûts, qui doit encore être réglée par convention. Il appartiendra alors au Conseil fédéral d'approuver le résultat de ces négociations. En effet, à l'entrée en vigueur de TarMed, il ne doit pas y avoir d'effet sur les coûts. La taille du gâteau ne doit pas changer par l'introduction du nouveau tarif.

Cette négociation, qui dure depuis déjà treize ans, a pour but de valori-

SVR

**LAUSANNE
AVENUE DE LA GARE**

**SURFACES/BUREAUX
de 130 à 266 m²**

**Convientraient pour cabinets
médicaux, etc.**

Prix intéressant.

Parking intérieur.

Date d'entrée: à convenir.



COFIDECO SA
Agence immobilière
Pl. de la Palud 7, 1003 Lausanne

Tél. 021/311 32 42

ser les prestations intellectuelles et de créer un équilibre entre les différents acteurs médicaux. C'est une contribution déterminante à la transparence afin de connaître et de contrôler l'évolution des coûts. Toutefois, fixer une structure et un prix ne règle pas la question de la quantité.

L'Etat compte donc surtout sur les partenaires, mais il est prévu également des mesures extraordinaires, lorsque les coûts augmentent par trop (budget global hospitalier, gel des tarifs, plus d'autres mesures qui seront développées plus loin) et si l'autorégulation ne joue pas.

Des solutions à explorer

M^{me} Dreifuss n'est pas favorable aux mesures d'urgence qui reviennent en quelque sorte à «visser le couvercle sur la marmite». Elle sait en effet que le système risque de se venger et de produire des effets de rattrapage qui ont déjà été expérimentés par le passé. Il faut cependant tenir compte du fait que, sur le plan politique, les demandes viennent de tous bords et se font de plus en plus pressantes en faveur d'une maîtrise des coûts. Les possibilités de négociation entre les partenaires restent encore largement inexplorées, ainsi en est-il des HMO, des budgets globaux négociés, de la qualité par la maîtrise des actes inutiles.

L'OFAS soutient les efforts des partenaires en procédant à certaines études, telles que la carte de santé (pour éviter les examens à double), la généralisation du deuxième avis, la mise en place d'un observatoire de la santé. Reste toutefois un aspect quantitatif qui tient à la densité des fournisseurs. Il existe en effet une corrélation entre cette densité et le nombre d'actes fournis, d'où un certain nombre de mesures discutées récemment, telles que:

1. La clause du besoin qui donnait la possibilité de limiter pendant 3 ans les fournisseurs de prestations admis à charge de la LAMal. Le premier projet a été fortement controversé lors de la consultation, ce qui n'a pas étonné M^{me} Dreifuss. Compte tenu de ces réactions, elle a invité les différents partenaires, dont la FMH, à participer à la réflexion. Toutefois, il n'est pas question de remettre en question la loi, mais d'engager des discussions sur les critères et les conditions d'application. Ces travaux devront aboutir rapidement.
2. Une deuxième mesure mise en discussion portait sur la liberté contractuelle des assureurs. Dans ce cas, le Conseil fédéral a renoncé à présenter cette mesure au Parlement telle que mise en consulta-

tion, mais elle ne s'appliquera qu'aux prestataires de soins au-dessus de 65 ans, ce qui, selon M^{me} Dreifuss, est en harmonie avec les règles générales de notre société. Elle n'a toutefois rien à voir avec l'aptitude des médecins. Selon elle, d'ailleurs, les caisses auront tout intérêt à garder ces fournisseurs dans de nombreux cas. Il faut toutefois des critères uniformes qui n'appartiennent pas aux seules caisses. Il fallait aussi éviter de créer des problèmes aux assurés, qui auraient dû changer de médecin en cas de suppression de l'obligation de contracter. On risquait ainsi de porter atteinte à la liberté de choix du médecin dans le domaine ambulatoire.

Il y a lieu toutefois de montrer aux médecins qu'il y a d'autres perspectives que l'ouverture d'un cabinet,

telles que la médecine du travail, la médecine hospitalière, les assurances, etc.

Avant de conclure, M^{me} Dreifuss souhaite encore adresser une mise en garde à l'assemblée contre les dangers de l'initiative «Denner» qui constitue une attaque frontale, selon elle, contre l'assurance maladie sociale et vise à supprimer l'assurance ambulatoire pour des patients qui ne seront pas repris par le système privé. Selon elle, ce système ne résout rien, mais ne fait que transférer les coûts. Il risque en outre de vider les salles d'attente des cabinets.

Conclusion: M^{me} Dreifuss se dit favorable au dialogue, à condition que chacun s'exprime sincèrement. Il ne faut pas avoir peur de remonter les manches et de se salir les mains après avoir brossé les grandes visions d'avenir.

Les questions de l'assistance

Question du D^r Nyffeler, Fribourg

Le D^r Nyffeler était venu entendre parler des visions d'avenir sur la santé. Selon lui, il faut réfléchir sur deux axes:

1. D'une part, l'Etat va-t-il continuer de s'investir dans la santé ou déléguer au privé, ce qui est déterminant pour l'accès aux soins?
2. La médecine va-t-elle continuer à se développer, à faire des découvertes qui vont créer une nouvelle demande, où y aura-t-il un déplacement vers d'autres médecines que la médecine académique? A cet égard, les règles de financement des hôpitaux ne constituent qu'un problème technique.

Réponse de M^{me} Dreifuss

Pour M^{me} Dreifuss ce sont les bonnes questions et, selon elle, la LAMal contient une vision forte. Elle estime toutefois que si elle avait parlé de la vision à cinq ans, on n'aurait pas manqué de la ramener aux préoccupations d'aujourd'hui!

Il existe encore un grand potentiel de développement de la médecine; toutefois les coûts de la médecine ne pourront pas dépasser l'évolution générale des coûts. C'est précisément la LAMal qui va nous permettre de gérer en parallèle le développement de la médecine et l'accès aux soins. Dans ce contexte, c'est à l'Etat de garantir les progrès et l'accès à ces progrès.

Dans la santé, les domaines où le marché fonctionne sont rares, car il s'agit d'un marché paradoxal dans le-

quel, lorsque l'offre augmente, les prix augmentent. La régulation se fait donc davantage par des relations contractuelles entre partenaires. Il ne revient donc pas au marché de régler la santé, sous réserve de certaines exceptions, telles que la concurrence entre hôpitaux.

M^{me} Dreifuss ne croit pas non plus d'ailleurs à un système qui reviendrait totalement à l'Etat, compte tenu de la complexité de ce domaine.

Question du D^r De Montmollin, Neuchâtel

1. Où en est le projet d'observatoire de la santé?
2. Il s'interroge sur la question du rationnement. Selon lui, le budget global ambulatoire serait le meilleur moyen de créer le rationnement sans le dire, en laissant le fardeau au médecin.

Réponse de M^{me} Dreifuss

S'agissant de l'observatoire, M^{me} Dreifuss relève que jusqu'il y a peu les informations étaient rares et dispersées. Le projet de l'observatoire remonte à des discussions qui ont eu lieu il y a quelques années à Yverdon, dans le cadre de la Fondation Jeantet. Le but était de rassembler ces informations et de déterminer ensemble les besoins additionnels d'information. Aujourd'hui, on est en train de mettre en place cet observatoire avec les cantons. Il s'agit d'un rare domaine où le Département dispose de compétences. Nous sommes donc au stade de la mise en

place, la Confédération ayant fait la modeste mise de fonds initiale.

S'agissant de la deuxième question relative au rationnement des prestations médicales, M^{me} Dreifuss se demande dans quel domaine il pourrait y avoir des prestations insuffisantes par rapport au besoin. Selon elle, ces domaines sont rares. Elle voit comme exemple celui de la transplantation d'organes. Il s'agit de déterminer comment attribuer des organes dont on dispose. Et dans ce cas, il n'y a pas de raison de ne pas en parler.

Par contre, le cas où l'accès à des prestations est rendu difficile, en raison de leur coût, ne doit pas être décrit sous le terme de «rationnement». Il faut voir, par ailleurs, qu'un médicament qui coûterait un million, mais qui concerne potentiellement neuf personnes en Suisse, est absolument sans effet sur les coûts globaux. On peut se demander s'il faut toujours faire tout ce qui est possible et des décisions seront prises par les autorités politiques et hospitalières, ce qui n'est pas non plus une question de rationnement.

