

COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

Le médecin et la «maltraitance»

Prescription des médicaments génériques

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

1
FÉV.
1997



Une association antihypertensive précise

5 mg de ramipril + 6 mg de pîretanide

Trialex[®]

Un nouveau progrès



Hoechst Pharma AG
Herostrasse 7
8048 Zurich
Tél. 01 434 25 25

Hoechst Marion Roussel
a division of Hoechst Pharma AG

Plus que des médicaments.

Hoechst

Information sur Trialex[®] (ramipril + pîretanide). **Indication:** Hypertension essentielle justiciable d'un traitement en association. **Posologie:** 1/2 compr./j, avant, pendant ou après un repas. Au besoin, la dose peut être augmentée à des intervalles de 2 à 3 semaines. Dose quotidienne maximale: 2 compr. Chez les patients préalablement traités par un diurétique, arrêter le traitement diurétique ou en réduire la posologie au moins 2 ou 3 jours avant le début du traitement par Trialex[®]. Si la clairance de la créatinine est comprise entre 30 et 60 ml/min/1,73 m² de surface corporelle, de même que chez les patients âgés, ajuster la posologie de chacune des deux composantes du médicament. Dose d'entretien: 1/2 compr., au maximum 1 compr./j. **Contre-indications:** Hypersensibilité au Trialex[®], aux sulfamides et à l'amidon; antécédent d'oedème angioneurotique; sténose de l'artère rénale à retentissement hémodynamique; obstacle au remplissage ou à l'éjection ventriculaire gauche; anomalies électrolytiques cliniquement notables; perturbations graves de la fonction hépatique. L'expérience acquise chez l'enfant, en cas d'insuffisance rénale grave ou chez des patients dialysés est insuffisante. Eviter l'emploi simultané de membranes de forte perméabilité et du Trialex[®] pour une dialyse en urgence. **Précautions:** Surveiller les patients atteints d'hypertension artérielle sévère, surtout d'hypertension maligne, ceux qui présentent une insuffisance cardiaque sévère concomitante ou une sténose de l'artère rénale à retentissement hémodynamique, ceux qui présentent déjà ou risqueraient de présenter une déshydratation (déficit hydrosodé) et ceux chez lesquels une diminution tensionnelle exagérée risquerait d'être particulièrement dangereuse. Il est recommandé de surveiller la fonction rénale en cas de maladie rénovasculaire et de contrôler régulièrement les taux sériques de sodium, potassium, calcium, créatinine et acide urique, ainsi que la glycémie. Catégorie de grossesse: Catégorie D. **Effets indésirables:** Sensation de vide dans la tête, avec parfois difficultés de concentration, diminution de la capacité de réaction, fatigue, faiblesse et vertiges, accentuation de l'excrétion liquidienne, allergies cutanées, rarement oedème angioneurotique, troubles gastro-intestinaux, toux sèche, irritative non productive, diminution légère à sévère du nombre d'érythrocytes, du taux d'hémoglobine, du nombre de plaquettes ou de leucocytes, y compris sous forme de neutropénie et d'agranulocytose. **Interactions:** Avec les agents antihypertenseurs, les diurétiques d'épargne potassiques, les sels de potassium, les corticostéroïdes, la carbénoxolone, les autres substances kaliurétiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les glucosides cardiotoniques, le probénécide, les hypoglycémiantes, l'adrénaline, les myorelaxants curarisants, les antibiotiques de la classe des aminosides, les antibiotiques néphrotoxiques, l'alloprinol, les immunosuppresseurs, le procainamide, les cytotostatiques et l'alcool. **Présentations:** Boîtes de 20* et 100* comprimés (B). *Admis par les caisses-maladie. Pour de plus amples informations, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments. Trialex[®] (ramipril); Triatec[®] comp. (ramipril, hydrochlorothiazide).

Editorial

Mauvais traitements: le médecin peut-il, doit-il intervenir?

C'est une chance que le Courrier du Médecin vaudois accueille des contributions autour des mauvais traitements envers les enfants. Nombreux sont désormais les collègues qui, sensibilisés à l'ampleur du phénomène, se penchent avec tact et courage sur le problème et affrontent des situations fort épineuses.

Le médecin praticien peut jouer un rôle essentiel dans une démarche protectrice des mineurs, le cabinet médical étant un lieu de passage où une grande partie de la population se rend régulièrement et se trouve, à cette occasion, dans un état d'esprit plus réceptif aux conseils qu'à l'ordinaire.

Lorsque le médecin est confronté à l'émergence des mauvais traitements, on peut postuler qu'il entre dans son mandat d'intervenir, à chaque fois que la situation l'exige, de façon à assurer la protection des mineurs.

Dr Vanotti, MER¹,

Division autonome de médecine psychiatrique PMU

¹MER, médecin adjoint, Division autonome de médecine psycho-sociale - PMU; Lausanne.

Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

Mauvais traitements:
rôle du médecin

Du déni à la quantification

Le pédiatre
et la maltraitance

Quelques réflexions
du médecin scolaire

ATEMA: le soin psychique
à l'enfant maltraité
ou abusé et à sa famille

12

Communiqués

17

Opinion

19

Calendrier
médical vaudois

Prochaines parutions:

**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

N° 2/97
19 avril 1997
(délai rédactionnel:
24 février 1997)

N° 3/97
14 mai 1997
(délai rédactionnel:
21 avril 1997)

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

Laissez-nous vous soigner!

ROMEDIC SA

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



Clinique
de La Source
Lausanne

Etablissement privé de soins généraux pluridisciplinaires, adapté pour tous traitements chirurgicaux et médicaux ainsi qu'en cas de maternité. Il comprend 120 lits, bénéficie d'une infrastructure et d'une technologie des plus modernes et dispose des services d'un médecin-anesthésiste FMH 24 heures sur 24.

La Source met en location, dès septembre 1997 ou à convenir, à proximité immédiate de son institution

1 CABINET MÉDICAL

comprenant un bureau, une salle d'examens et une salle d'attente ainsi qu'un secrétariat. Ces locaux, d'une surface totale de 75 m², conviendraient particulièrement bien à un **médecin-spécialiste FMH en chirurgie**.

Pour de plus amples renseignements, s'adresser à:
M. Michel R. Walther, directeur, **Clinique de La Source**, avenue Vinet 30, 1004 Lausanne, tél. 021/641 33 33.



MARCEL BLANCHET S.A.

Installations pour médecins
et hôpitaux

Etudes et planifications

Service technique d'entretien
et de réparations



Instrumentation, appareils et implants pour la chirurgie
Tables et lampes d'opérations
Mobilier de stations et de salle d'opération

Agent de:

**AESCULAP – MAQUET
ORIGINAL HANAU**

NOTRE GARANTIE = LA QUALITÉ

En Budron C2 – 1052 Le Mont-sur-Lausanne
Tél. 021/654 30 80 – Fax 021/652 44 10

Fiduciaire

FIDUMA

Conseils

Tél. 021/626 19 62

- Conseiller fiscal
- Organisation d'entreprise
- Expertises, vérification de comptes
- Tenue de comptabilité indépendants et sociétés
- Travaux administratifs
- Gérance et administration immobilières
- Déclarations d'impôts

BMT secrétariat:

- Secrétariat à la carte
- Permanence téléphonique
- Domiciliation d'adresse

Av. d'Echallens 74 – 1000 Lausanne 7 – Fax 021/625 53 36

Dossier

Mauvais traitements: rôle du médecin

Ecouter les enfants

En ce qui concerne les clients enfants ou adolescents, les médecins praticiens qui reçoivent des mineurs doivent considérer les situations de mauvais traitements comme possibles et les mettre dans leur diagnostic différentiel. Il n'est pas aisé de trouver des indices et de poser le diagnostic de violence physique, psychologique ou sexuelle chez les mineurs. De plus, une telle hypothèse provoque des réactions de rejet ou d'évitement.

Lorsque le médecin pense que le mineur en consultation pourrait être impliqué dans une situation d'abus, il devrait commencer par prendre au sérieux ce qu'affirme le jeune. Les mineurs disent maintes fois qu'ils ont essayé de parler de l'abus, mais qu'on ne les a pas crus. Leurs propos ont souvent été qualifiés d'imaginaires ou de mensonges. Parfois, ils ont été punis pour avoir parlé de cela.

La première étape de l'intervention est donc d'écouter les mineurs et de prendre au sérieux ce qu'ils disent, sans avoir recours à une action immédiate et non planifiée. La précipitation a souvent conduit à ne pas établir la réalité de l'abus et donné lieu à des réactions non thérapeutiques, sans buts ou objectifs clairs; en même temps, le plus grand danger consiste à minimiser la situation en ne donnant pas de suite à la révélation faite au médecin. Une mauvaise appréciation peut rapidement fermer le désir d'être entendu de la part du mineur et classer définitivement le médecin dans la catégorie des adultes injustes et négligents. Cette difficulté à décoder les messages des enfants, en introduisant une nouvelle bulle de secrets, risque de faire durer leurs souffrances.

Si le médecin observe positivement qu'un mineur est victime de sévices, mais que la famille nie l'évidence, ou lorsqu'il a la conviction qu'un adulte use de la violence à l'égard de ses enfants, il doit signaler la situation aux autorités concernées. Mais, en ce domaine, les certitudes sont rares. En cas

de doute, pour un avis compétent, les médecins vaudois peuvent toujours faire appel à des spécialistes qui travaillent dans des centres du canton (dont la liste est annexée). En effet, dans les situations de maltraitance, il est particulièrement inconfortable de se sentir seul et de devoir prendre des décisions qui, tout en étant justifiées, peuvent être lourdes de conséquences.

La responsabilité

Dans le cas de mauvais traitements, le médecin doit considérer, sur le plan de la responsabilité légale, sociale et psychologique, la victime comme telle. L'intervention des médecins ne peut interférer avec la responsabilité primaire, morale et éthique, de protéger l'enfant du mauvais traitement. L'enfant doit avant tout être protégé, et les mauvais traitements interrompus. L'agresseur doit être mis en situation de ne plus nuire.

L'enfant abusé est effectivement une victime et le parent qui le maltraite

abuse en réalité de son propre rôle d'autorité.

Il convient de souligner la différence de pouvoir entre l'adulte violent et l'enfant abusé. Les enfants sont tenus, parfois, pour responsables des mauvais traitements qu'ils subissent. Mais même si l'enfant peut déclencher des comportements qui sont à la base des abus familiaux, cela ne veut pas dire en être responsable.

La responsabilité des parents dans le fait qu'ils ont commis des erreurs à l'égard des enfants ne peut être ignorée; ni par les parents eux-mêmes, ni par les médecins. Le chemin qui consiste à nier, minimiser, banaliser n'est pas fructueux.

Prendre conscience du phénomène des mauvais traitements

Le médecin peut éprouver des sentiments qui se rapprochent assez souvent de ceux des patients eux-mêmes:

Jeudi de la Vaudoise

20 mars 1997, Auditoire César-Roux, CHUV

Psychologie médicale: la communication difficile entre le patient et son médecin

Modérateur: Dr Jean-Paul Bussien

9-10 heures

Séance plénière à l'Auditoire César-Roux.
Aspects théoriques et pratiques de la communication difficile:
Prof. Patrice Guex et Dr Marco Vannotti

10 heures-10 h. 30

Pause

10 h. 30-12 heures

Séminaires interactifs:
en prolongement de l'exposé qui précède et à l'aide d'une histoire clinique, discussions et élaborations sur la communication difficile en utilisant le regard croisé du psychiatre et du médecin de famille.

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

peur, sentiment d'impuissance et de perte de contrôle. Malheureusement, beaucoup de médecins ont tendance à affronter ces sentiments en utilisant des stratégies analogues à celles des auteurs mêmes de la violence, c'est-à-dire en minimisant. Ils en arrivent ainsi à rationaliser le problème, en usant d'arguments justificateurs déplacés, ou à dénier purement et simplement son existence.

Or, une telle méconnaissance de la part du médecin engendre une série d'effets pervers: l'incapacité du professionnel à identifier ce type de violence augmente le sentiment d'isolement de la victime et peut achever de la convaincre qu'il n'existe pas de possibilité de fuir la situation d'abus. Enfin, si la violence familiale n'est pas identifiée – la chose est connue – elle tend à se développer, soit en fréquence, soit en amplitude.

La maladie comme facteur de risque

Chez l'adulte qui est parent, la survenue de la maladie se répercute, à différents niveaux, sur sa vie relationnelle et familiale. Elle agit sur la relation du parent malade à ses enfants en limitant son aptitude à protéger les enfants mineurs ou en favorisant leur exploitation. La nécessité de penser à sa propre santé et la peur de la mort peuvent de plus rendre le parent malade négligent ou violent. La maladie amène alors le parent à utiliser son enfant, à exercer son emprise sans respecter l'intégrité physique ou psychique de celui-ci.

En effet, la maladie peut motiver ou accentuer chez le parent des comportements qui s'avèrent maltraitant à l'égard des mineurs dont il a la charge. Deux cas de figure sont possibles. Les compétences parentales peuvent s'altérer dans le sens d'un déficit ou d'une déprivation progressive: l'enfant souffre alors de négligence, voire d'abandon. L'altération de la fonction parentale peut prendre une forme plus active: nous assistons alors soit à la survenue de comportements violents, soit à celle de mauvais traitements psychologiques.

La réponse de l'enfant à la maladie du parent

La maladie modifie la perception de soi et le comportement relationnel du patient; elle peut altérer, en particulier, ses capacités éducatives. Comment l'enfant lui-même perçoit-il la maladie de son parent et ajuste-t-il à cet événement potentiellement traumatique, sa propre conduite et ses propres ressources relationnelles?

Centres auxquels les médecins vaudois peuvent faire appel en cas de suspicion de mauvais traitements, pour un conseil, où, le cas échéant, pour signaler une situation.

- CAN TEAM, Service de pédiatrie, Dr J.-J. Cheseaux, CHUV, 1011 Lausanne, tél. 021/314 36 19.
- Unité ATEMA (accueil et traitement de l'enfant maltraité et abusé), Dr O. Bonard, av. de la Gare 34, 1022 Chavannes, tél. 021/635 42 42, fax 021/635 73 63.
- Centre LAVI, place Bel-Air 2, 1003 Lausanne, tél. 021/320 32 00.