C'est avant tout une problématique médicale qui découle d'ailleurs de la liberté thérapeutique et qui ne peut être réglé par les autorités politiques. Le médecin doit partager ce fardeau avec un patient éclairé, mais ceci n'est toujours pas du rationnement.

Que ce passerait-il en cas de budget global? La question est délicate. Cela peut déboucher sur un stress accru du personnel soignant, sur une réduction de la qualité, mais c'est une question de fonctionnement du système qui revient à équilibrer les possibilités et les besoins des patients et donc pas non plus une question de rationnement.

Il y a toutefois lieu de clarifier le débat sur le sens de certaines prestations; à cet égard, M^{me} Dreifuss a été impressionnée par les travaux des orthopédistes, qui ont admis que certaines opérations n'apportent pas

d'améliorations et devaient être abandonnées.

Autre question dans la salle

Quelqu'un demande quelle est la logique sous-jacente à la deuxième révision partielle de la LaMal. Etant donné que la planification hospitalière commence à porter petit à petit ses fruits, on se demande pourquoi on devrait imposer le financement des établissements privés.

Réponse de M^{me} Dreifuss

La planification hospitalière est intégrale et ne tient pas compte du statut des établissements, mais seulement des besoins de la population. Par conséquent, les hôpitaux privés n'y échappent pas.

Le deuxième problème est de savoir ce qui se passe dans les divisions privées des établissements publics. Celui qui a une assurance de base, paie la moitié du paquet et l'autre revient au canton. La personne qui est contrainte d'avoir une assurance de base et qui a une assurance privée, est amenée à payer la part du canton à travers son assurance complémentaire. Ceci est contraire à l'idée de l'assurance obligatoire dans laquelle, en payant des primes, chacun a le même accès au paquet de base. Il y a bien sûr une divergence avec les cantons sur cette question, ce en quoi, M^{me} Dreifuss voit un effet de la «black box», qui a prévalu jusqu'à ce jour. La question s'est posée un peu différemment sur le plan intercantonal et le Tribunal fédéral des assurances a tranché.

En conclusion, ce qui s'applique aux hôpitaux subventionnés vaut aussi pour les établissements privés, s'ils remplissent une fonction reconnue par leur admission sur la liste hospitalière.

Le Conseil fédéral considère que dans un système d'assurance obligatoire, le paquet de base est accessible à tout le monde, aux mêmes conditions, ce que n'offre pas le système actuel.

Question du Dr Nils Gueissaz, Fribourg

Selon lui, l'un des piliers de la LaMal réside dans la prime payée à l'assurance, et il se demande si ce système d'assurances va demeurer ou disparaître en faveur d'un fonctionnement unique, compte tenu des propositions faites par le parti socialiste.

Réponse de M^{me} Dreifuss

Le caractère obligatoire de l'assurance en Suisse fait toute la différence avec les systèmes américains. Selon elle, il n'y a pas de raison d'abandonner un système avec plusieurs caisses tant qu'il fonctionne. Le parti socialiste ne s'est pas prononcé sur ce point secondaire; par contre, le niveau des primes n'en fait pas le meilleur système, mais sur cette question, c'est aux partis politiques d'agir.

Question suivante:

D'un côté, on s'interroge sur la possibilité de limiter les coûts de la médecine par une diminution du nombre des prestations ou l'introduction du numerus clausus, mais de l'autre on élargit le catalogue des prestations sans garantie, ni preuve d'efficacité, dans le cas des médecines complémentaires.

Réponse de M^{me} Dreifuss

Elle déclare s'être battue contre la suppression de l'obligation de contracter et sera particulièrement prudente concernant l'application de la clause du besoin. Elle n'est pas non plus amie du numerus clausus. La difficulté étant liée à la possibilité de faire des prévisions à quinze ou vingt ans, soit le temps qu'il faut pour mesurer les effets et les risques d'une pénurie dont d'autres pays ont fait l'expérience.

Le deuxième problème, s'agissant du numerus clausus, est celui des outils de sélection des candidats, dès lors qu'il s'agit de réduire de 5 à 10% leur nombre, et non pas de 50% comme

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**

72, RUE DE LAUSANNE CASE POSTALE 62, 1211 GENEVE 21, TÉL. 022 731 25 26, FAX 022 731 24 64, E-MAIL: RPONT@RCPONT.COM

dans d'autres états. Elle croit davantage à une incitation économique à choisir d'autres orientations telles que, par exemple, la médecine du travail.

Concernant le catalogue de base, elle estime que le système dit «de l'Oregon» serait catastrophique pour la Suisse et ce système est d'ailleurs en train de faire faillite. Par conséquent, on n'a pas un catalogue, mais des prestations controversées, où il faut décider de cas en cas. Les décisions qu'elle a eu à prendre dans ce domaine ont été peu nombreuses et peu coûteuses. La plus importante a concerné les médecines complémentaires, décision qu'elle juge sans effet sur les coûts de la santé.

Alors pourquoi avoir admis des prestations non scientifiques? Cela tient au fait qu'il y a des prestations auxquelles recourent une minorité d'assurés obligatoires, minorité qui existe néanmoins. Elle a ainsi répondu à une promesse faite durant la campagne politique.

Comment faut-il avancer au milieu de cette guerre de religions, parfois virulente, alors même qu'il s'agit dans tous les cas de médecins qui ont admis en savoir plus sur l'efficacité de leur méthode. M^{me} Dreifuss a estimé qu'il était plus judicieux de procéder à une recherche commune de solutions que de s'inscrire dans une guerre de religions.

Question du Dr Nyffeler

Comment faire des économies avec la LAMal, dans un contexte marqué par l'obligation de contracter, la compensation des risques et l'absence de catalogue, dans un système où l'on vit à la fois la concurrence et l'Etat?

Réponse de M^{me} Dreifuss

On est réticent par rapport aux nouvelles formes d'assurances alors qu'on en a pas exploré toutes les possibilités.

M^{me} Dreifuss pose une contre-question

Quelles sont les possibilités de faire des économies dans un système libéral?

Réponse du Dr Nyffeler

Il faudrait un catalogue exhaustif de prestations, car il faut choisir entre une médecine égalitaire et centralisatrice et une médecine libre qui réduit l'égalité.

Réponse de M^{me} Dreifuss

Le catalogue exhaustif n'offre pas de solutions. Car il revient à donner aux assurés de base la médecine d'hier. Selon elle, même le président de la FMH est d'accord. Car avec un cata-

logue de 4200 positions de TarMed, on n'est pas parvenu à une vision exhaustive, ce qui reviendrait à construire une pyramide (digne d'un pharaon fou).

Selon M^{me} Dreifuss, c'est aux médecins de gérer ce système et de dire quelles sont les prestations nécessaires. Car si l'on fait un catalogue, il faudra fixer des indications, ce qui revient aux médecins. Il est en effet difficile de le faire dans l'abstrait. Par contre, c'est aux médecins également de résister à des demandes abusives et de participer à l'éducation des patients.

Autre question

Quelqu'un s'interroge sur les effets des changements de caisses, sur les frais administratifs et les réserves légales, sans parler de l'insécurité que cela peut créer.

Réponse de M^{me} Dreifuss

La compensation des risques évite la chasse éhontée aux bons risques. Elle souligne à quel point les personnes âgées peuvent être fidèles à leur caisse, alors qu'elle ne sont pas les premières à profiter du système. Il y a encore trop de gens qui paient trop.

Cette situation fait que des caisses ont trop de «vieux» qui doivent être encouragés à changer pour des caisses dignes de confiance.

S'agissant des conséquences financières et des frais administratifs, M^{me} Dreifuss juge cela peu important, car on change encore peu de caisse et ceci est peu coûteux. Par contre, il reste des blessures, liées aux difficultés de se faire admettre par une caisse.

Concernant les réserves légales, elles n'appartiennent pas aux assurés, car il n'est pas prévu de libre passage. Ainsi, dans le cas de Visana, M^{me} Dreifuss a essayé de ponctionner une part des réserves lorsque cette caisse a abandonné le secteur de l'assurance de base, mais le Tribunal fédéral a donné raison à Visana, faute d'une base légale, qui est en préparation depuis.

Autre question

La même pression est-elle exercée sur d'autres partenaires que le médecin, dont en particulier le concordat des assureurs maladie?

Réponse de M^{me} Dreifuss

A entendre les plaintes des caisses, la pression doit être la même; on constate d'ailleurs que les réserves et les coûts administratifs ont tendance à baisser. Les nouvelles mesures prévues ont pour but de fournir des outils aux caisses pour lutter contre les moutons noirs. Car il y a encore des cas d'abus contre lesquels les caisses

sont impuissantes, telles que les sociétés coopératives d'analyses, dont le bénéfice ne profite pas aux assurés. Ainsi, dans un modèle de partenariat tel que le nôtre, chacun doit assumer sa responsabilité.

Question du Dr De Montmollin, Neuchâtel

On connaît des cas de rationnement au CHUV, où il y a des listes d'attente de plusieurs mois, pour la coronographie par exemple.

Réponse de M^{me} Dreifuss

Elle n'y voit pas de lien avec la LAMal. D'autre part, il ne s'agit pas de rationnement, s'il y a lieu de différer de trois mois une opération de la hanche par exemple.

Question sur la prévention

Réponse de M^{me} Dreifuss

La prévention est apparue avec la LAMal, la première révision permettant de libérer de la franchise certains actes lors de campagnes organisées.

Ultime question

En cas de financement sur la base des revenus, serait-ce la fin des caisses maladie?

Réponse

Théoriquement non, mais une concentration est probable, voire une caisse unique.

*Compte -rendu
Pierre-André Repond
secrétaire général SVM*

Bonnes fêtes Bon début de millénaire!



Le comité et le secrétariat général de la SVM présentent à leurs membres et partenaires leurs meilleurs vœux pour l'année 2001

Courrier

Quelques réflexions à propos de la LAMal

A peine entrée en vigueur, la LAMal a été soumise à des procédures de révision, et cela avant même de connaître l'opinion du Tribunal fédéral des assurances sur le sens à donner aux dispositions que l'on entendait modifier. Il y a là un phénomène qui n'est pas nouveau.

Peu nombreux sont les jours où la presse ne consacre pas une rubrique à l'assurance maladie. Ainsi, le numéro du 7/8 octobre 2000 de *24 Heures* contient notamment sur ce sujet un éditorial fort intéressant de M^{me} Christiane Imsand. Cette journaliste évoque de manière très pertinente les données d'un problème que l'on n'a pas réussi à résoudre bien avant l'entrée en vigueur de la LAMal déjà: l'augmentation des coûts de la santé et, partant, de ce que l'on appelait alors les cotisations. Pourtant, la LAMal devait apporter les solutions désirées...

N'existe-t-il pas d'alternatives réalistes, comme semble le penser l'éditorialiste de *24 Heures*? Ou faut-il se contenter de composer dans le cadre du système actuel, pour reprendre les termes de l'éditorial susmentionné? Je pense – depuis longtemps – que des alternatives existent. Mais intéressantes-elles quelqu'un? Personne ne semble prêt à se donner la peine et le temps de la réflexion, surtout pas ceux qui persistent à penser, à tort, expérience faite, que la LAMal est une bonne loi.

Une réflexion fondamentale

Il faudrait peut-être se demander sérieusement ce que doit être une assurance maladie sociale. Alors que l'on admet, dans l'assurance invalidité par exemple, que les assurés doivent se contenter de mesures de réadaptation qui ne sont pas forcément les meilleures que l'on puisse trouver sur le marché, le spectre d'une médecine à deux vitesses est brandi par certains chaque fois qu'il est question de ne pas prendre en charge un traitement coûteux qui pourrait être remplacé par un autre, plus économique. Dans un pays en voie de développement, on pourrait songer à la mise en place d'un réseau de dispensaires dont l'accès serait gratuit, ou très peu onéreux. Il tombe sous le sens qu'une telle solution ne serait pas envisageable dans un pays comme le nôtre. Ne faudrait-

il pas alors examiner sérieusement si une assurance maladie sociale postule vraiment la prise en charge de soins dont les assurés seraient en mesure d'assumer eux-mêmes la charge – au prix d'un effort qu'on n'ose ou ne veut pas demander aux intéressés, étant entendu que le même effort ne saurait être exigé de chacun? Je ferai remarquer, à cet égard, que très souvent les personnes qui crient au démantèlement de l'assurance lorsqu'on propose d'augmenter le plafond des franchises ou de réduire le catalogue des prestations, ne sont pas émuës par un transfert des coûts de la santé sur le dos des assurés malades, lorsque les traitements dont ces derniers ont besoin deviennent très élevés. On peut songer à cet égard aux frais engendrés par l'hospitalisation ou le placement en institution des personnes âgées qui ne peuvent plus demeurer chez elles. La logique voudrait que l'assurance obligatoire assume ces frais que personne, ou presque, ne peut supporter au moyen de ses propres revenus, en laissant les patients supporter la charge des soins qu'ils pourraient raisonnablement supporter, même au prix d'un effort. Cela impliquerait, il est vrai, un changement radical d'état d'esprit.

Assurance gros risques

Les efforts déployés à ce jour, depuis de très longues années, pour maîtriser la croissance des coûts de la santé (à seule fin de ne pas augmenter les primes des assurés) tendent à démontrer que l'on est loin de gérer ce problème, que la nouvelle loi était pourtant censée maîtriser. Ainsi, par exemple, le libre passage, faussement dit intégral, n'a rien résolu du tout (il a tout au plus permis à la conseillère fédérale en charge du dossier de conseiller aux assurés dont les primes étaient à leurs yeux trop élevées de changer d'assureur, ce qui était tout au plus de nature à déplacer un problème réel).

Un non-sens total

L'interdiction d'ouvrir de nouveaux cabinets de soins ne ferait que reporter à plus tard le moment où les jeunes médecins concernés par cette mesure – auxquels d'autres se seront ajoutés – arriveront sur le marché de la santé (à

moins que ne soit déjà programmée une clause de besoin définitive). La limitation du droit de soigner les assurés, une fois atteint l'âge de 65 ans, est non moins absurde, car elle part d'un postulat dont le caractère erroné devrait pourtant sauter aux yeux: c'est probablement, dans la plupart des cas, à cet âge que l'on pourra tirer un parti très utile de son expérience professionnelle, ceci étant de nature à compenser les difficultés éventuellement éprouvées en matière de formation continue. La méthode proposée est paradoxale du point de vue de la constitution d'un deuxième ou d'un troisième pilier: il faudrait prendre en compte la durée raccourcie durant laquelle ces piliers pourront être financés, ce qui ne manquera pas d'avoir des répercussions sur les coûts de la santé!

Il faut repenser l'assurance maladie

J'ai toujours affirmé que la LAMal n'a pas vraiment innové. C'est pourquoi il ne faut pas attendre de cette loi qu'elle résolve les problèmes que l'ancienne LAMA n'avait pas permis de maîtriser. Les replâtrages proposés n'y parviendront pas non plus. Il serait grand temps de repenser notre concept de l'assurance maladie sociale obligatoire des soins et de faire preuve d'un peu d'imagination et d'audace, en cessant de rejeter toute nouvelle idée sous prétexte qu'elle met en danger certains acquis, favorise une médecine de classes, etc.

Il y a fort longtemps, plus précisément en 1968, j'avais proposé l'introduction d'une assurance obligatoire limitée aux réels gros risques (avec une franchise très élevée). Je m'étais même donné la peine de rédiger un projet de loi. Le but visé était de responsabiliser les assurés en les laissant assumer eux-mêmes la charge des traitements jusqu'à la franchise prévue (cela devait leur permettre de prendre conscience des coûts qu'ils engendrent et de leur donner la possibilité de limiter ceux-ci en surveillant leur consommation). Ils auraient pu choisir d'être leur propre assureur, ou souscrire des assurances privées couvrant tout ou partie de cette franchise. Certains ne liront pas plus loin cet article en s'écriant: «Il n'est pas possible d'appliquer la même franchise à tout le monde!» Qu'ils reprennent leur lecture: il n'a jamais été dans mes intentions de ne pas tenir compte de la capacité économique des assurés. Or, des solutions pourraient être trouvées qui, tout en responsabilisant les patients, permettraient de moduler la franchise en fonction de leurs ressources (on pourrait songer à un système inspiré du régime des prestations complé-

mentaires, ou à des abattements fiscaux remplaçant le versement de telles prestations. Mais on pourrait aussi imaginer l'Etat concluant des contrats d'assurance collective en faveur des personnes de condition modeste et les mettant au bénéfice de prestations avec ou sans franchise, en fonction de leur situation économique). D'autres questions encore devraient naturellement être réglées, dont le droit médical (j'avais aussi fait des propositions concrètes pour cela). Je suis persuadé en outre qu'une assurance limitée aux gros risques permettrait d'en simplifier considérablement l'administration – dans le domaine du droit médical notamment – et laisserait une place intéressante à la concurrence entre fournisseurs de soins et entre assureurs.