Groupes de références

- Lausanne: rue Eglantine 6, tél. 021/316 53 36, Natel 079/203 63 63.
- Vevey-Montreux: av. Général-Guisan 26, Vevey, tél. 021/921 17 93.
- Nyon (secrétariat du directeur de l'Hôpital de Nyon): tél. 022/361 61 61.
- Service de protection de la jeunesse BAP, 1014 Lausanne, tél. 021/316 53 56.
- Police cantonale de sûreté, brigade des mineurs, tél. 021/644 44 44.

Les enfants réagissent à la maladie par un ensemble de comportements qui visent, de façon plus ou moins explicite, à la «réparation» de l'adulte malade. La maladie fait parfois perdre les capacités de mesurer l'ampleur des requêtes que les adultes malades formulent et celles-ci, en se multipliant déraisonnablement, viennent peser lourdement sur les enfants. Le parent pourrait en venir à exploiter les ressources du mineur pour garantir sa propre survie psychologique. L'enfant se résout, de façon généralement tacite, à endosser un rôle de soutien et renonce à ses besoins d'être compris et soigné.

Souvent, la signification des comportements réparateurs n'est pas décelée par l'adulte. Le parent, affaibli par la maladie, peut ne pas être capable d'appréhender ce souci et cet effort de l'enfant. La réponse à ces comportements relève parfois de la négligence et du rejet.

Protéger les enfants lorsque la maladie entrave la fonction parentale

La protection des mineurs est vécue par beaucoup de médecins comme une fonction étrangère à leur profession, sous peine de perdre le rapport thérapeutique avec le patient. Pourtant, il faut se rendre compte qu'il existe des parents qui ne sont pas capables de demander de l'aide pour leurs enfants, ni d'assumer une position autocritique par rapport à la façon dont ils exercent leur rôle parental, d'autant plus lorsqu'ils sont malades.

D'un point de vue éthique, les obstacles qui entravent l'engagement du médecin relèvent bien de préjugés qui restent implicites et non soumis à la critique. Il s'agit en premier lieu de préjugés non réalistes concernant la violence des familles, et, en second lieu,

d'évaluations par trop optimistes des fonctionnements familiaux, qui procèdent d'une sorte de mystification des capacités protectrices de la famille.

Aujourd'hui encore, de nombreux médecins partagent la croyance – erronée – que la violence familiale est un phénomène rare, qu'elle est absente des familles qui ont une apparence normale, qu'elle est une affaire privée qui se résout mieux en l'absence d'interférences externes et, enfin, que les victimes sont d'une façon ou d'une autre responsables de l'abus dont elles sont victimes. La famille est le système naturel d'appartenance, dans lequel les enfants tissent leur rapports significatifs en exerçant et en subissant des influences sur le plan du comportement, des émotions, des affects. On considère que la famille devrait constituer par essence un milieu protecteur, alors que c'est justement à l'intérieur de la famille que certains enfants sont le plus exposés.

Conclusion

S'il a été postulé qu'un événement morbide contribue à altérer les compétences parentales du patient, c'est que nous avons pris le parti d'une éthique qui met au premier plan l'intérêt supérieur de l'enfant. Le débat autour de la maladie doit tenir compte, certes, du besoin d'être soigné, mais aussi des responsabilités du malade. Il s'agit de responsabilités dont il est investi non seulement vis-à-vis de lui-même, mais aussi à l'égard de ses proches et, a fortiori, des mineurs dont il a la charge. Le droit à être soigné n'autorise en aucune mesure à négliger ou à exploiter les attitudes réparatrices de l'enfant, et encore moins à maltraiter celui-ci et à lui faire violence.

Dr Vanotti, MER,
Division autonome de médecine
psychiatrique PMV

Abus sexuels d'enfants:

Du déni à la quantification

L'émergence d'un phénomène

Il n'y a qu'une vingtaine d'années que les abus sexuels d'enfants (ASE) ont commencé d'attirer l'attention des médecins et des services sociaux et juridiques. Entre leur déni quasi général et traditionnel - fortement rationalisé par la théorie psychanalytique qui longtemps ne voulut y voir qu'une problématique œdipienne - et la reconnaissance très médiatisée de leur ampleur ces dernières années, que s'est-il passé?

A notre sens, trois mouvements d'idées, à peu près contemporains et convergents, ont contribué à ce changement de perspective: les mouvements pédiatrique, féministe et épidémiologique.

a) **La pédiatrie**, à partir des travaux de Kempe (1), décrit en détail la réalité de l'enfant battu; cette prise de conscience, en nettoyant la poussière accumulée jusque-là sous un coin de tapis, préparait l'opinion publique à accepter de lever plus tard un autre coin du tapis, et à découvrir l'ampleur des ASE et leur spécificité. La maltraitance infantile, puis les ASE, deviennent des éléments concrets du paysage clinique des pédiatres; leur réalité est soulignée par une nomenclature propre qui s'impose dans l'*Index me-*

dicus avec, dès 1965, l'introduction du mot-clé «child abuse» et, dès 1987, celle de «child sexual abuse».

b) **La mouvance féministe**, après avoir remporté d'importantes batailles en matière de droits politiques et civiques, parvient, vers 1975, à renverser les préjugés que la société entretient à propos des victimes (adultes) de viol. Celles-ci étaient souvent présumées responsables d'avoir provoqué leur agression par des comportements séducteurs ou vite interprétés comme consentants. Celles qui, malgré ces préjugés, choisissaient de porter plainte, se voyaient en général contraintes à se défendre d'attaques publiques contre leur moralité ou leur crédibilité. Et à celles, largement majoritaires, qui n'osaient pas dénoncer les faits, on reprochait ce silence comme s'il était la preuve qu'elles avaient quelque chose à cacher. Les choses ont commencé à changer lorsque des travaux cliniques (2) ont décrit avec précision les séquelles du traumatisme psychique associé au viol, et esquissé le parcours de la victime à travers une séquence classique de honte, d'auto-culpabilisation et d'enfermement dans le secret. C'est à partir de là que les tribunaux ont adopté à l'égard des victimes de viol une approche plus empathique illustrée, en Suisse, par la Loi sur l'aide aux victimes d'infraction^a.

c) **L'épidémiologie**, à l'interface de la médecine communautaire, de la santé publique et de la sociologie, dessine en l'espace de quelques années une représentation tangible de l'ampleur des ASE, grâce à de nouveaux outils d'investigation et d'analyse statistique que les progrès de l'informatique ont rendus plus performants. Dans une revue de la littérature internationale (3), Finkelhor relève que les taux de prévalence des ASE se situent entre 7 et 36% chez les femmes et entre 3 et 29% chez les hommes, chiffres qui ne sont guère inférieurs à ceux du continent nord-américain.

Ces données ne pouvant plus être ignorées, nous avons entrepris en 1991 de mettre sur pied, en milieu hospitalier (Département de pédiatrie, Hôpital universitaire de Genève), une équipe pluridisciplinaire chargée d'évaluer

tous les cas de maltraitance signalés ou suspectés. De telles équipes avaient commencé à se structurer ici et là depuis une dizaine d'années et constituaient de précieux modèles de référence. Dès le moment où cette équipe («CAN-team» pour Child Abuse and Neglect) a débuté, la problématique des ASE, jusque-là pratiquement inexistante, s'est révélée dans des dimensions plus cohérentes avec celles fournies par l'approche épidémiologique: les ASE devenaient, sous nos yeux, un diagnostic concret et intelligible en tant que source de difficultés psychosociales chez bon nombre d'enfants et d'adolescents. Cette confrontation à une réalité nouvelle nous exposait à deux interrogations complémentaires: d'une part, quelle proportion de la popularité enfantine était-elle représentée par nos consultants? D'autre part, si l'ampleur du phénomène des ASE atteignait, à Genève, l'ordre de grandeur relevé dans les études mentionnées précédemment, les ressources sociales, thérapeutiques et judiciaires locales étaient-elles suffisantes pour y faire face?

C'est de ces interrogations qu'est né le projet d'une étude épidémiologique, la première en Suisse, visant à établir de manière fiable la prévalence cumulée des ASE. Cette étude est le fruit d'une collaboration originale entre des secteurs médicaux et psychosociaux qui sont tous sollicités par la problématique: la pédiatrie, la psychologie, la médecine sociale et préventive et l'épidémiologie, la médecine scolaire et la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. De ce croisement des compétences est issu un travail qui, naguère, eût été impensable, tant il enfrenait les tabous so-

^aLoi sur l'aide aux victimes d'infraction du 4 octobre 1991. Cette loi, qui répond à une initiative populaire de 1980 visant à faire verser par l'Etat une indemnité aux victimes d'infraction, contient aussi des dispositions importantes permettant d'assurer aux victimes assistance, conseils et protection de leurs droits dans les procédures pénales. Elle s'applique aux victimes de toutes formes d'infraction, mais convient spécialement bien aux victimes d'infractions sexuelles, dont le risque de victimisation secondaire liée à la procédure est ainsi diminué.

ASSISTANTE SECRÉTAIRE MÉDICALE

Avec plus de 10 ans d'expérience en médecine interne et pneumologie, recherche poste à plein temps ou 80%.

Disponible de suite ou à convenir, Lausanne ou environs.

Jane-Andrée CHOLLET,
ch. de Villardin 8,
1004 Lausanne,
tél. 021/648 78 57 (matin + soir).

ciaux: interroger explicitement plus de mille adolescents sur un domaine aussi intime et délicat que celui d'une sexualité non voulue, imposée, et potentiellement révélatrice de graves troubles familiaux ou personnels.

Modalités de l'enquête genevoise et principaux résultats

Le questionnaire original conçu pour cette étude comprenait vingt questions, la plupart de type fermé. Avant d'aborder les élèves eux-mêmes, des séances d'information avaient été organisées, d'abord au niveau de la Direction générale du Cycle d'orientation

et du Service de santé de la jeunesse (infirmières et médecins scolaires), puis dans chaque collège, à l'intention du corps enseignant et des autres professionnels attachés à l'école. Dans un deuxième temps, chacune des 68 classes participantes avait été réunie pour annoncer aux élèves le début de l'étude, discuter avec eux du concept même des ASE et des diverses définitions qu'il peut y en avoir, et pour les informer du caractère volontaire, anonyme et confidentiel de l'enquête. Au cours des deux semaines suivantes, à une date qui n'était annoncée à l'avance qu'aux directeurs ou aux doyens des collèges, l'enquête a eu lieu, classe après classe.

Sur 1193 participants potentiels, 1130 étaient présents lors de l'enquête. Aucun refus de participation n'a été enregistré. 548 garçons et 568 filles ont rendu un questionnaire analysable. L'âge des participants allait de 13 à 17 ans et 96,8% étaient âgés de 14 à 16 ans.

Globalement, 60 (10,9%) garçons et 192 (33,8%) filles ont rapporté avoir fait l'expérience d'une activité sexuelle abusive au moins une fois dans leur vie. Ces activités sont décrites selon leurs caractéristiques spécifiques (tableau 1) et regroupées en catégories avec ou sans contact physique (tableau 2). Pour plus de détails, cf. référence bibliographique 4.

Tableau 1. Prévalence des abus selon leurs spécificités et le sexe des victimes¹

	Garçons (n = 548)			Filles (n = 568)			Valeur de p ²
	n	%	IC ₉₅	n	%	IC ₉₅	
<i>Abus sans contact</i>							
Regarder organes sexuels de l'abuseur	16	2,9	1,7-4,7	69	12,1	9,6-15,1	<0,001
Montrer organes sexuels à l'abuseur	13	2,4	1,3-4,0	30	5,3	3,6-7,5	<0,02
Regarder l'abuseur se masturber	8	1,5	0,6-2,9	31	5,5	3,7-7,7	<0,003
Regarder matériel pornographique	28	5,1	3,4-7,3	27	4,8	3,2-6,9	NS
Etre filmé nu(e) pour pornographie	3	0,5	0,1-1,6	4	0,7	0,2-1,8	NS
Etre harcelé(e) sexuellement	2	0,4	0,0-1,3	5	0,9	0,3-2,0	NS
<i>Abus avec contacts</i>							
Faire attouchements sur un autre enfant	2	0,4	0,0-1,3	7	1,2	0,5-2,5	NS
Subir des attouchements de l'abuseur	12	2,2	1,1-3,8	96	16,9	13,9-20,2	<0,001
Faire des attouchements sur l'abuseur	8	1,5	0,6-2,9	27	4,8	3,2-6,8	<0,002
Subir rapports sexuels avec pénétration	3	0,5	0,1-1,6	15	2,6	1,5-4,3	<0,006
Subir pénétration avec doigt ou objet	3	0,5	0,1-1,6	23	4,0	2,6-6,0	<0,001

¹Les participants devaient répondre à la question: «Y a-t-il un adulte ou un enfant plus âgé qui ne vous a pas respecté en vous demandant ou en vous obligeant à...», suivie d'une liste décrivant spécifiquement diverses formes d'abus.

²Signification statistique de la différence de prévalence entre garçons et filles calculée par le test du χ^2 .

³Certains enfants ont vécu plus d'une forme d'abus.

IC₉₅ = intervalle de confiance à 95%.

NS = non significatif.

Tableau 2. Prévalence et distribution des abus par catégorie

	Garçons (n = 548)			Filles (n = 568)			Valeur de p ²
	n	%	IC ₉₅	n	%	IC ₉₅	
Tous abus	60	10,9	8,5-13,9	192	33,8	29,9-37,9	<0,001
Abus sans contact ¹	42	7,7	5,6-10,2	76	13,4	10,7-16,5	<0,002
Abus avec contact, sans pénétration ¹	12	2,2	1,1-3,8	84	14,8	12,0-18,0	<0,001
Abus avec contact et pénétration ¹	6	1,1	0,4-2,4	32	5,6	3,9-7,8	<0,001

¹Catégories mutuellement exclusives. Les enfants ayant rapporté à la fois des abus avec et sans contact ont été uniquement inclus dans la catégorie avec contact.

²Signification statistique de la différence de prévalence entre garçons et filles calculée par le test du χ^2 .

IC₉₅ = intervalle de confiance à 95%.

Les événements rapportés ont eu lieu pour la première fois avant l'âge de 12 ans chez 92 (46,5%) enfants. Pour 97 (59,5%) filles et 29 (65,9%) garçons abusés, l'épisode abusif constituait un événement unique. Des récitives ont été plus fréquemment décrites dans les abus avec contact physique (46,3%) que dans les abus sans contact (28,6%, $p < 0,02$). Sur l'ensemble des ASE pour lesquels cette précision a été obtenue, 139 (62,1%) ont été le fait de personnes connues par leurs victimes. La proportion des abus commis par un membre de la famille (au sens large) était plus élevée chez les filles (20,5%) que chez les garçons (6,3%, $p < 0,02$). Les abus sans contact physique étaient plus fréquemment le fait d'inconnus (58,3%) que ceux avec contact (22,7%, $p < 0,0001$). Au total, 191 (90,1%) des 212 abus pour lesquels l'information a été donnée, ont été commis par des hommes agissant seuls. Sur 201 abuseurs dont l'âge approximatif a été indiqué par les participants, 71 (35,3%)

étaient âgés de moins de 18 ans au moment des faits (tableau 3).

Conclusions

Si l'on ne retient de ces chiffres que la prévalence des abus présumés les plus graves, c'est-à-dire ceux comportant des rapports avec pénétration, on constate que de tels faits sont survenus chez 1,0% des garçons et 5,5% des filles. Bien que considérablement plus faibles que les chiffres correspondant à l'ensemble des catégories d'ASE, ces taux n'en sont pas moins inquiétants à l'échelle d'une société et indiquent que même un pays socio-économiquement privilégié comme la Suisse n'est pas épargné par ce qui paraît être un phénomène universel.

La réponse positive et sérieuse des jeunes, comme celle des institutions, nous ont conduits à constater qu'à l'orée du troisième millénaire, nous sommes prêts non seulement à penser librement notre société humaine, à en parler tout haut et à regarder sans complaisance, avec le souci de l'exactitude

et de la nuance, ses aspects les plus sombres, mais aussi à œuvrer de manière interdisciplinaire à prévenir les ASE et à mieux répondre aux besoins des enfants et des adolescents qui en sont les victimes.

D^r Daniel S. Halpérin

Références bibliographiques

- (1) Kempe C.H., Silverman F.N., Steele B.F., Droegemueller W., Silver H. «The battered child syndrome.» *J. Am. Med. Assoc.* 1962; 181: 17-24.
- (2) Burgess A., Holmstrom L. «Rape trauma syndrome.» *American Journal of Psychiatry* 1974; 131: 981-986.
- (3) Finkelhor D. «The international epidemiology of child sexual abuse.» *Child Abuse Negl.* 1994; 18: 409-417.
- (4) Halpérin D.S., Bouvier P., Jaffé P.D., Mounoud R.L., Pawlak C.H., Laderach J., Rey Wicky H., Astié F. «Prevalence of child sexual abuse among adolescents in Geneva: results of a cross sectional survey.» *Brit. Med. J.* 1996; 312: 1326-1329.

Tableau 3. Caractéristiques principales des victimes et des abuseurs

	Abus sans contact				Abus avec contact			
	Garçons (n = 42)		Filles (n = 76)		Garçons (n = 18)		Filles (n = 116)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Age lors des premiers abus								
<8 ans	4	16,7	13	24,1	5	29,4	19	18,4
8-12 ans	8	33,3	17	31,5	5	29,4	21	20,4
≥12 ans	12	50,0	24	44,4	7	41,2	63	61,2
Pas de réponse ¹	18	—	22	—	1	—	13	—
Nombre d'épisodes abusifs								
1	19	67,9	41	73,2	10	62,5	56	52,3
2-5	8	28,6	14	25,0	3	18,8	37	34,6
≥6	1	3,6	1	1,8	3	18,8	14	13,1
Pas de réponse ¹	14	—	20	—	2	—	9	—
Relations avec abuseur(s)								
Membre de la famille	2	6,7	8	12,1	1	5,6	28	25,5
Connaissance hors famille	20	66,7	10	15,2	11	61,1	59	53,6
Inconnu	8	26,7	48	72,7	6	33,3	23	20,9
Pas de réponse ¹	12	—	10	—	0	—	6	—
Sexe du (des) abuseur(s)								
Homme	26	86,7	52	92,9	12	66,7	101	93,5
Femme	4	13,3	2	3,6	5	27,8	2	1,9
Homme et femme	0	0,0	2	3,6	1	5,6	5	4,6
Pas de réponse ¹	12	—	20	—	0	—	8	—
Age du (des) abuseur(s)								
<18 ans	13	48,1	11	22,0	5	27,8	42	39,6
18-34 ans	10	37,0	16	32,0	8	44,4	37	34,9
≥35 ans	4	14,8	23	46,0	5	27,8	27	25,5
Pas de réponse ¹	15	—	26	—	0	—	10	—

¹Les participants pouvaient, selon les questions, répondre: «Je ne me souviens pas», «Je ne veux pas répondre», «Cela ne m'est jamais arrivé», ou ils pouvaient simplement s'abstenir de répondre. Les pourcentages ne prennent en compte que les réponses effectives.

Le pédiatre et la maltraitance

Chaque jour, des enfants sont maltraités par leur médecin. A quelques minutes de vie, ils reçoivent une injection de vitamine K, pour être poursuivis ensuite à intervalles réguliers par les aiguilles de nos vaccins.

L'ambulance est appelée pour un enfant malade. Sur place, les ambulanciers trouvent l'enfant mort: sur la peau, de multiples ecchymoses, sur le crâne, l'hématome fatal.

Quoi de commun entre ces deux agressions? L'une est rituelle, acceptée et justifiée médicalement, l'autre accidentelle, intolérable.

Dans les deux situations, l'enfant souffre, ne comprend pas, victime d'une force supérieure. Dans le second cas, la violence n'est pas forcément le fruit de la perversion. Un milieu familial rendu inadéquat par l'isolement, le désarroi des parents et l'incompétence pédagogique peuvent suffire à expliquer l'horreur de l'infanticide. Laissons le soin au psychiatre de déterminer s'il y a perversion ou non; la perversion n'est pas le privilège des seules maltraitements sexuelles, comme l'explique le livre récent des psychiatres lausannois M. Hurni et G. Stoll¹.

L'association de ces deux exemples peut paraître choquante. Elle rappelle pourtant que la violence exercée sur un être sans défense n'est pas l'apanage du quart monde, ni d'une ethnie ou d'une culture particulières. Chacun de nous doit systématiquement réfléchir à l'impact de ses actes ou de ses paroles sur un enfant dont la personnalité est en construction. Les attitudes, les mots destructeurs ne sont pas toujours ceux que l'on croit. Sait-on que trop alimenter un nourrisson ou ironiser à répétition sur l'obésité d'un enfant est une forme de maltraitance?

Quelle est la place du pédiatre dans cet univers?

Elle est avant tout dans la prévention. Le pédiatre, le médecin de famille connaît l'environnement psychosocial d'un enfant. Les examens entourant la naissance, les contrôles à un, deux mois de vie, ces visites que nos assureurs ont tant de mal à assumer, sont la pierre angulaire de cette prévention. C'est dans le cadre de ces examens que le médecin vit la dynamique de la re-

lation parents-enfants, père-mère. Les tensions peuvent être discutées, les mouvements inadéquats corrigés, les violences, physiques ou verbales analysées, leurs conséquences expliquées. Dire qu'un enfant est difficile parce qu'il est malheureux, dire qu'une attitude compréhensive est plus efficace qu'une gifle, dire que les tensions intrafamiliales se traduisent souvent par un comportement agressif chez l'enfant, suffit parfois à soulager l'atmosphère familiale. Ce travail commence déjà avant la naissance, lors de la consultation obstétricale et du cours d'accouchement sans douleur. Les examens du nouveau-né permettent de montrer combien le nourrisson est sensible à la lumière, au froid, à l'état de tension de la personne qui le manipule. Les visites ultérieures renforcent ce message et guident les parents dans l'éducation de leurs enfants.

Le rôle du pédiatre, partagé par tous ceux qui s'occupent de l'enfant, est aussi celui du dépistage. Que faire lorsqu'on découvre des hématomes multiples, des fractures inexplicables, des changements d'attitude? Faut-il intervenir sur le plan médical, psychologique, social ou juridique? Toutes sortes de questions peuvent se poser: ma réaction est-elle excessive? Est-ce que je projette mon propre vécu sur une situation banale? Vais-je dénoncer comme maltraitance un simple trouble de la crase? Comment préciser l'origine des lésions sans être accusateur? Jusqu'où aller sans dépasser mon rôle de médecin?

A ces questions, il n'existe pas de réponse standard. Deux règles peuvent nous guider. La première est de ne jamais refouler ni banaliser une sus-

picion. Trop souvent, après un drame, les langues se délient, et on réalise que tous savaient la violence, les coups, et que tout le monde pensait que c'était à l'autre de réagir.

La seconde règle consiste à veiller en priorité à la santé de l'enfant, sans accuser ni juger le parent suspecté. Notre seule motivation est le bien de l'enfant et cela doit nous préserver des interventions intempestives entraînant ruptures, changement d'école, de médecins, souvent dramatiques.

Enfin, dans ces situations difficiles, où il faut se tenir à distance aussi bien de la démission que de l'activisme, où il faut louvoyer entre déni et fascination, nous ne devrions pas hésiter à partager nos réflexions avec des professionnels venant d'horizons différents. Réflexion qui permet de prendre la distance nécessaire et d'observer la situation sous d'autres angles. D'où l'utilité de ces groupes de réflexion pluridisciplinaires qui éclosent aujourd'hui sous différentes formes dans notre canton.

En conclusion, aussi bien en matière de prévention que de traitement, le mot clé est celui de *respect*: respect de l'enfant, respect des parents maltraitants. «On ne peut pas prétendre respecter un enfant si l'on ne respecte pas les parents dont il est issu»². Fermer les yeux est une forme d'irrespect de l'enfant comme de ses parents.

*Dr Daniel Laufer, pédiatre,
président de la SVM*

¹Maurice Hurni et Giovanna Stoll. *La Haine de l'Amour. La Perversion du Lien*. L'Harmattan, 1996.

²Caroline Eliacheff, dans une interview accordée au *Journal de Genève*, 4-5 janvier 1997.

Attention - Important!

Un individu, vraisemblablement d'origine française, est en train de rendre des visites dites de courtoisie à des médecins ou à d'autres professionnels de la santé. Il emprunte auprès de ces personnes l'argent nécessaire pour, dit-il, rentrer à Paris, prétextant avoir perdu son sac, et signe des reconnaissances de dette.

Se présentant comme un professeur français exerçant en psychiatrie, il semble afficher une large connaissance des gens les plus connus en psychiatrie, en particulier en France. Il se recommanderait, par exemple, des professeurs Cramer et Bosquin.

Agé de 55 à 65 ans, il est distingué et «beau parleur». On peut remarquer un kyste sur l'une de ses paupières.

S'il passe chez l'un d'entre vous, vous êtes priés de le faire patienter et d'appeler immédiatement M. Gisichig, inspecteur de la Sûreté à Genève, tél. 022/427 86 81, ou directement le 117.

Nous vous recommandons, par ailleurs, de transmettre cette information à vos confrères afin qu'ils prennent leurs précautions.

Quelques réflexions du médecin scolaire

Il n'est pas besoin d'organiser de grands débats publics ou de subtiles discussions de spécialistes, du moins pas dans les domaines où l'on peut dès maintenant agir. Si notre préoccupation éthique et nos règles déontologiques doivent être un souci constant dans l'action, le bilan de notre capacité à prendre en charge ce problème est aisément fait en comparant la situation actuelle aux recommandations du rapport fédéral «Enfance maltraitée», paru en 1992. Chacun se forgera rapidement la conviction que nous n'en avons réalisé qu'un dixième, peut-être!

Malgré les progrès faits ces dix dernières années dans l'information et dans la détection des mauvais traitements, un certain nombre de points cruciaux n'ont connu qu'une application partielle et fragmentaire. Je ne citerai que pour mémoire la révision de la Constitution, où l'on songe enfin à introduire des dispositions sociales (art. 31), ce qui est un pas important dans la protection de la famille et de l'enfant; elle est entre les mains de nos conseillers nationaux, que nous réévaluerons prochainement.

Très pratiquement, nous devons poursuivre sans relâche nos efforts sur cinq points principaux.

1. La prévention primaire. Nos actions sont trop discontinues, par manque de moyens éventuellement, mais surtout par manque de planification. Il y a bien eu depuis 1989 quelques passages de la pièce de théâtre «Bouches décousues», des journées pédagogiques sur ce thème dans une minorité d'établissements scolaires, et la volonté de quelques directeurs de systématiser les interventions. Ces actions ont plutôt servi à la sensibilisation, et plus encore à la découverte de nouveaux cas par leur effet incitatif sur la parole des enfants. Rien n'est inscrit dans la durée, c'est-à-dire dans la formation scolaire des élèves dès l'école infantine. Le «permis de prudence» permettrait pourtant qu'on aborde pas à pas les situations délicates, même avec les plus petits, et que l'on mémorise durablement la

conduite à tenir, si l'on prend soin de le discuter page après page. Le temps manque, dit-on, mais c'est compter sans les années de vie gâchées pour ceux qui sont les victimes des mauvais traitements.

2. La formation. Alors que les écoles professionnelles (infirmières, assistants sociaux) et la Faculté de médecine ont relevé le défi et ont mis à leur programme d'enseignement le sujet des mauvais traitements, les écoles normales formant les enseignants n'ont pas d'objectifs dans ce domaine. Cela oblige les services de «santé scolaire», sur ce sujet comme dans d'autres qui n'ont pas directement trait à la pédagogie, de procéder d'abord à une sensibilisation avant de pouvoir commencer à informer et à former: que de temps perdu!

Cet effort de formation pluridisciplinaire est particulièrement nécessaire pour les différents professionnels de la psychologie, de la médecine et de l'action sociale, car il permet de réduire l'écart entre les représentations, les perceptions et les intentions d'intervenir.