Le Professeur Amsler, de l'Ecole des HEC de Lausanne, avait lui aussi proposé un modèle intéressant de franchise annuelle familiale (modèle FAF). Mais, comme le mien, ce modèle n'a même pas été étudié dans les milieux intéressés.

Il serait peut-être temps d'accepter au moins l'idée qu'il pourrait être intéressant d'examiner sérieusement les perspectives ouvertes par des modèles d'assurance avec franchises vraiment élevées, au lieu d'écarter ceux qui sont proposés sans les avoir sérieusement étudiés dans leur globalité.

Les incohérences de la LAMal

Notre régime actuel d'assurance maladie fourmille par ailleurs d'incohérences. Elles sont si nombreuses qu'il est impossible de les évoquer toutes dans le cadre d'une simple lettre de lecteur.

Il y a tout d'abord l'incohérence d'une réglementation qui voudrait imposer une planification hospitalière visant à supprimer les surcapacités. Or, lorsqu'il s'agit de fixer les taxes applicables, les charges imputables à des surcapacités ne doivent pas être prises en compte (article 49, alinéa 1, LAMal). Affirmer que l'élimination des surcapacités va se traduire par une baisse des coûts d'hospitalisation est en contradiction avec cette disposition légale, qu'il faudrait simplement appliquer de manière conséquente.

J'ai d'autre part exprimé l'avis, et je n'ai pas changé d'opinion, que l'on ne saurait comprendre la loi dans ce sens que le défaut de mention d'un établissement hospitalier sur le plan hospitalier entraîne la perte du droit aux prestations de l'assurance obligatoire. Il y aurait en effet là un recul par rapport au régime de la LAMA, dont on nous a affirmé à l'époque qu'il ne serait pas démantelé. Le professeur Pierre Gilliand, dans un article publié dans 24

Heures du 9 octobre 2000, préconise une planification draconienne – c'était sans doute son vœu d'expert chargé par le Conseil fédéral d'examiner notre assurance maladie sociale. Mais cet éminent collègue n'évoque aucunement les effets de sa proposition sur les droits des patients: il y a d'abord la limitation drastique du choix de l'hôpital, que l'ancienne loi garantissait dans toute la Suisse (étant entendu que le choix fait pouvait avoir des incidences sur l'ampleur de la protection tarifaire), sans que cela pose problème.

Il y a ensuite le fait que l'on ne saurait éliminer de la scène de l'assurance obligatoire des soins certains établissements privés sans vider de leur sens les nouvelles règles légales permettant de choisir librement son médecin, même non conventionné. Or, à quoi cela sert-il de pouvoir choisir son chirurgien ou son gynécologue si le fait d'être opéré ou d'accoucher dans une clinique privée ne figurant pas dans le plan hospitalier a pour conséquence la perte du droit aux prestations de l'assurance obligatoire des soins? Les assurés ne sont pas prêts, dans notre pays, à renoncer à cette possibilité de se faire soigner par le médecin de son choix dans l'établissement de son choix, quitte à supporter une partie des frais, celle non assumée par l'assurance obligatoire. J'en veux pour preuve le peu de succès des caisses de santé (HMO).

Le professeur Gilliand n'explique pas non plus comment la concurrence pourrait déployer ses effets vertueux dans un système où offre et demande seraient parfaitement équilibrées.

Au vrai, la planification est nécessaire, mais pour éviter les sous-capacités, bien plus à craindre que les surcapacités. Quant aux listes d'hôpitaux, elles ne devraient servir qu'à indiquer les établissements dans lesquels la protection d'assurance serait optimale.

Intérêts contradictoires

Il y a ensuite l'imbrication, regrettable mais néanmoins voulue par le législateur, de l'assurance sociale régie par la LAMal et de l'assurance privée (dans les assurances complémentaires soumises à la loi sur le contrat d'assurance – LCA), les deux formes d'assurance pouvant être pratiquées par les mêmes assureurs. Les effets pervers d'une telle réglementation devraient sauter aux yeux. Mais on ne veut pas les voir. Ainsi, les assureurs maladie n'ont souvent aucun intérêt à exiger en faveur de leurs membres une application stricte des règles de la LAMal, dès lors qu'ils exploitent eux-mêmes des assurances complémentaires lucratives. Cela conduit au demeurant à des confusions regrettables. S'agissant par exemple de juger de la décence

du revenu du directeur d'une institution d'assurance exploitant aussi bien l'assurance maladie sociale que des assurances complémentaires privées, il faudrait commencer par déterminer la part de son salaire qui est prise en charge dans le cadre de la LAMal. Car celle qui est financée par des primes LCA n'a absolument rien à voir avec le problème du financement d'une assurance sociale.

Un aveu d'impuissance

La LAMal a été introduite pour lutter contre la désolidarisation – nous l'avons dit et répété à l'époque de son adoption. Il s'agissait de mettre fin à la pratique de certaines caisses qui chassaient les bons risques (entendez: qui cherchaient à attirer de jeunes personnes, de sexe masculin de préférence). Or, que conseille-t-on aujourd'hui aux assurés qui se plaignent de l'augmentation de leur prime? De changer d'assureur, en recherchant ceux dont les primes sont les plus basses, le vice imputé aux caisses maladie devenant soudainement une vertu des assurés. Il n'est pas nécessaire d'avoir fait de longues études pour comprendre que ce conseil n'est qu'un aveu d'impuissance face à un phénomène que l'on n'a pas maîtrisé – celui de l'augmentation des coûts de la santé, – et que le remède ne peut concerner que le très court terme! Aussi bien, l'Office fédéral des assurances sociales ne permet-il pas aux petits assureurs de fixer leurs primes à un niveau trop bas, de crainte de voir affluer de nouveaux assurés en peine de trouver des primes plus favorables qui ne représentent pas forcément de bons risques.

Autres branches d'assurance comme remède à l'augmentation des primes?

Quant à l'invitation à choisir une franchise à option, elle laisse songeur: le Conseil fédéral ne vient-il pas de prendre des mesures – au nom de la solidarité – pour limiter la réduction des primes de ces assurances? Et cela sur la base de calculs discutables et sans référence sérieuse aux coûts effectivement supportés par les assureurs dans cette forme d'assurance pourtant introduite dans la loi pour promouvoir des formes alternatives d'assurance moins coûteuses mais visiblement rendues peu attractives par le Conseil fédéral, pourtant chargé d'appliquer la loi. Si ces assurances doivent coûter aussi cher que celles dans lesquelles la franchise est moins élevée, qui les choisira encore? Pourquoi n'admet-on pas que l'intérêt de cette forme d'assurance réside dans le fait, précisément, qu'elle puisse fina-

lement être moins chère pour l'assuré qui consomme moins, quelle que soit la raison de son abstention, et à son assureur, qui encaissera néanmoins des primes?

Quoi qu'on en pense, le conseil de choisir une assurance avec franchise élevée ne constituera en définitive, dans de nombreux cas, qu'un simple transfert des coûts sur le dos des assurés, qui auront certes une prime moins élevée à payer, mais devront assumer eux-mêmes les frais de traitement jusqu'à concurrence du plafond choisi. Cela ne signifiera donc pas forcément que le problème à la base de l'augmentation des primes a été maîtrisé. Poussé à l'extrême, le raisonnement ainsi tenu pourrait conduire un jour à conseiller aux gens de ne pas s'assurer du tout, pour ne pas avoir de primes à payer!