3. La structuration des équipes. Il ne faut pas se contenter de répondre au coup par coup. Au contraire, il convient que toutes les équipes travaillant dans des milieux où des mauvais traitements pourraient être découverts se préparent activement à la détection et à l'accueil des confidences. Les démarches à entreprendre, la composition du réseau d'intervention, le rôle et la responsabilité de chacun devraient être définis avant l'événement. Les responsables hiérarchiques, comme cela se pratique encore trop rarement, doivent s'engager personnellement dans les signalements ou les dénonciations aux autorités, et décharger leurs subordonnés de cette tâche.

Tout cela risque cependant de rester au niveau du discours si le modèle «médical» est appliqué, c'est-à-dire que chaque professionnel traite «son» symptôme, celui qu'il reconnaît et considère comme important, en l'absence d'un projet commun.

4. La réaffirmation du cadre juridique. Il faut avoir d'emblée, comme préalable à toute action dans ce domaine, une vision circulaire de l'organisation des échanges, et comme paradigme que l'intervention doit se faire

à plusieurs niveaux. Le secret professionnel doit à cet égard être discuté de manière critique. Les choses seraient beaucoup plus simples si, comme la loi le prescrit, tous les intervenants du domaine de la santé posent comme préalable à leur intervention en faveur d'un client que la confidentialité ne peut être respectée que dans le cadre légal. Et si ces professionnels qui ont connaissance d'un mauvais traitement ne peuvent protéger efficacement l'enfant, pour quelque motif que ce soit, ils doivent en avvertir les autorités.

5. L'efficacité des mesures de protection et la qualité de la prise en charge. On assiste trop souvent aujourd'hui à la délégation du suivi d'une situation d'un service responsable à un autre. Il en résulte ordinairement des interventions ponctuelles, non intégrées dans un projet global bien construit. Cela aboutit à une action insuffisante pour promouvoir de véritables changements dans les contextes maltraitants et modifier durablement les interactions pathogènes. Actuellement il n'existe pas de structure publique ou privée à même d'assurer cette prise en charge globale. La coordination entre les autorités judiciaires (tribunal civil, tribunal des mineurs et justice de paix) en particulier doit être renforcée.

Le cadre juridique doit rester en tout temps le garant des conditions de traitement, et éviter que l'on substitue le traitement à des mesures protectrices.

On aura compris que ce constat s'adresse tant à nous-mêmes qu'aux autres partenaires.

D'autres problèmes importants se posent encore, même si l'on avait réalisé tout ce qui est dit. Comment évaluer correctement les situations de maltraitance psychologique, de carence affective? Durant combien de temps, et sur la base de quels éléments doit-on prévoir le suivi des situations? Enfin, comment faire l'évaluation de notre action, non seulement en matière de protection, mais surtout dans le rétablissement chez l'enfant de son estime de soi et de son équilibre psychique?

On voit que le sujet est loin d'être clos, et que l'énergie consacrée par la société à ce problème ne peut qu'augmenter à l'avenir.

*Dr Virgile Woringier,
chef du Service de santé des écoles,
Lausanne*

ATEMA: le soin psychique à l'enfant maltraité ou abusé et à sa famille

Introduction: le contexte

Depuis l'époque des pédopsychiatres pionniers dans le domaine de l'abus et de la maltraitance pendant laquelle la psychiatrie lausannoise s'est fortement engagée sous l'impulsion de la D^{resse} Odette Masson, le paysage politico-social et sanitaire a beaucoup changé, et de plus en plus vite. D'un sujet dénié par presque tous, l'abus et la maltraitance des enfants se sont transformés en une préoccupation pour le plus grand nombre, qui va bien au-delà d'un phénomène de mode accentué par les moyens de communication des informations. Les volets sont désormais ouverts, et la vue sur le paysage inquiétant qui s'offre désormais à nous ne peut plus être voilée.

Nous nous sommes donc tous mis à agir. Le dépistage, si ce n'est hélas la réelle prévention, a vu ses moyens et son efficacité infiniment augmenter. Il est pratiqué par les médecins de famille, les médecins scolaires et leur équipe d'infirmières et d'intervenants psychopédagogiques, les médiateurs scolaires, les éducateurs dans les milieux de vie ou les milieux ouverts, les enseignants, les éducateurs de la petite enfance, les services hospitaliers, et j'arrête ici une énumération indicative qui ne peut être exhaustive. Tous ces intervenants dans le dépistage sont maintenant mieux formés, donc moins anxieux, plus pertinents, plus efficaces, mieux coordonnés et plus rapides. Ils pénètrent dans ce paysage désolé. Qu'y faire cependant, la cause du mal une fois enrayée?

INFIRMIÈRE ET SECRÉTAIRE MÉDICALE

Diplômée, 35 ans, bonne présentation, excellente maîtrise du PC et connaissance des langues étrangères (Fr./All./Angl./It.), cherche poste de travail 80-100% dans cabinet médical, région lausannoise et Riviera.

Tél. 021/617 82 13 (répondeur).



Il reste alors à tenter de soigner le traumatisme psychique. ATEMA y consacre l'essentiel de ses forces, à côté de ses activités de réseau, de formation et de recherche en psychothérapie.

Substantifique moelle

Comme Babar, Céleste et la vieille dame, l'équipe d'ATEMA arrive devant un paysage psychique dévasté. Qu'avons-nous dans nos petites valises déposées sur un sol calciné?

La guerre contre les rhinocéros que va entreprendre Babar pour mettre le dévastateur hors d'état de nuire est déjà achevée pour nous: les mesures d'urgence de protection de l'enfant ou de l'adolescent sont prises. Ce qui nous importe, c'est la forêt.

Il s'agit de délimiter les zones restées intactes à partir desquelles le reboisement naturel progressif pourra se faire, de repérer les étendues si dévastées que des plantations de pépinières seront nécessaires, de prendre garde à la diversité des essences et surtout de tenir compte du temps nécessaire à cette évolution cicatricielle et récréative en restant patient et vi-

gilant pendant des années (jusqu'à l'instauration après la puberté et l'adolescence d'une vie affective et sexuelle adulte).

Le soin psychique à ce type de patient met en évidence les lignes directrices que nous suivons dans toute psychothérapie: soutien des ressources propres du patient, exploration avec lui des zones fragiles (dans ce cas: traumatisées), mise en relation des divers secteurs repérés entraînant la relance des processus créatifs. Le soin à l'enfant ne va pas sans un soin analogue et préalable à l'adulte qui s'en préoccupe, qui a subi, lui, un traumatisme par mise en ébranlement par résonance de sa propre sexualité infantile, tant il est vrai que notre aide consiste aussi à contenir l'effroi du milieu.

Il reste beaucoup à faire dans ce domaine du soin: sa nécessité reste à démontrer, son efficacité à prouver et sa mise en œuvre à mettre en place plus largement. Les relations avec les confrères soignant les adultes maltraitants et abuseurs sont à établir, et leur rapport à ceux qui sont en charge des mesures répressives à réinventer.

Indications pratiques

Le soin dure donc, suivant les situations, de quelques entretiens à plus d'une année. En cas d'intervention brève, nous voulons compter sur le lien créé à cette occasion pour que le parent revienne nous consulter en cas de réouverture de la blessure à l'occasion d'un nouveau palier dans l'évolution psychique.

Le soin débute dans l'urgence avec consultation immédiate (tél. 635 42 42; pour les confrères: 635 42 45) et se poursuit en coordination avec les autres intervenants du réseau. La psychothérapie au long cours peut être confiée par la suite à un autre thérapeute du SUPEA. Des interventions thérapeutiques différentes peuvent être mises en place parallèlement avec des associations d'usagers telles que «Familles solidaires» et «Faire le pas».

Conclusions

A l'intervention protectrice immédiate (CAN-team par exemple) doit suivre une intervention médiante de type thérapeutique et secondairement préventive de dommages à long terme. L'accent est actuellement mis sur ce second temps encore insuffisamment développé pour lequel la demande de certains patients doit être encouragée,

tant l'idée qu'il suffit de penser le moins possible au traumatisme pour qu'il passe est encore répandue. Il ne suffit pas, et de loin, de dénoncer.

Post-scriptum en forme de dialogue

Le choix de l'illustration de ce court point de vue ne risque-t-il pas d'inciter à penser que le problème dont il traite est en somme bénin, et que l'on dramatise trop?

Ce choix illustre plutôt la nécessité pour ceux qui sont confrontés, comme soignants, à l'effroi de chercher sans cesse à penser l'impensable grâce à leur réserve imaginaire.

Certes, mais faire appel à une histoire d'enfants, n'est-ce pas sous-entendre que votre point de vue est infantile alors qu'il faut traiter de ce problème en adulte?

L'infantile en nous-mêmes est productif du pire (la confusion entre adulte et enfant et l'abus sexuel d'un enfant en est une illustration) comme du meilleur (c'est dans notre infantile que gisent les ressources de notre créativité, notamment notre inventivité thérapeutique).

*Dr O. Bonard, médecin adjoint
Service universitaire de psychiatrie
de l'enfant et de l'adolescent,
Lausanne*

Jeudi de la Vaudoise

24 avril 1997, Auditoire César-Roux, CHUV

Cardiologie: thérapeutiques actuelles

Organisateur: professeur L. Kappenberger
Modérateur: Dr Stanley Hesse

9-10 heures

Séance plénière à l'Auditoire César-Roux.

1. Professeur L. von Segesser: myoplastie – un nouveau traitement chirurgical d'insuffisance cardiaque terminale.
2. Professeur L. Kappenberger: arythmie – de la compréhension à l'interprétation: une nouvelle technique de simulation des troubles du rythme.
3. Dr J. Schläpfer: arythmie – de l'interprétation au traitement.
4. Dr A. Delabays: échocardiographies tridimensionnelles: une approche morphologique à l'intention du praticien.

10 h-10 h 30

*Pause.

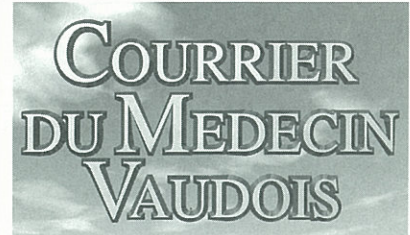
10 h 30-12 h

Séminaires interactifs:
à partir de cas d'arythmies, de syncope, de douleurs thoraciques.

Tuteurs

Professeur L. Kappenberger, D^{resses} F. Depeursinge, J. Landolt, D^{rs} A. Delabays, B. Michel, C.-A. Nacht, M. Savcic, J. Schläpfer, J.-Ch. Stauffer.

Ce cours est soutenu par la firme MSD.



Revue de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM

Dr Daniel Laufer, président
Dr Didier Morin, vice-président
Dr Jean-Marc Mermoud, secrétaire
Professeur Jean-Jacques Goy
Professeur Alain Pécouud
Dr Charles Racine
Dr Patrick Rosselet
Dr Pierre Vallon
Dr Dominique Vaucher

Secrétaire général

Daniel Petitmermet, lic. ès lettres

Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1, Case postale 76
1010 Lausanne 10
Tél. 021/652 99 12
(8 h 30 - 12 heures) – (13 h 30 - 17 h 30)
CCP Lausanne 10-1500-5
Fax 021/652 32 21
e mail: SecGen.SVM
@com.mcnet.ch

Fondation

pour la garde médicale
S.O.S. – Médecin de garde

Tél. 021/652 99 32 (24 heures sur 24)

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

Administration et rédaction

Case postale 76, 1010 Lausanne 10

Régie des annonces

Suisse romande:
Editions de la Tour Lausanne SA
Case postale 75
1052 Le Mont-sur-Lausanne
Tél. 021/652 99 41 – Fax 021/652 98 16

Réalisation

Editions de la Tour Lausanne SA

Communiqués

Valeur du point ambulatoire

**Au groupement des ORL,
Au groupement
des chirurgiens plasticiens
Au groupement
des urologues
Au groupement
des gynécologues**

Messieurs et chers confrères,

Le comité de la SVM accuse réception de vos réactions quant à la circulaire qui a été adressée aux membres de la SVM annonçant une éventuelle adaptation de la valeur du point ambulatoire.

Vous formulez trois reproches principaux quant à la manière dont le comité de la SVM a conduit cette négociation avec les caisses maladie.

- Vous regrettez qu'une consultation n'ait pas été effectuée auprès des membres avant que le comité ne s'autorise à accepter un transfert de Fr. 0.05 des prestations spéciales (PS) sur les prestations générales (PG).
- Le comité vous rappelle qu'il est prévu spécifiquement, à l'article 27a des statuts de la SVM, que la convention ambulatoire est obligatoirement soumise à votation générale à l'exclusion des avenants relatifs à l'adaptation de la valeur du point. Conformément à l'article 44 des mêmes statuts, la négociation de la valeur du point est, par conséquent, du ressort du comité.

- Vous estimez subir un préjudice injustifiable, en tant que spécialistes, à cause de la diminution de la valeur des PS. Le comité est convaincu, sur la base des évaluations effectuées, que la rémunération de la consultation en cabinet ne subira pas, même pour les spécialistes, de diminutions significatives. Il souligne, de plus, que cette mesure ne s'appliquera que jusqu'à l'introduction du GRAT, dont les principes vont, du reste, vers une très nette valorisation de l'acte intellectuel au détriment de l'acte technique. Dans sa décision, le comité a pris en compte, par ailleurs, le *risque* non négligeable de voir la valeur des prestations de laboratoire du cabinet être diminuée à Fr. 1.- avant l'introduction de la nouvelle nomenclature tarifaire.
- Vous estimez finalement que la revalorisation de 1,74% est dérisoire par rapport à la perte de pouvoir d'achat subie depuis l'entrée en vigueur des AFUS. Le comité le regrette tout aussi vivement que vous, mais vous rappelle qu'il était tout simplement impossible d'obtenir une «compensation» de cette perte, puisqu'elle dénaturerait complètement le sens de ces arrêtés fédéraux. De plus, la FVAM a clairement pris position en refusant strictement d'entrer en matière sur ce point.

En conclusion, dans la crise que le système de santé traverse en ce moment, et au vu de la raréfaction des ressources, le comité considère comme un relatif succès l'aboutissement de cette négociation.