Les assurances complémentaires ont-elles alors leur place dans un régime d'assurance maladie sociale? Certainement, si l'on admet que l'assurance sociale ne doit pas assumer les frais de n'importe quel traitement (l'utilité, voire la nécessité, de ces assurances ne sont pas contestées dans l'assurance d'une indemnité journalière, où le gain assuré est en général plafonné). Mais la pratique de ces as-

surances ne devrait pas conduire à des conflits d'intérêts chez les assureurs pratiquant aussi bien l'assurance sociale que l'assurance privée, comme c'est malheureusement le cas aujourd'hui. Encore ne faudrait-il pas voir dans ces assurances complémentaires les germes d'une médecine à deux vitesses inadmissible. Tel ne saurait être le cas si l'on admet que l'assurance maladie sociale ne doit pas viser à rendre accessibles à tout le monde certains traitements onéreux qui pourraient être remplacés par d'autres, moins coûteux mais tout aussi efficaces. Or, il n'est pas certain que cette vision de l'assurance maladie sociale soit partagée dans tous les milieux, politiques notamment.

Conclusion

Ce ne sont là que des grands traits qui mériteraient d'être développés. Malheureusement, une réflexion fondamentale sur des alternatives au régime d'assurance maladie institué par l'ancienne LAMA qui a été simplement et largement repris par la LAMal n'a jamais été sérieusement entreprise. Cela ne veut pas dire qu'il faille y renoncer.

Jean-Louis Duc,
professeur honoraire UNIL,
Château-d'Ex

Lettre ouverte à M^{me} Ruth Dreifuss, conseillère fédérale.

Madame la Conseillère fédérale,

La dernière proposition émanant de votre département et visant à réduire les frais de santé, à savoir l'autorisation qui serait donnée aux assurances de ne plus rembourser les prestations des médecins indépendants de plus de 65 ans, m'incite enfin à vous écrire.

Soixante-cinq ans, c'est l'âge de la retraite, c'est-à-dire l'âge auquel les salariés cessent de travailler et touchent une retraite. Or, les médecins indépendants ne reçoivent pas de retraite, et la plupart de ceux qui continuent à exercer leur profession n'ont pas les moyens financiers de jouir du revenu d'une retraite d'un niveau d'activité comparable: à quel salarié pouvons-nous comparer un médecin bien formé? A un cadre d'assurance? A un fonctionnaire fédéral de bon niveau? Les médecins, surtout ceux qui s'installent après une longue formation postgraduée, donc les mieux formés, s'installent tard, entre 35 et 40 ans. Combien d'argent devraient-ils gagner pour vivre et mettre de côté la somme nécessaire à leur assurer une retraite

adéquate à 65 ans, compte tenu du fait qu'aucun employeur ne participe au financement de ladite retraite? Il est temps de dire, alors que l'on cite toujours les revenus des mêmes têtes d'affiche des mêmes spécialités, que nombreux sont les médecins spécialistes FMH (internistes, pédiatres, psychiatres, pédo-psychiatres) dont les gains sont bien plus modestes. En conséquence, ce seraient les médecins pratiquant les spécialités les moins rentables, et les mieux formés d'entre eux, qui se trouveraient pénalisés par cette mesure.

De plus, la perspective d'une fin d'activité à 65 ans ne pourrait qu'encourager des installations plus précoces, donc des formations plus courtes, et obligerait l'ensemble des médecins n'ayant pas encore atteint l'âge de 65 ans à accepter encore plus de travail en prévision de cette fin d'activité qu'ils n'avaient pas prévue.

Voilà donc encore une mesure qui, sur le plan économique, risquerait d'entraîner des effets pervers, particulièrement si l'on tient compte du fait que les médecins poursuivant leur activité au-delà de 65 ans ne travaillent

plus, pour une partie d'entre eux, qu'à temps partiel.

On peut aussi se demander si cette mesure n'est pas anticonstitutionnelle; en effet, même si l'on parle de plus en plus de «salaire» et de «retraite» des médecins, il convient de rappeler que les médecins installés ont un statut d'indépendants. Bien sûr, on peut rétorquer que l'on n'interdirait pas aux médecins concernés d'exercer leur profession; cependant, dans un régime d'assurance obligatoire qui coûte de plus en plus cher aux patients, penser que les «patients-assurés» s'adresseraient à un médecin dont les soins leur coûteraient dix fois plus cher que ceux prodigués par d'autres médecins dont les qualifications seraient équivalentes, me paraît une vue de l'esprit, une hypothèse qu'il ne serait pas intellectuellement honnête de soutenir: vous n'iriez certainement jamais chez un garagiste qui vous ferait une réparation que vous pourriez payer dix fois moins cher chez tous les autres. Vous devez bien comprendre cela, vous qui avez toujours affirmé vouloir faire jouer la concurrence. De ce fait, la mesure que vous proposez équivaldrait, pour les médecins de plus de 65 ans, à un retrait pur et simple de l'autorisation de pratiquer.

Quant à la tentation d'affirmer que lesdits médecins deviendraient incompétents, donc dangereux, après l'âge de 65 ans, cette affirmation, si elle était prise à la lettre, pourrait faire des ravages dans bien des professions libérales, force conseils d'administration, et, pourquoi pas, dans les hautes sphères du monde politique... En ce qui concerne les médecins, vous paraissez ignorer que la FMH impose à ses membres en activité, quel que soit leur âge, une formation continue (80 heures par an dans ma spécialité), formation que le médecin doit bien entendu effectuer à ses frais, sur son temps libre, et même au détriment de son temps de travail rétribué, contrairement à la plupart des salariés soumis aux mêmes obligations. La FMH se tromperait-elle de cible? La compétence du médecin intéresse-t-elle encore réellement quelqu'un aujourd'hui, parmi les décideurs? Ne serait-il pas mieux que la FMH incite ses membres à consacrer ce temps à une activité syndicale et de politique professionnelle à laquelle les médecins restent encore, dans leur grande majorité, profondément étrangers?

Si c'est le nombre des médecins qui ruine le système de santé, comme vous paraissez le croire au vu des dernières propositions avancées, ne pourriez-vous pas soutenir des solutions politiques plus courageuses, et certainement plus efficaces, que celle de vous

attaquer, au mépris du droit et de l'équité, à un petit nombre d'entre eux? Les médecins n'ont aucune prise sur leur propre nombre; ils en pâtissent déjà suffisamment au cours de leurs études et de leur formation; on les en rend ensuite coupables au cours de leur vie professionnelle. A présent, on essaye même, toujours par le biais de leur nombre, de les diviser à l'intérieur de leur propre corps, de la manière la plus odieuse qui soit, les jeunes contre les vieux!

Les acteurs du système de santé sont au nombre de quatre: les patients, les médecins, les assureurs et l'Etat. Il était certainement nécessaire de rendre les médecins attentifs au coût de leurs prestations et prescriptions, et de les sensibiliser aux notions d'économicité et d'efficacité. Ces mêmes critères sont-ils appliqués d'une façon qui ne prêterait pas à controverse dans la gestion des assurances? A-t-on donné, même aux assurés culturellement les plus défavorisés, par une information claire et compréhensible (la télévision représenterait un moyen didactique particulièrement approprié), les moyens de comprendre les principes mêmes à la base du fonctionnement d'une assurance, ce qui leur permettrait d'utiliser leur assurance maladie d'une façon optimale et responsable? En ce qui concerne l'Etat, l'augmentation continue du nombre de prestations couvertes par l'assurance de base ne contribue-t-elle pas à l'augmentation des coûts de la santé, sans forcément contribuer d'ailleurs à une amélioration de la qualité des soins? Et que dire de la pratique consistant à mettre les prestations ambulatoires fournies par les hôpitaux, prestations en augmentation du fait de la réduction drastique de la durée des séjours hospitaliers, sur le compte des frais ambulatoires généraux, frais qui sont assimilés d'office aux frais occasionnés par les médecins installés en cabinet? Que de questions...

Pour conclure, faire du médecin le bouc émissaire du système de santé, l'obliger à travailler dans un climat de contrainte et de menace, le disqualifier, le déstabiliser, ne peut que nuire à la qualité des soins dont il a la charge, qualité dont vous paraissez réellement soucieuse, aussi parce que cela le prive de la première arme* thérapeutique dont il dispose, la plus précieuse peut-être, la confiance de son patient.

Pardonnez-moi de vous avoir prise à témoin d'une amertume depuis trop longtemps retenue, et veuillez agréer, Madame, l'expression de mon respect et de mes sentiments les meilleurs

*D^r Fiorella Gillieron-Milla,
spécialiste FMH en psychiatrie
et psychothérapie*

TarMed:

l'optimisme de notre past-président

L'éditorial du *CMV* du 7 novembre 2000 du D^r Daniel Laufer est sympathique, mais il dénote tout de même une certaine candeur sur un point; notre honoré confrère pense que le TarMed amènera une transparence des coûts ambulatoire de la santé. Je lui propose un simple problème d'optique: si une image traverse deux ou même trois glaces transparentes et que la quatrième est opaque, le résultat final sera... opaque! A quoi bon nous mettre à nu dès lors que les caisses maladie n'ont aucune intention de faire de même? Et contrairement à nous médecins, ce ne sont pas le Conseil fédéral ou l'OFAS qui les impressionnent.

Ils auraient d'ailleurs tort de craindre que ce soit de ce côté-là. Interrogée par des patients lors d'une interview radio diffusée sur les revenus exorbitants de certains directeurs de caisse maladie, notre ministre socialiste de l'Intérieur répond candidement que l'OFAS se borne à contrôler la gestion globale des assurances maladie mais que la répartition interne de leurs revenus ne la concerne pas. A la bonne heure! En revanche, le revenu des médecins, ça la passionne! Voilà pourquoi, chers confrères, nous continuerons à jouer cartes sur table avec un système tarifaire que nous avons lourdement financé de notre poche contre un adversaire de plus en plus puissant et qui persiste à cacher soigneusement son jeu.

D^r Gilbert Guignard, Payerne

Le réseau: ARCOS met les points sur les i

Monsieur le rédacteur,

Le D^r Bernard Burri donne, dans la série d'articles que votre magazine a présentés sur les réseaux, une vision toute personnelle de la constitution d'ARCOS, réseau de soins coordonnés de la région lausannoise. Cette vision ne correspond pas à celle de la majorité des acteurs du système de soins de la région lausannoise qui ont accepté de participer à la démarche de constitution du réseau, puis d'en être membres.

Il nous paraît donc nécessaire de préciser ce qui suit, en repartant des propos du D^r Burri: «Un réseau de soins dont la pierre angulaire du réseau est la maîtrise des coûts»: loin s'en faut. D'autres se chargent, avec ou sans réseau, de les maîtriser, de les comprimer, de les réduire. Les réseaux étant constitués de fournisseurs de soins, ceux-ci ont-ils comme objectif de réduire leurs propres ressources? On en doute. L'union fait la force: c'est sur la base de cette conviction qu'ARCOS construit pour devenir un partenaire de l'Etat et des assureurs.

«Des personnalités choisies par cooptation»: la constitution d'un réseau suppose que quelques-uns lancent la démarche puis qu'un processus démocratique (équité dans la représentation des différents partenaires – institutions, médecins, praticiens...) soit mis en place. Ce qui fut fait. EMS, soins à domicile, médecins praticiens, hôpitaux, ont pu, lors d'assemblées générales régulières et dans le groupe qui a mené les travaux de constitution du réseau, donner leur point de vue. Le

D^r Burri a participé au processus comme représentant des médecins travaillant en clinique privée, et son point de vue a été entendu dans les deux instances citées.

«L'enseignement et la recherche universitaires sont également des buts du réseau ARCOS»: les statuts mentionnent que l'enseignement et la recherche universitaires font partie des activités que certaines institutions membres du réseau exercent. Il est apparu en effet important de ne pas passer sous silence une spécificité d'ARCOS, qui est de comprendre les institutions médicales universitaires. Nous ne pouvons que nous réjouir qu'elles aient accepté de faire partie du réseau, de jouer le jeu, de contribuer à l'effort commun, d'améliorer la continuité des soins, sans se prévaloir d'un statut particulier.

«Les relations avec les autres réseaux qui devaient avant tout être concurrentielles...»: l'objectif premier d'ARCOS est d'améliorer la continuité des soins, comme c'est également l'objectif des autres réseaux. C'est donc la complémentarité entre fournisseurs de soins qui est la pierre angulaire des réseaux. Parlons plutôt d'émulation entre réseaux, car émulation renvoie à une situation réciproque et solidarité. C'est heureusement le cas.

«Ce quart des voix mis à disposition des médecins doit signifier son importance dans le réseau»: en effet, il s'agit ici d'une caractéristique majeure d'ARCOS: quelle que soit l'importance numérique, le poids financier, le nombre de patients traités, la vocation universi-

SOCIÉTÉ MÉDICALE SUISSE D'HYPNOSE GROUPE ROMAND

Formation en hypnose médicale reconnue par la FMH

Cours de base:

(1 année). Nouveau cycle en 2001 (février)

Formation complémentaire No 1

(2 ans). Nouveau cycle en 2001 (dès mars)

Séminaires spécialisés

- Hypnose en médecine générale (13 et 14 janvier 2001)
- Somnambulisme et médiumnité (3.2.2001)
- Introduction à l'école de Palo Alto (10 et 11.11.2001)
- Emploi de l'hypnose en thérapie cognitive et comportementale. (1 et 2.12.2001)

Informations et inscriptions:

Société médicale suisse d'hypnose
Secrétariat romand c/o Patrick Noyer
Av. Léopold-Robert 73a
2300 La Chaux-de-Fonds
Tél. 032/913 08 18
Fax 032/913 09 19

Clinique chirurgicale et Permanence de Longeraie

S.O.S. MAIN

- Centre de traumatologie et de chirurgie réparatrice de la main et des extrémités
- Chirurgie reconstructive des nerfs périphériques et du plexus brachial
- Microchirurgie
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique et reconstructive
- Physiothérapie et rééducation fonctionnelle
- Ergothérapie
- Urgences jour et nuit

1003 Lausanne
Avenue de la Gare 9
Téléphone 021/320 33 01
Fax 021/312 49 07

PULLY

Chemin de Chamblandes, 29

Situation exceptionnelle pour la

Résidence Riant-Coteau

Rez en duplex de 7 pièces (275 m²)
avec terrasse et jardin
Fr. 1 590 000.-

Très bel environnement, proche de toutes
les commodités, choix des finitions.

**Convient particulièrement bien
pour l'exercice d'une profession libérale
(2 accès indépendants)**

MCI CONSULTING SA
TÉL. 022/793 68 54 – FAX 022/870 14 51
E-mail mcicons@swissonline.ch



Clinique de La Source

désire s'attacher les services d'un(e)

SPÉCIALISTE FMH EN MÉDECINE NUCLÉAIRE OU TITRE ÉQUIVALENT

pour prendre en charge et développer la médecine nucléaire au sein de l'institution.

L'ouverture récente de l'Institut de radio-oncologie – La Source et l'augmentation importante de l'activité d'imagerie médicale rendent la collaboration d'un(e) spécialiste confirmé(e) en médecine nucléaire indispensable pour étendre l'offre de l'Institut de radiologie.

Le profil souhaité est le suivant:

- grande expérience théorique et pratique en médecine nucléaire
- formation approfondie en milieu ambulatoire et hospitalier
- titre FMH ou titre équivalent en médecine nucléaire
- aptitude au travail d'équipe pour assurer une excellente collaboration avec les radiologues, les radio-oncologues et les cliniciens de la Clinique et de la région.

Elle offre:

- plateau technique de haut niveau, à définir par le(a) candidat(e) retenu(e)
- environnement hospitalier très complet, de grande sécurité.

Pour renseignements: Professeur A. Anderegg ou Dr L. Chapuis, tél. 021/641 33 55.

Les candidat(e)s intéressé(e)s sont prié(e)s d'adresser leur offre écrite, avec curriculum vitae et copies de diplômes et certificats, à: M. Michel R. Walther, directeur général.

taire ou non, les membres sont regroupés dans quatre ensembles en fonction de leur mission principale : soins aigus et réadaptation, hébergement, soins à domicile, médecins praticiens. Chaque groupe dispose de 25 voix. On souhaite que les médecins soient nombreux à considérer qu'ils ont un rôle à jouer dans le réseau, qu'ils peuvent lui apporter leurs compétences et leur expérience et qu'ils en attendent des bénéfices pour leurs patients.

«Une liberté du patient écornée»: il s'agit ici du reproche le plus grave et le plus faux. Les projets auxquels le réseau s'est attelé sont:

- *Filière soins palliatifs*: amélioration de l'offre de soins palliatifs, définition des règles de collaboration

entre acteurs concernés, développement de la formation, propositions pour compléter la chaîne de soins, dont on sait qu'elle est notamment incomplète dans la région lausannoise.