Compte tenu des questions que vous avez soulevées, nous nous permettrons de publier cette lettre dans le *Courrier des Médecins*, afin que les membres puissent prendre connaissance de la position du comité.

Nous vous prions d'agréer, Messieurs et chers confrères, l'expression de nos sentiments distingués.

Société vaudoise de médecine
Le président: Dr Daniel Laufer,
le Secrétaire général:
Daniel Petitmermet

Voici un exemple des réactions enregistrées par le comité à l'information sur l'augmentation de la valeur du point

Concerne: «La bonne nouvelle»
Messieurs et chers amis,

En cette période de festivités et d'étrennes, vous vous êtes manifestement senti obligés, vis-à-vis de vos «administrés», de leur offrir un petit cadeau. Malheureusement, ce petit sucre en emballage de fête aura, pour la majorité, un goût très amer.

Adapter (mais réellement!) le point déjà dévalorisé de plus de 10% au cours des dernières années est une ambition légitime. Par contre, modifier le rapport de valeur entre les prestations générales et spéciales est une question stratégique qui ne peut pas être décidée en exclusivité par un petit groupe de trois ou quatre personnes, aussi capables et bien intentionnées soient-elles.

Il y a en effet des prestations spéciales et des prestations «spéciales». Certaines peuvent s'exécuter à la pelle, même en-dehors de la présence du médecin; d'autres, comme pratiquement toutes les prestations spéciales urologiques, ne peuvent se faire que par le médecin.

Ainsi, cette stratégie de réajustement, menée par le comité mal inspiré ou mal conseillé, est un autogoal monumental au détriment d'un grand nombre de praticiens, il est vrai principalement les spécialistes. Les urologues sont particulièrement touchés, car les 99% de nos prestations spéciales sont hautement intellectuelles, au moins autant sinon plus, qu'une consultation et ne peuvent nullement être assimilées à des examens de laboratoire.

L'avenir d'un grand nombre d'entre nous est ici en question, et, sans un consensus général, le comité n'a pas le droit de procéder à des ajustements avec une telle légèreté et désinvolture. Ce genre d'action, pour réussir, exige beaucoup plus de prudence et surtout de réflexion afin de différencier les prestations spéciales intellectuelles

A louer à Bottens (12 km de Lausanne)

LOCAUX
DANS ANCIEN COLLÈGE

Pourraient convenir pour médecin (aucun actuellement pour une population d'environ 900 habitants). Aménagements possibles à convenir, loyer modéré, places de parc.

Pour tous renseignements:
E. Caboussat, municipal,
tél. 079/210 53 24.

Valeur du point - Mode de facturation du corps médical

	Activité hospitalière Division générale	Activité LAA Division générale	Activité hospitalière Division privée	Activité LAA Division privée et semi-privée	Activité ambulatoire de l'hôpital et semi-privée	Activité ambulatoire, cabinet	HDJ
Convention	CVHO	LAA	-	- LAA pour la part chambre commune - hors convention pour la part privée	- Convention tripartite GHRV/SVM/FVAM - LAA ambulatoire	Convention SVM/FVAM	convention HDJ
Utilisation du fonds des honoraires	Oui	Oui	-	Oui	-	-	Oui
Mode de remboursement des caisses	tiers payant	tiers payant	tiers garant	- tiers payant pour la part commune - tiers garant pour la part privée	tiers garant	tiers garant	tiers payant
Nomenclature	NMT+exceptions (voir liste jointe)	CPH	Tarif d'usage privé	- CPH pour la part commune - Tarif d'usage privé pour la part privé	- NMT pour la convention tripartite + exceptions - CPH (tarif orange) pour la LAA	- NMT - Tarif bleu pour la LAA	- NMT - CPH
Valeur du point	1,70 moins retenues destinées au fonds de garantie	3,25 moins retenues destinées au fonds de garantie	selon fourchette du tarif ou autres accords	3,25 pour la part commune moins retenues destinées au fonds de garantie	- NMT: point général: 3,00 point spécial: 2,75 - LAA: 4,95 moins retenues 10 cts pour la gestion du contentieux, moins retenues destinées au fonds des honoraires	- NMT: point général: 3,00 point spécial: 2,75 laboratoire: 2,75 - LAA: 4,95 laboratoire: 1,00	- CVHO: 2,75 3,00 - LAA: 4,95 moins retenues destinées au fonds de garantie

(comme les examens endoscopiques, par exemple) des autres. La revalorisation du point ne doit pas avoir pour conséquence la dévalorisation d'un nombre important de nos prestations *spéciales intellectuelles*.

Je demande instamment un retour immédiat à la concertation intelligente, tout en attendant avec impatience votre réponse pour savoir comment

vous pensez sortir de la fausse route où vous nous avez entraînés. Je souhaite ardemment que 1997 vous apporte une nouvelle inspiration empreinte de bon sens, mais sans aucun dogmatisme aveuglant.

*Docteur Predrag Banic,
spécialiste FMH en urologie,
ancien chef de clinique*

A remettre

CABINET MÉDICAL

situé à Lausanne,
rue Centrale 9

Composé de 4 pièces équipées, matériel courant de médecine générale (descriptif détaillé sur demande).

Conditions à discuter.

D^r Camille MERMOUD,
tél. privé 021/728 11 81.

utilisée par tout médecin, quelle que soit sa spécialité.

Le libellé de cette prestation est, par ailleurs, suffisamment précis puisqu'il s'agit d'un supplément pour examen plurisystémique en pathologie interne. Cet examen nécessite un temps prolongé.

Par temps prolongé, le Comité de la SVM estime que cet examen doit être effectué en au moins une demi-heure. Si l'examen clinique ne dépasse pas quinze minutes, la position 21 est utilisée. S'il dépasse le premier quart d'heure, la position 18 et la 21 sont utilisées. Si la consultation se prolonge au-delà de la demi-heure, à cause d'un examen plurisystémique *détaillé*, la position 23 peut être facturée.

Le Comité de la SVM

Attention:

«Petit parapluie»

Pour les assurés des caisses maladie romandes (COSAMA) ayant choisi une couverture d'assurance dite du «Petit parapluie», limitant le choix des établissements dans lequel ils peuvent être hospitalisés, le groupement des médecins travaillant en cliniques privées, le bureau de la commission des médecins hospitaliers et les représentants du corps professoral du CHUV ont accepté, dès le 1^{er} janvier 1997:

- La facturation des prestations au bas de la fourchette du Tarif d'usage privé de la SVM.
- L'élaboration d'une dizaine de **Forfaits par pathologie** qui seront présentés à COSAMA au plus tard à la fin du premier trimestre 1997. Leur mise en application *à titre expérimental* est prévue au courant du deuxième trimestre 1997. En coordination avec les services administratifs des établissements, les médecins du CHUV, ceux du GHRV et les médecins travaillant en cliniques privées élaboreront des listes différenciées de FPPs.

SECRÉTAIRE MÉDICALE

Recherche un poste dans la région Vevey-Montreux-Villeneuve.

Dès le 1^{er} février 1997 ou date à convenir.

Chaney Christine,
Av. du Châtelard 14,
1815 Clarens, tél. 021/964 71 78.

Utilisation de la position 0023 de la NMT

A la suite de plusieurs affaires litigieuses, le Comité de la SVM a tenu à préciser l'usage qui peut être fait de la position 0023.

En premier lieu, le Comité de la SVM souligne qu'à aucun moment il n'a été question de restreindre l'utilisation de la position 23, qui peut être

Règles de procédure entre la Société vaudoise de médecine et la Société vaudoise de pharmacie à propos de la prescription des médicaments génériques et de leur délivrance en pharmacie

Faisant suite à plusieurs émissions télévisées, publications dans les médias et surtout recommandations diverses des caisses-maladie adressées à leurs assurés, le comité de la Société vaudoise de médecine, par l'intermédiaire de la CPAP et le comité de la Société vaudoise de pharmacie. Ils proposent aujourd'hui à leurs membres des règles de procédure rappelant certains principes de base pour une prescription et une délivrance correctes et coordonnées des médicaments et en particulier des génériques.

Principes généraux

1. Le médecin est seul prescripteur. Le pharmacien s'engage à délivrer exactement les traitements prescrits.
2. En cas de problème avec la prescription, le pharmacien prend contact discrètement avec le médecin par téléphone. Si le médecin n'est pas accessible et que l'urgence commande la délivrance de médicaments, le pharmacien s'en acquittera au plus proche de l'intention du prescripteur. Il en informe le médecin dès que possible.
3. L'urgence sursoit à toute autre disposition.
4. Sauf faute professionnelle grave, le médecin et le pharmacien veilleront à ne pas critiquer devant le patient les décisions prises par l'autre partenaire.

Principes relatifs à la substitution de médicaments par le pharmacien

1. En cas de prescription d'une préparation originale, la substitution ne peut intervenir qu'avec l'accord préalable du médecin.
2. En cas de prescription d'un médicament générique, le médecin indiquera par un point d'exclamation (!) qu'il désire qu'on s'y tienne. Dans les autres cas, le pharmacien peut substituer le médicament générique prescrit par un autre.
3. Si le médecin veut laisser au pharmacien le soin de remettre au patient la préparation générique la plus appropriée:
 - il fera suivre le nom de la DCI ou de la spécialité des expressions *aut idem* ou *aut genericum* et il prescrira la dose, la durée du traitement et la forme galénique.

4. Lorsque le pharmacien doit choisir un médicament générique, outre le prix, il tiendra compte, dans la mesure du possible, de:
 - l'enregistrement à l'OICM;
 - la présence dans la LS;
 - la stabilité;
 - la disponibilité sur le marché sans restrictions;
 - des critères de confort pour le patient (galénique, goût, excipients, emballage).

- l'existence de tests de bioéquivalence au-delà des exigences de l'OICM;
- la gamme de dosages et de formes galéniques disponibles;
- la qualité de la documentation, information exhaustive des professionnels (y compris sur les adjuvants);
- la participation du fabricant à l'élaboration de matériel didactique pour les professionnels à l'attention des patients, visant à améliorer le taux de succès thérapeutiques (observance, usage correct), et intérêt pour des études d'impact;
- les autres différences en faveur de la sécurité, de l'efficacité, de l'économie, du confort du patient et de l'écologie.

Comité SVM et comité de la Société vaudoise de pharmacie

DAMPS PMU

1. Séminaire d'intervision à la PMU

Séminaire d'intervision autour des cas difficiles animé par M. Vannotti, G. Conne et J.-P. Corboz, en alternance.

10 sessions (mars 1997 à mars 1998), 2^e lundi du mois

2. Cours de formation interactif médecine psychosomatique et psychosociale

sous la responsabilité du Dr Vannotti

DAMPS PMU, en collaboration avec des médecins du Groupe interdisciplinaire d'enseignement de la médecine générale et le GVMG

1. Aspects relationnels: (3 séances).

1. Construction de la relation. Aptitudes et obstacles. Place de l'empathie - Dr M. Vannotti et Dr B. Stoll.
2. Aspects éthiques. L'information au patient dans le cadre de la prévention, de la transmission du diagnostic, du traitement - Dr M. Vannotti et Dr G. Conne.
3. Cas difficiles ou relations problématiques? - Dr M. Vannotti et Dr T. Bischoff.

2. Chronicité et clinique psychosomatique: (3 séances).

1. La douleur chronique, un modèle de médecine psychosomatique et psychosociale - Dr Professeur P. Guex et Dr T. Bischoff.
2. La place de la famille dans la chronicité psychosomatique - Dr M. Vannotti et Dr L. Herzig.
3. Pour une évaluation globale de la chronicité - Dr F. Stiefel et Dr P. Degoumoëns.

3. A la frontière du généralisme et du psychiatrique: (3 séances).

1. Poser un diagnostic psychiatrique, proposer un traitement - Professeur P. Guex et Dr D. Widmer.
2. La prévention du suicide au cabinet médical - Dr M. Vannotti et Dr A. F. Michaud.
3. Le soutien psychologique fourni par le généraliste - Dr M. Vannotti et Dr G. Conne.

4. Maladies fonctionnelles et invalidité.

1. Les difficultés de l'évaluation psychosociale et psychosomatique en asséurologie - Dr M. Vannotti, Dr C. Viret et Dr F. Verdon.

lundi 18 h 30-19 h 45 - 10 sessions (janvier 1997 à janvier 1998)

4^e lundi du mois, prix Fr. 250.-. Nombre de participants limité

Informations et inscriptions: M^{me} R. Plaschy, PMU, tél. 345 20 45.

Pass'Sport Senior, Carnet de santé: un «passeport» pour oser le sport!

Selon les plus récentes études, l'activité physique, associée à la stimulation mentale et l'activation sociale, est une des principales conditions d'une retraite réussie. Convaincu du bien-fondé d'un tel postulat, Pro Senectute Vaud propose, en grande première, une nouvelle prestation originale aux préretraités, dès 55 ans, du canton de Vaud: le Pass'Sport Senior.

Au prix de Fr. 50.- par année, ce «passeport» offre la possibilité de choisir une activité sportive dans des clubs et associations de la région lausannoise à des prix préférentiels, selon des conditions adaptées à leurs possibilités, tout en favorisant leur besoin de contact social et la prise en charge active de leur santé.

Chaque détenteur du Pass'Sport Senior reçoit un Carnet de santé dont le but est de:

- voir dans l'activité sportive un motif de rencontre et un élément de santé;
- favoriser une pérennisation de l'activité sportive;
- donner une motivation pour améliorer ou maintenir son état de santé.

Ce carnet de santé est établi sur le principe du contrôle périodique à l'occasion de consultations chez le médecin traitant:

1. Tout d'abord, il incite la personne à discuter avec son médecin traitant du/des sport(s) choisi(s) dans la liste proposée par le Pass'Sport Senior.
2. Dans la partie «Examens généraux» et «Valeurs de laboratoire», le médecin inscrit des paramètres simples, relatifs à la santé et susceptibles de modification au cours d'une pratique sportive.
3. La rubrique «Examens complémentaires» permet de personnaliser le carnet et de l'adapter, si besoin est, aux problèmes plus particuliers de chaque personne.
4. Le dernier chapitre présente, à titre informatif, un test d'endurance douce: le «Test de marche rapide» proposé aux détenteurs du Pass'Sport Senior. Les personnes intéressées remplissent préalablement un questionnaire de santé. Selon leurs aptitudes, ils doivent présenter une autorisation de leur médecin.

L'élaboration de ce Carnet de santé a été rendue possible grâce à l'aide d'un petit groupe de médecins vaudois (généralistes, internistes et médecins du sport). Il a ensuite été adressé pour information aux Comités des associations des médecins généralistes et des médecins internistes du canton de Vaud.

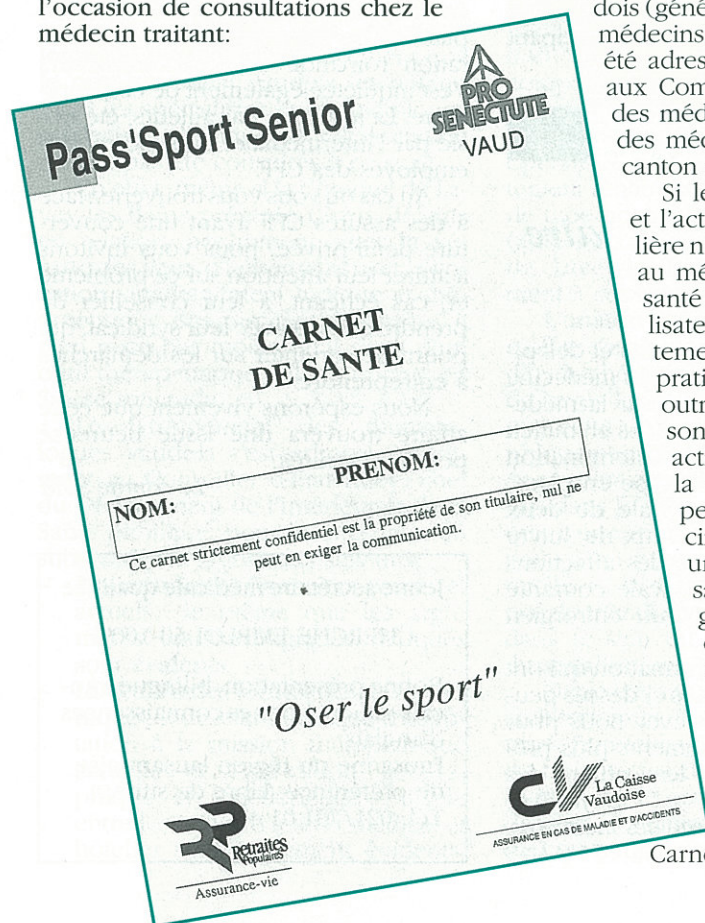
Si le lien entre la santé et l'activité physique régulière n'est plus à démontrer au médecin, le Carnet de santé permettra à ses utilisateurs de suivre concrètement les effets de leur pratique sportive. En outre, nombre de personnes débutent une activité sportive lors de la retraite; dans cette perspective, le médecin traitant représente un relais indispensable pour encourager une pratique continue, l'adapter à chaque personne et prévenir des dangers éventuels.

Des dépliants du Pass'Sport Senior ainsi qu'un exemplaire du Carnet de santé peuvent

être demandés, gratuitement, auprès de:

Pro Senectute Vaud, Pass'Sport Senior, cp 752, 1000 Lausanne 9, fax 021/646 05 06.

*Birgit Hosner, psychologue,
Armelle Birraux, attachée de presse,
Pro Senectute Vaud*



Le Pass'Sport Senior c'est aussi:

- pouvoir choisir parmi une vingtaine de sports (initiation, entraînement) dans des centres sportifs de la région lausannoise, à des prix très attractifs;
- obtenir des rabais de 15% à 20% offerts par des magasins spécialisés dans la vente d'articles de sport;
- profiter de rabais spéciaux sur des séjours sportifs organisés par Pro Senectute Vaud;
- bénéficier d'une assurance-accident complémentaire;
- développer des contacts réguliers entre sportifs;
- recevoir un Carnet de santé;
- avoir le choix de participer périodiquement à un test d'endurance douce.

Cours de maître d'apprentissage pour responsables de la formation d'apprenties assistantes médicales.

Les personnes responsables de la formation des futures assistantes médicales sont appelées à suivre un cours de maître d'apprentissage, dont le programme doit être conforme à l'ordonnance de l'OFIAMT du 15 octobre 1980. Ce cours doit être effectué dans les deux ans suivant l'autorisation officielle de former.

L'ARAM organise ces cours en collaboration avec l'Office de formation professionnelle, ceci dans le but de profiter de leur longue expérience en la matière, et pour ainsi faire bénéficier les participants des subventions qu'ils nous octroient.

Conditions de participation

Ces cours sont ouverts aux responsables de la formation des apprenties assistantes médicales (médecins et assistantes médicales) ainsi qu'aux personnes qualifiées, de profession apparentée, qui ont travaillé deux ans au moins dans le domaine d'activités de l'assistante médicale. (Le certificat de radioprotection est indispensable.)

But (objectif):

Les cours de maître d'apprentissage visent à permettre aux personnes

chargées de la formation d'acquérir les aptitudes et connaissances qui sont nécessaires pour dispenser à l'apprentie, avec la compréhension voulue, une formation systématique et conforme aux règles de l'art.

Contenu des cours

Quarante leçons réparties sur un demi-jour ou un jour par semaine ou cours en bloc, comprenant:

- Information: bases de formation professionnelle, bases juridiques de l'apprentissage. Savoir choisir, etc.
- Psychologie: conduite et instruction de l'apprentie. Quelle attitude adopter face aux diverses situations rencontrées par l'apprentie.
- Pédagogie: qualification de l'apprentie. Planification de la formation. Enseigner et apprendre au sein du cabinet médical.

Les médecins sont dispensés des thèmes 3 et 9 et suivent ainsi une formation sur vingt-six leçons.

Nombre de participantes: 11 à 15 personnes.

Coût: Fr. 60.- par personne, y compris le classeur «Le Manuel du Maître d'Apprentissage».

Attestation: une attestation officielle sera délivrée à tout participant

régulier et valable dans la Suisse entière.

Inscription et renseignements: Association romande des assistantes médicales (ARAM), p.a.: Monica Mornod, ch. Lussex 26, 1008 Jouxten, tél. 021/636 33 27.



Bonnet d'âne à la Caisse CFF

De manière unilatérale, la CFF a décidé, pour ses assurés en *division demi-privée*, de rembourser les prestations médicales à raison de 50% de la fourchette maximale du tarif d'usage privé de la SVM, sans tenir compte du fait qu'un tarif demi-privé n'existe pas dans le canton de Vaud. Très souvent, c'est au moment d'être hospitalisé que la CFF informe l'assuré de cette restriction qui figure dans les conditions d'assurance.

La SVM s'est préoccupée de cette mesure qui lèse les assurés de la CFF. Avec sa coopération, et à la suite de plaintes de consommateurs, la Fédération romande des consommateurs s'est inquiétée également de cette pratique. La justice a, par ailleurs, été saisie par l'intermédiaire du syndicat des employés des CFF.

Au cas où vous vous trouveriez face à des assurés CFF ayant une couverture demi-privée, nous vous invitons à attirer leur attention sur ce problème et, cas échéant, à leur conseiller de prendre contact avec leur syndicat, qui pourra les orienter sur les démarches à entreprendre.

Nous espérons vivement que cette affaire trouvera une issue heureuse pour ces assurés.

Le comité SVM

Centre de soins et de santé communautaire de Sainte-Croix (VD)

La région du balcon du Jura met en place un centre qui englobera en une seule structure les soins à domicile, l'EMS et l'hôpital. Les médecins de Sainte-Croix y participent tous, en gardant leur statut d'indépendants. Ce projet pilote du canton de Vaud est reconnu d'intérêt public.

A l'aube du XXI^e siècle, nous cherchons un ou deux

MÉDECINS GÉNÉRALISTES FMH

qui s'installeront sur le site de l'hôpital actuel, dans un délai à convenir.

Parmi les innombrables qualités requises, citons l'amour du Jura, la dis-

ponibilité à faire des gardes et des piquets selon les normes de la médecine d'urgence, de l'intérêt pour la médecine ambulatoire et les soins en milieu hospitalier, ainsi que la détermination de collaborer avec l'équipe en place. Une formation chirurgicale de deux ans permettra à l'un d'eux de suivre les opérés et de gérer des affections de polyclinique chirurgicale courante sous la supervision d'un chirurgien FMH consultant.

Les médecins en formation qui ont lu avec intérêt les lignes ci-dessus peuvent prendre contact avec nous pour obtenir des renseignements plus précis sur le projet et les cahiers de charges respectifs.

Dr J. Wyss,
doyen du collège des médecins,
tél. 024/454 22 48

Jeune secrétaire médicale qualifiée

CHERCHE EMPLOI 50-100%

Bonne présentation, bilingue français-italien, bonnes connaissances d'anglais.

Lausanne ou région lausannoise de préférence. Libre de suite.

Tél. 021/701 01 45.

Opinion

Lavey-les-Bains, quo vadis?

Le point de vue du Groupement des rhumatologues vaudois

Pour parer à l'évolution économique défavorable de l'Établissement thermal cantonal vaudois de Lavey-les-Bains, le chef du Département de l'Intérieur et de la Santé publique du Canton de Vaud a pris, en septembre 1996, diverses mesures largement diffusées par le biais du Bloc-Notes des Hospices, de décembre 1996 notamment.

Les dispositions qui touchent le secteur médical de Lavey-les-Bains ont suscité la réaction du Groupement des rhumatologues vaudois, puisqu'il est notamment prévu de supprimer progressivement, d'ici l'automne 1997, toute activité hospitalière à Lavey-les-Bains, de transférer les patients qui requièrent une hospitalisation de réhabilitation vers une unité en voie de création au CHUV (Unité Rachis et de réhabilitation) et de créer à Lavey-les-Bains une unité de traitement de type hôpital de jour pour la prise en charge intensive de problèmes rachidiens chroniques ou d'autres pathologies ostéo-articulaires.

Le Groupement des rhumatologues vaudois déplore vivement que le corps médical vaudois, et notamment les spécialistes en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation n'aient pas été consultés à ce sujet.

En effet, même si la Clinique de Lavey-les-Bains présente divers défauts en relation, notamment, avec la vétusté des lieux d'hébergement et la vocation simultanément ludique et thérapeutique des piscines thermales, il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'un outil thérapeutique utile et unique en Suisse romande.

Le Groupement des rhumatologues vaudois s'est adressé récemment au Conseiller d'Etat Ruey, chef du Département de l'Intérieur et de la Santé publique, pour lui présenter en substance les arguments suivants:

- Les arguments financiers passés et actuels, de même que les arguments asséculogiques évoqués sont évidents.
- La vétusté des locaux dits de la «Clinique», leur relatif manque d'adaptation à la mission thérapeutique actuelle et l'intrication géographique et fonctionnelle nuisible entre les zones d'intérêt médical et hôtelier sont également évidents.

Toutefois, le caractère unique de «l'outil» thérapeutique que représente la Clinique thermale de Lavey-les-Bains n'a pas été suffisamment considéré en particulier en fonction des besoins des médecins qui adressent leurs patients à Lavey-les-Bains.

En matière de réhabilitation ostéo-articulaire pour des pathologies dégénératives graves, postopératoires et post-traumatiques elle représente l'endroit le plus approprié du canton, avec des possibilités de traitement nettement plus performantes que les CTR.

Il apparaît clairement que nombre de pathologies qui nécessitent un investissement thérapeutique important n'exigent pas *ipso facto* un encadrement de type hospitalier (lombalgies chroniques, par exemple) et pourraient ainsi bénéficier d'un hébergement de type «hôpital de jour», solution certainement prometteuse et compatible avec la LAMal. Il n'en reste toutefois pas moins que bien des situations (par exemples statut post-opératoire récent) requièrent un traitement réhabilitatif et un encadrement de type hospitalier relativement léger (aide infirmière, etc.). Or la Clinique de Lavey-les-Bains répond précisément à ces exigences.

L'unité d'accueil prévue au CHUV n'offre absolument pas de possibilités d'hydrothérapie comparables à celles de Lavey-les-Bains; d'autre part, le fait que cette unité soit localisée géographiquement dans le sein d'un hôpital pour soins aigus représente un handicap dans le sens qu'un patient qui requiert une approche réhabilitative destinée à lui permettre un retour à domicile ou la récupération de sa capacité de travail vivra son «hébergement» dans le sein du CHUV comme une «hospitalisation».

Outre ces arguments biologiques et architecturaux, il convient de se souvenir de l'existence, à la Clinique thermale, de trois postes de médecins-assistants et, jusqu'au 1^{er} octobre 1996, d'un poste de chef de clinique, ce dernier ayant déjà été supprimé dans le contexte des

mesures en cours. Ces quatre postes de formation post-graduée sont reconnus par la FMH et leur suppression priverait la Suisse romande de toute possibilité d'apprentissage spécifique d'hydrothérapie en milieu thermal.

Le Groupement des rhumatologues vaudois estime que les décisions relatives à l'avenir de Lavey-les-Bains et leur mise en œuvre se déroulent de manière trop hâtive, sans respecter les professionnels vraiment concernés (tant dans le canton de Vaud qu'en Suisse romande en général), ni l'institution vénérable et indispensable pour le traitement de nombre de pathologies ostéo-articulaires tenaces et réfractaires à de longs et coûteux traitements ambulatoires que représente la Clinique thermale cantonale vaudoise de Lavey-les-Bains.

Le Groupement des rhumatologues vaudois, pensant aussi être l'interprète des nombreux praticiens romands qui apprécient les soins dispensés à la Clinique de Lavey-les-Bains, estime qu'il faudrait demander fermement au Chef du Département de l'Intérieur et de la Santé publique du Canton de Vaud de suspendre les démarches conduisant à la cessation de l'activité hospitalière à Lavey-les-Bains, afin de pouvoir définir l'avenir de cet établissement en fonction des besoins et des attentes de ceux qui seuls peuvent juger pratiquement de la place qu'il doit occuper dans le réseau thérapeutique romand, c'est-à-dire les médecins. Ceux-ci sont d'ailleurs prêts à participer à un groupe de travail chargé d'étudier cette question.