- *Filière psychiatrie chronique*: amélioration de la prise en charge des personnes atteintes de maladies psychiques chroniques, par une meilleure coordination entre CMS, psychiatrie publique, médecins généralistes, psychiatres, EMS, notamment.
- *Filière structures intermédiaires*: développement des structures intermédiaires, modalités d'information aux demandeurs (médecins installés, familles, CMS, etc., négoc-

ciations pour une meilleure reconnaissance financière, etc.

- *Filière personnes âgées dépendantes*: mise en place d'un système d'orientation qui permette un accès équitable aux structures nécessaires, ainsi qu'une meilleure information à l'ensemble des partenaires.

En vous remerciant de bien vouloir publier notre point de vue dans la prochaine parution du *CMV*, nous vous prions de croire, Monsieur le rédacteur, à l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Marcel Gorgé, président
Marc Vuilleumier,
président du comité
Dr Jean-Philippe Grob,
membre du comité

Calendrier médical vaudois

Période du 1^{er} janvier au 16 février 2001

MARDI 9 JANVIER 2001

14 h 15-15 h 15: Colloque multidisciplinaire de médecine intensive - «Recherche soins intensifs de médecine» - CHUV, BH05-301 - Renseignements: 021/314 20 03.

JEUDI 11 JANVIER 2001

12 h 30-13 h 30: Colloque lausannois d'immuno-allergologie - Séminaire de formation continue HIV - CHUV - Renseignements: tél. 021/314 07 90 ou 021/314 08 00.

14 h 15-15 h 45: Conférence CEPUSPP - Professeur I. Blackburn: «La thérapie cognitive de la dépression est-elle une thérapie de recouvrement?» - Prilly, auditoire de la Clinique psychiatrique universitaire, site de Cery - Renseignements: tél. 021/314 19 60.

18 h-19 h: Colloque ORL - Dr R. Maire: «Dysfonction vestibulaire dans la névrite vestibulaire, la labyrinthite virale et la maladie de Ménière» - CHUV, Lausanne, auditoire 1 Alexandre-Yersin, NH 08 - Renseignements: tél. 021/314 11 11.

MARDI 16 JANVIER 2001

8 h 15-9 h 45: Séminaire de recherche clinique - M. M. Reicherts - Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A (1^{er} étage) - Renseignements: tél. 021/314 19 60.

9 h-12 h et 14 h-17 h: Séminaire de travail - M^{me} E. Pancheri: «La thérapie individuelle d'orientation systémique» - Prilly, site de Cery - Renseignements et inscriptions: tél. 021/643 64 01 ou fax 021/643 65 93.

14 h 15-15 h 15: Colloque multidisciplinaire de médecine intensive - «Présentation de cas, néonatalogie» - CHUV, BH05-301 - Renseignements: tél. 021/314 20 03.

18 h 30: Colloque hospitalo-régional de Morges - Dr D. Hessler: «Quoi de neuf pour la prostate» - Morges, auditoire de l'ESIM - Renseignements: tél. 021/801 92 11.

MERCREDI 17 JANVIER 2001

17 h 30: Colloque romand de radiologie - J.-Y. Meuwly: «Nouvelles séquences en échographie» - CHUV, Lausanne, auditoire 2, niveau 08 - Renseignements: tél. 021/314 45 56.

JEUDI 18 JANVIER 2001

10 h 30-12 h: Psychiatrie-Conférence du jeudi - Professeur F. Borgeat: «Evidence based psychothérapie de la dépression» - Nyon, Clinique de la Métairie - Renseignements: 022/361 15 81.

12 h 30-13 h 30: Colloque lausannois d'immuno-allergologie - Dr M. Östensen: «Grossesse et LED» - CHUV, auditoire Charlotte-Olivier, BH-08 - Renseignements: tél. 021/314 07 90 ou 021/314 08 00.

14 h 15-15 h 45: Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Professeur F. Ansermet & D^{resse} C. Muller Nix: «Psychopathologie et périnatalité, la question de la causalité psychique» - Lausanne, Bâtiment Nestlé, av. P-Decker (niveau 5) - Renseignements et inscriptions: M^{me} F. Evrard, SUPEA, tél. 021/314 19 60.

14 h 15-15 h 45: Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - Dr J.-M. Porret: «Sémiologie de base en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent» - Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A - Renseignements et inscriptions: M^{me} F. Evrard, SUPEA, tél. 021/314 19 60.

16 h-17 h 30: Colloque de la formation continue de la division de cardiologie du CHUV - Professeur P. Guex: «Dépression, hostilité et facteurs psychosociaux dans la maladie coronarienne et l'insuffisance cardiaque» - CHUV - Renseignements: Dr A. Jaussi, tél. 024/425 52 44.

18 h-19 h: Colloque postgradué O.N.O - Drs F.-X. Borruat et J. Kutter - CHUV, Lausanne, auditoire 1 Alexandre-Yersin, BH 08 - Renseignements: tél. 021/314 11 11.

VENDREDI 19 ET SAMEDI 20 JANVIER 2001

9 h 15-16 h 45: Séminaire de travail - M^{me} A. Sorrentino: «Troubles de la personnalité et troubles de la conduite alimentaire» - CERFSASY, Neuchâtel, Beaux-Arts 19 - Renseignements et inscriptions: tél. & fax 032/724 24 72.

MARDI 23 JANVIER 2001

14 h 15-15 h 15: Colloque multidisciplinaire de médecine intensive - «Journal Club des soins intensifs de chirurgie» - CHUV BH05-301 - Renseignements: tél. 021/314 20 03.

JEUDI 25 JANVIER 2001

12 h 30-13 h 30: Colloque lausannois d'immuno-allergologie - Présentation de cas - CHUV, salle de colloque 18-549, BH-18 - Renseignements: tél. 021/314 07 90 ou 021/314 08 00.

13 h 30-16 h: Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent - M^{me} C. Frédérick-Libon: «Apport des techniques projectives dans l'investigation de l'enfant et de l'adolescent» - Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A - Réservé aux psychologues du SUPEA - Renseignements et inscriptions: M^{me} C. Frédérick-Libon, tél. 021/314 19 65 ou 021/314 19 53.

18 h-19 h: Colloque ORL - Drs B. Jacques, Mer & A. Arza: «L'ostéodistraktion» - CHUV, Lausanne, auditoire 1 Alexandre-Yersin, BH 08 - Renseignements: tél. 021/314 11 11.

DIMANCHE 28 ET LUNDI 29 JANVIER 2001

Colloque lausannois d'immuno-allergologie - SSAI, Gstaad - Renseignements: tél. 021/314 07 90 ou 021/314 08 00.

MARDI 30 JANVIER 2001

14 h 15-15 h 15: Colloque multidisciplinaire de médecine intensive - «Confrontation pathologico-clinique, soins intensifs de médecine» - CHUV BH05-301 - Renseignements: tél. 021/314 20 03.

MERCREDI 31 JANVIER 2001

10 h 30-12 h: Colloque neuropédiatrique-pédo-psychiatrie – Professeurs T. Deonna & F. Ansermet – CHUV, Lausanne, salle de colloques du BH11 – Renseignements: D^{resse} C. Rodrigues-Dagaëff.

JEUDI 1^{ER} FÉVRIER 2001

12 h 30-13 h 30: Colloque lausannois d'immun-allergologie – D^r Th. Kuntzer: «Maladies inflammatoires isolées du nerf périphérique et du muscle: syndromes connus et émergents dans une consultation neurologique» – CHUV, auditoire Placide-Nicod, HO – Renseignements: tél. 021/314 07 90 ou 021/314 08 00.

14 h-15 h 30: Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – D^{rs} V. Dolivo & S. Sanchez: «Questions de technique en psychothérapie d'enfants» – Vevey, Service de psychiatrie d'enfants et d'adolescents du secteur Est Vaudois, av. Général-Guisan 26 – Renseignements et inscriptions: SSPPEA, tél. 021/925 86 46.

14 h 15-15 h 45: Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – D^r Ph. Stéphan & M^{me} D. Didisheim: «Thérapie de famille en pédo-psychiatrie» – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A (1^{er} étage) – Renseignements et inscriptions: F. Evrard, tél. 021/314 19 60.

14 h 15-15 h 45: Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – D^r J.-M. Porret: «Problématique des limites: statut de l'objet chez les états limites» – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A, bureau du D^r J.-M. Porret, 2^e étage – Renseignements et inscriptions: F. Evrard, tél. 021/314 19 60.

18 h-19 h: Colloque ORL – D^{rs} F. Waridel & J. Cherpillod: «La section amygdalienne partielle chez l'enfant: Etude rétrospective» – CHUV, Lausanne, auditoire 4 Matthias-Mayor, BH 08 – Renseignements: tél. 021/314 11 11.

VENDREDI 2 FÉVRIER 2001

9 h 15-16 h 45: Séminaire de travail du Centre d'étude de la famille, Lausanel – D^r M. Vannotti & M. O. Real del Sarte: «Echanges entre générations et changements» – CERFSASY, Neuchâtel, Beaux-Arts 19 – Renseignements et inscriptions: tél. & fax 032/724 24 72.

MARDI 6 FÉVRIER 2001

14 h 15-15 h 15: Colloque multidisciplinaire de médecine intensive – «Recherche en néonatalogie» – CHUV BH05-301 – Renseignements: tél. 021/314 20 03.

JEUDI 7 FÉVRIER 2001

17 h 30: Colloque romand de radiologie – C. Becker: «Computed tomography of the coronary arteries» – CHUV, Lausanne, auditoire 2, niveau 08 – Renseignements: tél. 021/314 45 56.

JEUDI 8 FÉVRIER 2001

12 h 30-13 h 30: Colloque lausannois d'immun-allergologie – Professeur M. Seitz: «Molecular and cellular effects of methotrexate» – CHUV, salle de séminaire 3, BH-08 – Renseignements: tél. 021/314 07 90 ou 021/314 08 00.

14 h 15-15 h 45: Conférence CEPUSP – Professeur Y. Lecrubier: «Comorbidité entre troubles anxieux et dépressifs: des troubles associés ou une seule entité?» – Prilly, auditoire de la Clinique psychiatrique universitaire, site de Cery (bâtiment des admissions, 1^{er} étages) – Renseignements: tél. 021/314 19 60.

16 h-17 h 30: Colloque de la formation continue de la division de cardiologie – D^{rs} E. Eeckhout et T. Grandjean: «24 ans de cardiologie interventionnelle: acquis thérapeutiques, échecs et directions futures» – CHUV – Renseignements: D^r A. Jaussi, tél. 024/425 52 44.

18 h-19 h: Colloque ORL – D^r J.-D. Aubert: «La bronchoscopie dans les infections pulmonaires» – CHUV, Lausanne, auditoire Alexandre-Yersin, NH 08 – Renseignements: tél. 021/314 11 11.

MARDI 13 FÉVRIER 2001

8 h 15-9 h 45: Séminaire de recherche clinique – M. J.-P. Dauwalder – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23 (1^{er} étage) – Renseignements: tél. 021/314 19 60.

9 h-12 h et 14 h-17 h: Séminaire de travail – M^{me} E. Pancheri: «La thérapie individuelle d'orientation systémique» – Prilly, site de Cery – Renseignements et inscriptions: tél. 021/643 64 01.

14 h 15-15 h 15: Colloque multidisciplinaire de médecine intensive – «Présentation de cas, soins intensifs de pédiatrie» – CHUV BH05-301 – Renseignements: tél. 021/314 20 03.

18 h 30: Colloque hospitalo-régional de Morges – D^r A. Meyer: «Traitement chirurgical de l'obésité» – Morges, auditoire de l'ESIM – Renseignements: tél. 021/801 92 11.

JEUDI 15 FÉVRIER 2001

10 h 30-12 h: Psychiatrie-Conférence du Jeudi – M. P. Rouget: «Le traitement ambulatoire de la boulimie: une expérience de 15 ans» – Nyon, Clinique de la Métairie – Renseignements: tél. 022/361 15 81.

12 h 30-13 h 30: Colloque lausannois d'immunologie et d'allergologie – D^r F. Lurati: «Vasculites des gros vaisseaux: maladies de Horton et de Takayasu» – CHUV, salle de séminaire 3, BH-08 – Renseignements: 021/314 07 90 ou 021/314 08 00.

14 h 15-15 h 45: Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Professeur F. Ansermet & D^{resse} C. Muller Nix: «Psychopathologie et périnatalité, la question de la causalité psychique» – Lausanne, bâtiment Nestlé, Av. P.-Decker (niveau 5) – Renseignements et inscriptions: M^{me} F. Evrard, SUPEA, tél. 021/314 19 60.

14 h 15-15 h 45: Séminaire d'orientation systémique – M. C. Béguelin: «Thérapie systémique et hypnose éricksonienne pour les enfants et adolescents anxieux et phobiques» – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A (1^{er} étage) – Renseignements et inscriptions: M^{me} F. Evrard, tél. 021/314 19 60.

18 h-19 h: Colloque ORL – D^r C. Mazzocato: «Prise en charge de la dyspnée terminale: implications cliniques et éthiques de la sédation terminale» – CHUV, Lausanne, auditoire Alexandre-Yersin, NH 08 – Renseignements: tél. 021/314 11 11.

DU 26 FÉVRIER AU 30 SEPTEMBRE 2001

Formation postgradué en ingénierie biomédicale – Informations: Laboratoire de génie médical, PSE-EPFL, tél. 021/693 83 45, fax 021/693 83 05, e-mail: virginie.clerc@epfl.ch, site: <http://biomed.epfl.ch/postgrade>

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 19 février 2001 et le 13 avril 2001: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 15 janvier 2001.

Des **DOSSIERS MÉDICAUX** sur mesure?
La solution: une équipe performante à votre disposition!



IMPRIMERIE FLEURY IPH & CIE

Rue de Chamblon 34 • 1400 Yverdon-les-Bains • Tél. 024/425 90 19 • Fax 024/425 62 12 • E-mail: fleury@fastnet.ch

Axotide® Nebules: PA:

Fluticasonum (ut Fluticasoni-17-propionas). **I:** Adultes et adolescents à partir de 16 ans: traitement de base anti-inflammatoire de l'asthme sévère. Enfants et adolescents de 4 à 16 ans: traitement des exacerbations aiguës de l'asthme bronchique. **P:** Axotide Nebules sont exclusivement destinés à l'inhalation. Adultes et adolescents à partir de 16 ans: 0,5 à 2 mg deux fois par jour. Enfants et adolescents de 4 à 16 ans: jusqu'à 1 mg deux fois par jour (le traitement avec la dose journalière maximale de 2 mg ne doit pas dépasser 7 jours). **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants d'Axotide Nebules.

PC: La réponse au traitement devrait être surveillée à l'aide de tests d'exploration fonctionnelle respiratoire. En cas de nécessité d'augmenter la dose du β_2 -agoniste, reconsidérer le schéma thérapeutique et envisager une augmentation posologique de la corticothérapie. Chez un faible nombre de patients, l'inhalation de fortes doses (>1 mg/d) peut entraîner une baisse du taux de cortisol plasmatique, tandis que la fonction corticosurrénaliennne et la capacité de réserve surrénaliennne restent en général dans les limites de la normale. Dans des cas isolés, notamment chez les patients traités par des fortes doses quotidiennes (maximales) sur une longue période, une insuffisance corticosurrénale peut survenir. Une suppression prolongée de l'axe hypothalamo-surrénalien peut éventuellement provoquer des effets secondaires systémiques. On arrêtera resp. réduira avec une grande prudence les doses de corticostéroïde chez les patients dont la fonction corticosurrénaliennne est diminuée à la suite d'une corticothérapie ou long cours, soit systémique, soit inhalée à doses élevées. Une prudence particulière est de mise avec les patients atteints de tuberculose pulmonaire active ou quiescente, ou de mycose pulmonaire. Catégorie de grossesse C. **EI:** Enrouement, infection à *Candida albicans* localisée à la muqueuse buccale et pharyngée, réactions d'hypersensibilité cutanée, bronchospasme paradoxal. **IA:** Prudence avec les inhibiteurs puissants connus de l'enzyme CYP3A4. Catégorie de vente B. Pour de plus amples informations veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

Bon pronostic avec nébulisation

Le traitement anti-inflammatoire de base dans l'asthme bronchique; traitement des exacerbations aiguës

Axotide®
nebulles®
Propionate de fluticasone



Remboursé par les caisses

Pour enfants et adolescents

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome AG · 3322 Schönbühl
www.glaxowellcome.ch

MOBILIS



www.mobilis.ch



Mobilier contemporain - Sortie autoroute - 1728 Rossens - 026 411 36 76