*Groupe des rhumatologues vaudois
Dresse A. M. Chamot, présidente*

Le comité de la SVM partage le souci des rhumatologues quant à l'avenir des places de travail et de formation. Il a demandé formellement à M. Ruey de prendre en compte, dans la mesure du possible, cette dimension du problème.

Le comité SVM

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



LE SERVICE HOSPITALIER DE L'ORDRE DE MALTE EN SUISSE (SHOMS)

et son département d'«Aide et Assistance» recherchent pour leurs actions humanitaires à travers le monde, du **matériel médical et dentaire** de toute sorte, provenant d'hôpitaux, cliniques, EMS, cabinets médicaux privés, etc...

Ils vous remercient d'avance de votre générosité et vous prient de prendre contact avec:

Madame Jacques Apotheker
Service Hospitalier
de l'Ordre de Malte en Suisse
Chemin du Poyet 14
1807 Blonay
Tél. et fax 021/943 35 39

Le bon diagnostic...

Optez pour la sécurité !

Volvo V40 1.8i, 5 portes, dès Fr. 32'500.-
ou en leasing promotionnel Fr. 489.-/mois*



VOLVO

*Leasing calculé sur 48 mois et 20'000 km/an.
Dépôt de garantie Fr. 3'000.-.

Garage de l'Ouest SA

route de Renens 14, 1008 Lausanne-Malley, tél. 021/620 64 04



Mon Repos Automobile SA

rue Etraz 14, 1003 Lausanne, tél. 021/310 03 93

medi
test

vevey SA

Contrôle de **Qualité Interne**
Logiciel Windows et Win95 gratuit!

est heureux de vous offrir **sans contrepartie** un outil qui permet de répondre **avec plaisir et sans perte de temps** à la LAMal.

Pour obtenir le logiciel **CQI** gratuitement, veuillez nous contacter à Vevey:

téléphone 021/922 92 42 ou fax 021/922 92 88.

Pour nous confier vos analyses et profiter de nos autres services, appelez le centre **Meditest** le plus proche:

Vevey	021/922 92 42	Montreux	021/963 39 59
Lausanne	021/320 58 37	Morges	021/801 90 57
Bulle	026/912 24 45	Payerne	026/660 68 26
Yverdon	024/425 11 71		

En effet, **Meditest** offre à ses clients médecins un service gratuit de collecte des **déchets médicaux et radiologiques**. Ses collecteurs se rendent quotidiennement dans tout le canton de Vaud pour chercher les analyses et organisent le ramassage des déchets spéciaux selon les normes en vigueur.

Calendrier médical vaudois

Période du 17 février au 21 mars 1997

LUNDI 17 FÉVRIER

17 h. 15: Colloque du Service de chirurgie. – Salle de colloques du niveau 15-Sud, CHUV. – D^r M. Suter: «Laparoscopie en urgence.»

MERCREDI 19 FÉVRIER

14 h. 30-16 h.: Formation FMH du mercredi en anesthésiologie. – Salle de colloques 05-308, CHUV. – D^r M. Berger: «Réanimation et anesthésie du patient brûlé.»

17 h.-19 h.: Colloque postgradué de neurologie. – Auditoire Yersin, CHUV. – D^r J.-M. Aubry: «CRF, CRF-récepteurs et maladies neuropsychiatriques.»

17 h. 15: Colloque des départements de chirurgie et d'anesthésiologie. – Auditoire Tissot, CHUV. – D^r J.-P. Gardaz: «Ventilation unipulmonaire lors de thoracoscopie.»

JEUDI 20 FÉVRIER

7 h. 15-8 h.: Formation postgradué du jeudi en anesthésiologie. – Auditoire Yersin, CHUV. – D^r M. Berger: «Modulation du statut antioxydant par des éléments traces.»

11 h. 15-12 h.: Colloque de l'Unité multidisciplinaire d'alcoologie (UMA). – Auditoire de la PMU, rue César-Roux 19, 1005 Lausanne. – M^{me} D. Danis: «La codépendance.»

18 h.: Colloque ORL. – Auditoire Yersin, CHUV. – D^r Ph. Pasche: «La reconstruction du nez traumatisé.»

LUNDI 24 FÉVRIER

14 h.-15 h. 30: Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA). – SUPEA, rue du Bugnon 23A, Lausanne. – D^r F. Narring: «Développement, ressources et facteurs de risques - Facteurs de risque à l'adolescence.» – Renseignements: SUPEA, unité de recherche, tél. 021/314 74 84.

17 h. 15: Colloque du Service de chirurgie. – Salle de colloques du niveau 15-Sud, CHUV. – D^r Blanchard, D^r Vandoni et D^r Peloponissios: «Infections à Candida en chirurgie.»

MARDI 25 FÉVRIER

11 h.-12 h.: Colloque de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP). – Salle de colloques de l'Institut universitaire romand de la santé au travail, rue du Bugnon 19, 1005 Lausanne. – D^r D. Hausser: «Inégalités sociales et accessibilité des soins: trois expériences de terrain en Suisse.»

12 h. 30-14 h.: Colloque de l'Hôpital de zone de Nyon. – Salle du Corjon, Hôpital de Nyon. – D^r P. Budry, Gimel: «Rôle(s) du psychogériatre dans le réseau de soins actuel et à venir.»

16 h.-17 h.: Colloque de pathologie chirurgicale. – Auditoire Spengler, Institut de pathologie, Lausanne. – D^r Ch. Felley et N. Bouzourène: «Pancréatite chronique.»

17 h. 15-18 h.: Colloque du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA). – Salle Forel, site de Cery, Prilly, 1^{er} étage. – D^r M. Preisig et B. Fenton: «L'épidémiologie de l'alcoolisme et de la toxicomanie.»

MERCREDI 26 FÉVRIER

12 h. 45: Colloque de l'Hôpital de zone de Montreux. – Salle de conférence, Hôpital de zone de Montreux. – D^r M. Archinard, Genève: «Prescrire des benzodiazépines: de l'ambiguïté à l'impuissance.»

14 h. 30-16 h.: Formation FMH du mercredi en anesthésiologie. – Salle des colloques BH 05-308, CHUV. – D^r Luc Van Obergh, Bruxelles: «Anesthésie pédiatrique hors de la salle d'opération.»

17 h.-19 h.: Colloque postgradué de neurologie. – Auditoire Yersin, CHUV. – Professeur G. Assal, professeur J. Bogousslavsky, professeur A. Albanese et D^r C. Bouras, DP: «Point de vue actuel sur les démences.»

JEUDI 27 FÉVRIER

7 h. 15-8 h.: Formation postgradué du jeudi en anesthésiologie. – Auditoire Yersin, CHUV. – D^r Luc Van Obergh, Bruxelles: «Métabolisme du sevoflurane.»

8 h. 15: Colloque du Département hospitalo-universitaire romand de dermatologie et vénéréologie. – Auditoire de l'Hôpital de Beaumont, CHUV. – D^r A.-A. Ramelet: «Dias cliniques - Traitement chirurgical et dermatologique des ulcères de la jambe - Examen des patients - Discussion des cas.»

10 h. 30-12 h.: Conférence du jeudi. – Salle de la Ferme, clinique La Métairie, Nyon. – D^r C. Martinet, Nyon: «Sclérose en plaques et troubles thymiques.» – Renseignements: F. Forestier, tél. 022/361 15 81.

13 h.-14 h.: Colloque de pneumologie. – Salle de séminaires 6, CHUV. – D^r S. Zadownik, Genève: «Nouvelles thérapeutiques dans l'asthme: antagonistes et inhibiteurs de la synthèse des leucotriènes.»

18 h.: Colloque ORL. – Auditoire Yersin, CHUV. – D^r O. Pillevut: «La maladie de Wegener.»

18 h.-19 h.: Colloque hebdomadaire du jeudi du Service d'urologie. – Salle de séminaires 6, CHUV. – «Présentation de cas.»

VENDREDI 28 FÉVRIER

17 h.: Conférence à Château-d'Ex. – Hôtel La Soldanelle, Château-d'Ex. – D^r H. Decrey, M. D. Muller, D^r J. Besson et M. E. Michel: «L'alcool, comment gérer un plaisir qui peut devenir destructeur?» – Renseignements: tél. 026/924 22 55.

LUNDI 3 MARS

17 h. 15: Colloque du Service de chirurgie. – Salle de colloques du niveau 15-Sud. – D^r D. Hayoz: «Remodelage de la paroi artérielle: mécanismes physiologiques et physiopathologiques.»

DU LUNDI 3 MARS AU SAMEDI 15 MARS

8 h. 15-17 h.: Cours postgradué de santé au travail. – Salle des colloques, niveau 2, de l'Institut universitaire romand de santé au travail, rue du Bugnon 19, 1005 Lausanne. – «Premiers secours - Nuisances physiques, gaz et vapeurs - Métaux.» – Renseignements: tél. 021/314 74 21.

MARDI 4 MARS

8 h.-9 h. 15: Colloque du Département de pédiatrie. – Auditoire Tissot, CHUV. – M. Edmond Kaiser: «Evolution non naturelle du purpura de Henoch-Schönlein: Nivomalala, de Tananarive à la vallée de Joux.» (Film plans fixes.) – Informations: professeur J.-P. Guignard, tél. 021/314 35 69 ou professeur J.-M. Matthieu, tél. 021/314 34 82.

MERCREDI 5 MARS

14 h. 30-16 h.: Formation FMH du mercredi en anesthésiologie. – Salle de colloques 05-308, CHUV. – Professeur J.-M. Desmonts, Paris: «Aspects médico-légaux de la pratique anesthésique.»

JEUDI 6 MARS

7 h. 15-8 h.: Formation postgradué du jeudi en anesthésiologie. – Auditoire Yersin, CHUV. – Professeur J.-M. Desmonts, Paris: «Evaluation de la relation coût/bénéfice pour les nouveaux agents anesthésiques.»

9 h. 45-10 h. 45: Colloque de la Polyclinique médicale universitaire. – Auditoire de la PMU, av. César-Roux 19, Lausanne. – Professeur A. Pécoud: «Prévention de l'allergie.»

14 h.-16 h.: 2^e Journée lémanique de perfectionnement en diabétologie. – Centre de congrès et d'expositions de Montreux. – Professeur P. Passa: «Diabète, hyperinsulinisme et maladies coronariennes.» – Renseignements: Secrétariat du D^r Nicolas de Kalbermatten, Sion, tél. 027/322 01 71.

15 h.-18 h.: Colloque ORL interville Lausanne/Genève. – Auditoire La Pagode, Maison Zyma SA, rte de l'Etraz, 1260 Nyon. – D^r V. Schweizer: «Sujets phoniatryques.»

16 h.-17 h. 30: Colloque de la formation continue. – Auditoire Tissot, CHUV. – D^r X. Jeanrenaud et professeur L. Kappenberger: «Cardiomyopathie hypertrophique obstructive: prise en charge thérapeutique de plus en plus différenciée.» – Renseignements: D^r Andres Jaussi, tél. 024/425 52 44.

18 h.-19 h.: Colloque hebdomadaire du jeudi du Service d'urologie. – Salle de séminaires 6, CHUV. – D^r M. Wisard: «Impuissance: nouvelles perspectives.»

GÉNÉRALISTE FMH

Quartier Hôpital de l'Enfance, cherche collègue d'une autre spécialité ou para-médicale pour partager locaux et infrastructure.

S'adresser au N° 021/624 68 68.

18 h. 30: Colloque de l'Hôpital de zone de Payerne. – Hôpital de zone de Payerne. – Dr M. Ovize, Lyon: «Activation des canaux potassiques et protection myocardique.»

VENDREDI 7 MARS

9 h.-17 h.: Réunion franco-romande de neurologie. – Grenoble. – Professeur J. Bogousslavsky. – Renseignements: Service de neurologie, CHUV, tél. 021/314 12 30.

12 h. 15: Séminaire de l'Institut de pharmacologie et de toxicologie. – Salle de conférences, 1^{er} étage, Institut de pharmacologie et de toxicologie, rue du Bugnon 27, 1005 Lausanne, entrée C3. – Dr I. Fleming, Allemagne: «Redistribution of the endothelial nitric oxide synthase to the cytoskeleton by tyrosine phosphatase inhibitors and shear stress is associated with its calcium-independent activation.»

VENDREDI 7 ET SAMEDI 8 MARS

Vendredi 9 h. 15-16 h. 45, samedi 9 h. 15-12 h. 45: Séminaire du Centre d'étude de la famille. – CERFASY, Beaux-Arts 19, 2000 Neuchâtel. – M^{me} Edith Goldbeter-Merinfeld, Bruxelles: «Le tiers absent du système.» – Renseignements: tél. 032/724 24 72.

LUNDI 10 MARS

17 h. 15: Colloque du Service de chirurgie. – Salle de colloques du niveau 15-Sud, CHUV. – Dr E. Reis: «Thoracotomie en salle d'urgence.»

14 h.-15 h.: Colloque du métabolisme phosphocalcique. – Salle 10-929, CHUV. – Dr G. Gremion: «Densité minérale osseuse et comportement nutritionnel chez de jeunes marathoniennes.»

20 h. 30: Conférence de la Fondation de Nant, Secteur psychiatrique de l'Est vaudois. – Grande salle de la clinique, Clinique de Nant, Corsier-sur-Vevy. – Dr M. Hurni: «La perversion dans le traitement.»

MARDI 11 MARS

11 h.-12 h.: Colloque de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP). – Salle de colloques, Ecole TRM, rue du Bugnon 19, 1005 Lausanne. – Mrs Adelita Ranchor, Groningen: «Psychosocial factors as an explanation in health inequalities.»

MERCREDI 12 MARS

14 h. 30-16 h.: Formation FMH du mercredi en anesthésiologie. – Salle de colloques 05-308, CHUV. – Dr G. Orliquet, Paris: «Anesthésie et polytraumatismes.»

JEUDI 13 MARS

7 h. 15-8 h.: Formation postgraduée du jeudi en anesthésiologie. – Auditoire Yersin, CHUV. – Dr G. Orliquet, Paris: «Prise en charge de l'enfant traumatisé crânien.»

9 h.-18 h.: 8^e Colloque lausannois d'épileptologie. – Auditoire Tissot, CHUV. – «Quand faut-il débiter et arrêter le traitement antiépileptique?/Actualités thérapeutiques et chirurgicales des épilepsies.» – Renseignements: professeur P.-A. Despland, tél. 021/314 12 15.

9 h.-12 h.: Colloque de thérapeutique médicale de la PMU. – Auditoire de la PMU, PMU, av. César-Roux 19, Lausanne. – «L'érythropoïétine.»

10 h.: Journée romande de cardiologie. – Théâtre de Beausobre, Morges. – Drs P. Delafontaine, M. Valotton, L. Kappenberger, M. Périat, A. Bailly, M. Fromer, M. Zimmermann, P. Vogt, P. Châtelain., X. Jeanrenaud, C. Vuille: «Insuffisance cardiaque: des concepts en progression aux décisions pratiques (ateliers).»

10 h.-16 h.: 7^e Journée romande d'orthopédie et de traumatologie. – Auditoire César-Roux, CHUV. – «Le rachis.»

13 h.-14 h.: Colloque de pneumologie. – Salle de séminaires 6, CHUV. – Dr A. Leimgruber: «Notions d'allergologie pour le pneumologue.»

16 h.: Symposium. – Hôtel Alfa, rue du Petit-Chêne 34, 1003 Lausanne. – Professeurs Burckhardt, Gerster, So, Rizzato et Leuenberger: «Les corticoïdes oraux dans le traitement médical: risques et bénéfices.» – Renseignements: Hoechst Pharma AG, Zurich, tél. 01/434 25 25.

16 h. 30-19 h.: Colloque du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA). – Hôtel Beau-Rivage-Palace, Lausanne. – Drs Despland, Archinard, Lambert, Stoll et Bryois: «Diagnostic et traitement des attaques de panique.» – Renseignements: Dr J.-N. Despland, PPU-B, Tunnel 1, 1005 Lausanne, tél. 021/316 79 79.

18 h.: Colloque ORL. – Auditoire Yersin, CHUV. – Dr F. Waridel: «Gène P53 dans les cancers des voies aéro-digestives supérieures: importance diagnostique et pronostique.»

18 h.-19 h.: Colloque hebdomadaire du jeudi du Service d'urologie. – Salle de séminaires 6, CHUV. – Drs P. Jichlinski et P. Capasso: «Traitement d'une maladie de la jonction pyélo-urétérale en trois étapes.»

LUNDI 17 MARS

17 h. 15: Colloque du Service de chirurgie. – Salle de colloques du niveau 15-Sud, CHUV. – Dr T. Krompecher, PD: «Problèmes médico-légaux dans la pratique d'un chirurgien.»

DU LUNDI 17 MARS AU MERCREDI 19 MARS

8 h. 15-17 h.: Séminaires de l'Institut universitaire romand de santé au travail. – Salle de colloques, niveau 2, Institut universitaire romand de santé au travail, rue du Bugnon 19, 1005 Lausanne. – «Module public: problèmes actuels de médecine et d'hygiène du travail (éthique, génie génétique, directives MSST).» – Renseignements: tél. 021/314 74 21.

MERCREDI 19 MARS

14 h. 30-16 h.: Formation FMH du mercredi en anesthésiologie. – Salle de colloques 05-308, CHUV. – Dr A. Forster, Genève: «Médication préopératoire.»

17 h.-19 h.: 3^e Grand Round des neurosciences cliniques. – Auditoire Yersin, CHUV. – Professeurs R. Janzer, P. Schorderet et G. Saïd: «Présentation de cas par les Services: Neuro-ophtalmologie - Neuropathologie - Maladie de Creutzfeldt-Jakob/Neurogénétique.»

17 h.-19 h.: Colloque postgradué de neurologie. – Auditoire Yersin, CHUV. – Professeurs G. Assal, J. Bogousslavsky, A. Albanese et Dr C. Bou-

ras: «Point de vue actuel sur les démences: démences vasculaires, démences extra-pyramidales, maladie d'Alzheimer.»

17 h. 15: Colloque des Départements de chirurgie et d'anesthésiologie. – Auditoire Mayor, CHUV. – Professeur L. von Segesser: «Progrès en chirurgie de l'aorte thoracique et thoracoabdominale.»

17 h. 30: Colloque romand de radiologie. – Auditoire Tissot, CHUV. – Dr M. Becker, Genève: «Imagerie moderne des tumeurs du massif facial et de la base du crâne.»

JEUDI 20 MARS

7 h. 15-8 h.: Formation postgraduée du jeudi en anesthésiologie. – Auditoire Yersin, CHUV. – Dr A. Forster, Genève: «Anesthésie et toxicomanie.»

8 h.-20 h.: Congrès annuel du Groupe d'accueil et d'action psychiatrique (GRAAP). – Casino de Montbenon, Lausanne. – «Pourquoi devient-on fou? Comment s'en sortir?» – Renseignements: GRAAP, rue de la Borde 23, 1018 Lausanne, tél. 021/647 16 00.

9 h. 30-11 h.: Colloque postgradué du Service de rhumatologie. – Auditoire Louis-Michaud, Hôpital Nestlé, Lausanne. – Dr Rizzoli, Genève, PD: «Nutrition, ostéoporose et fractures.»

10 h. 30-12 h.: Conférence du jeudi. – Salle de la Ferme, Clinique de La Métairie, Nyon. – Dr D. Smaga, Genève: «La pathologie du stress - Approche psychotraumatologique.» – Renseignements: F. Forestier, tél. 022/361 15 81.

11 h. 15-12 h.: Colloque de l'Unité multidisciplinaire d'alcoologie (UMA). – Auditoire de la PMU, rue César-Roux 19, 1005 Lausanne. – Dr J. Besson: «Le déni.»

13 h.-14 h.: Colloque de pneumologie. – Salle de séminaires 6, CHUV. – Professeur R. Naef, Drs J. Wellinger et J. W. Fitting: «Chirurgie thoracique de l'emphysème: historique, indications et technique.»

13 h. 45-17 h.: Forum de chirurgie de l'Hôpital régional de Martigny. – Fondation Pierre Gianadda, Martigny. – Drs R. Schneider, F. Mosimann, D. Lienard, professeurs F. Lejeune et R. Panizzon: «Le mélanome.» – Renseignements: Secrétariat du Dr Schneider, tél. 027/721 90 21.

17 h. 15: Leçon inaugurale. – Auditoire César-Roux, CHUV. – Professeur L. Zografos: «Les tumeurs oculaires et leurs traitements.»

18 h.: Colloque ORL. – Auditoire Yersin, CHUV. – Dr J.-F. Savary: «Les investigations audiométriques.»

Prochain délai de rédaction: pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 24 mars et le 16 mai 1997, nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 10 mars 1997.



Bioréac sa

Programme de vente très complet:

- Matériel médical et de laboratoire
- Désinfectants
- Appareils médicaux
- Réactifs pour analyses médicales
- Bandelettes et divers Tests pour diagnostic
- Equipement de laboratoire

Distribution des produits de:

Amelung - Ames - Assistant - Bayer - B. Braun (SSC) - Becton Dickinson - Biomérieux - Boehringer - Boso - Coulter - Dade - Erka - Heine - Henkel - Hettich - Hoffmann la Roche - Mölnlicke - Hostess - IVF - KaWe - Dr. Lange - 3 M - Medicon - Merck - Olympus - Riele - Riester - S+K - Socorex - Tela - etc.

- Service des commandes

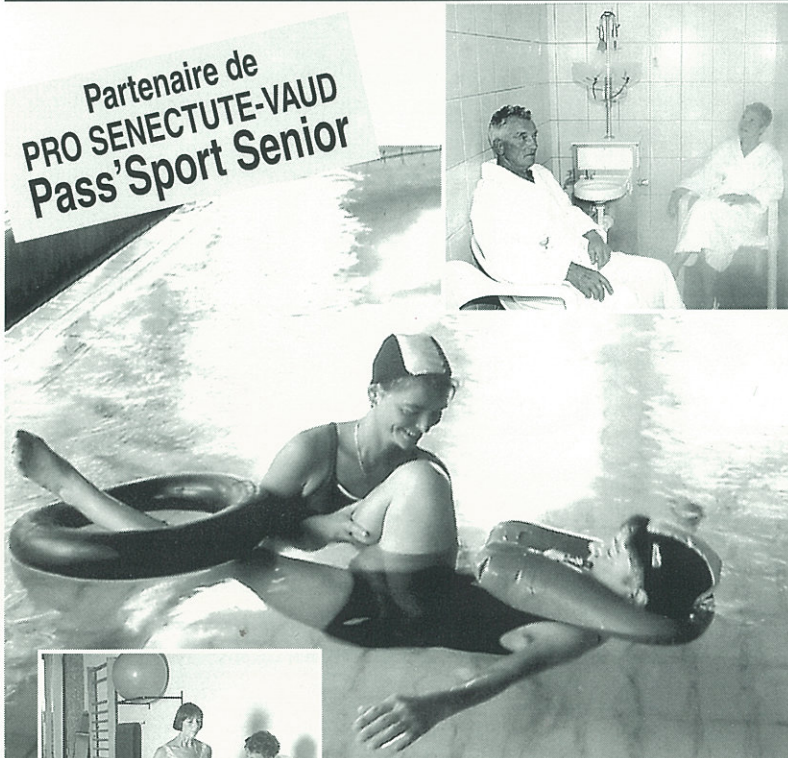
Tél. 021/617 74 26-27 Fax 021/616 68 85

- Installation, service après vente, salle de cours

Tél. 021/617 98 43

Bd de Grancy 35, case postale - 1001 Lausanne

Les Thermes d'Yverdon-les-Bains, un centre de soins et de cure.



Partenaire de
PRO SENECTUTE-VAUD
Pass' Sport Senior

Les prestations médicales et paramédicales sont remboursées par les caisses-maladie selon les nouvelles dispositions législatives de la LAMAL.

Le **CENTRE THERMAL** d'Yverdon-les-Bains est médicalement recommandé pour le traitement des affections rhumatismales et arthrosiques, des maladies des voies respiratoires supérieures et inférieures et des maladies sportives.

Il est doté d'une équipe médicale et paramédicale spécialisée et d'installations des plus modernes:

- Piscine intérieure aménagée pour les soins et la rééducation physiothérapeutique en eau thermale à 34°
- Physiothérapie, électrothérapie, laser, thermothérapie.
- Soins ORL: inhalations, pulvérisations ultrasoniques, fumigations.



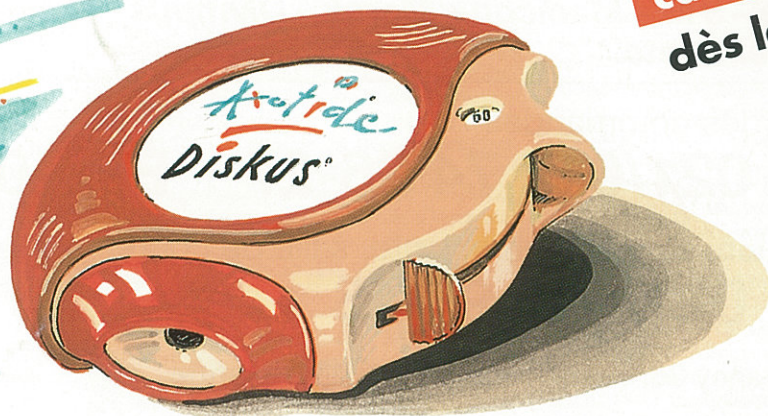
CENTRE THERMAL
YVERDON-LES-BAINS

Réception médicale
Tél. 024/423 02 02
Fax 024/423 02 52

Tél. 024/423 02 32
Fax 024/423 02 52

Voilà

Admis par les
caisses-maladie
dès le 15. 3. 1996



Une technique convaincante

Pour une corticothérapie inhalée

- simple
- dosage précis
- avec compteur de doses

Axotide®

Propionate de fluticasone
... dès le début

Diskus®

Inhalateur à poudre multidose

- thérapie de base anti-inflammatoire dans l'asthme bronchique
- protège des exacerbations

Formes commerciales (emballage mensuel) Diskus contenant 60 inhalations à 100 µg, 250 µg et 500 µg



LEADING CHOICE
Glaxo Respiration

Division of Glaxo Wellcome AG · 3322 Schönbühl

Hans Linder · SGD

Axotide Diskus (Inhalateur à poudre multidose): Corticostéroïde à inhaler. **Composition:** Principe actif: propionate de fluticasone. **Indications/Possibilités d'emploi:** Indications reconnues: Traitement de base de l'asthme bronchique, thérapie au long cours. **Posologie/Mode d'emploi:** Axotide (Diskus) est exclusivement destiné à l'inhalation. Adultes et adolescents de plus de 16 ans: Dose initiale: 2 fois par jour 0,10 mg - 1,0 mg. Dose d'entretien (dose standard): 2 fois par jour 0,10 mg - 0,50 mg. Enfants de plus de 4 ans: 2 fois par jour 0,10 mg. **Limitations d'emploi:** Précautions: Reconsidérer le schéma thérapeutique régulièrement. Chez les patients à risque, il est recommandé de vérifier quotidiennement le débit expiratoire de pointe. Le propionate de fluticasone n'influence généralement pas la fonction corticosurrénalienne ni la capacité de réserve surrénalienne. L'inhalation de la dose maximale recommandée peut à la longue entraîner chez une petite proportion de patients adultes des réactions systémiques indésirables. On arrêtera respectivement réduira avec une grande prudence les doses de corticostéroïde chez les patients dont la fonction corticosurrénalienne est diminuée à la suite d'une corticothérapie au long cours, soit systémique, soit inhalée à doses élevées. **Effets indésirables:** occasionnellement de l'enrouement et/ou une infection à Candida albicans de la muqueuse buccale et pharyngée. De cas isolés de réaction d'hypersensibilité cutanée. Comme pour toute thérapie en inhalation, un bronchospasme paradoxal peut survenir. OICM-Liste B. Pour de plus amples informations veuillez consulter le Compendium Suisse des médicaments.