

COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

La médecine des prisons

*Le bug de l'an 2000...
et les médecins*

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

1
FÉV.
1999

L'équipe du secrétariat au complet!



Entrée en fonction le 1^{er} janvier 1999, M^{lle} Inka Moritz est la **nouvelle secrétaire générale adjointe de la SVM.**

Licenciée en sciences politiques de l'Université de Lausanne, elle est en fin de formation d'un diplôme postgrade en économie et administration de la santé, qu'elle terminera en été 1999.

Elle a travaillé aux Hospices cantonaux, où elle s'est occupée notamment de la révision de la procédure d'évaluation des médecins-cadres, puis, quelques mois passés à l'OMS à Genève lui ont permis de se familiariser avec les orientations de la politique sanitaire au niveau mondial.

Elle connaît également bien le domaine de la santé de par sa première profession de physiothérapeute, qu'elle a exercée pendant plusieurs années dans notre canton.

C'est en collaboration avec le secrétaire général, M. Repond, qu'elle assumera sa tâche; elle s'occupera en particulier du groupement des médecins hospitaliers.

Jeudi de la Vaudoise

25 mars 1999

Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

Psychogériatrie

Organisation: D^r Italo Simeone
Modérateur: D^r Charles Racine

9 h-10 h

Séance plénière à l'auditoire César-Roux

1. Démence: concepts actuels et nouvelles perspectives thérapeutiques
(Professeur Jean Wertheimer, professeur honoraire de l'Université de Lausanne).
2. Dépression chez la personne âgée: un diagnostic et un traitement faciles?
(D^r Vincent Camus, médecin associé, consultation de psychogériatrie, CHUV).

10 h-10 h 30

Pause.

10 h 30-12 h

Illustrations cliniques

1. Démence
2. Dépression

Tuteurs: Professeur Jean Wertheimer, D^{rs} V. Camus, K. Ebbing, M. Gaillard, A. Küng, C. Lima, A. Porchet, I. Simeone, F. Suard.

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM

D^r Daniel Laufer, président
D^r Charles Alexandre Steinhäuslin,
vice-président
Professeur Alain Pécoud
D^r Patrick Rosselet
D^{esse} Jacqueline Caillat
D^r Jean-Philippe Grob, secrétaire
D^r Charles-A. Favrod-Coune, trésorier

Secrétariat général

P. A. Repond, secrétaire général

Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1, Case postale 76
1010 Lausanne 10
Tél. 021/652 99 12
CCP Lausanne 10-1500-5
Fax 021/652 32 21
e-mail: SecGen.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:
Inédit Publications SA
Avenue des Jordils 40
Case postale 74
1025 Saint-Sulpice
Tél. 021/695 95 95 - Fax 021/695 95 50

Réalisation

Inédit Publications SA

1

Editorial

La médecine des prisons: une simple médecine institutionnelle?

L'évolution de la médecine pénitentiaire est parallèle aux progrès des sciences médicales. Le début du XIX^e siècle vit la reconnaissance de la maladie mentale et de ses applications légales. Il fut jugé nécessaire de séparer les «insensés» et autres handicapés des délinquants. Les premiers furent placés dans des asiles et hospices, les seconds dans des prisons et pénitenciers. Les médecins hospitaliers devinrent nos premiers experts «psychiatres». Au XX^e siècle, les hospices se transformèrent en hôpitaux psychiatriques et accueillirent les malades légaux.

Les maisons de détention, de leur côté, connurent les visites médicales. Ces dernières, d'abord sommaires, s'apparentèrent peu à peu à la médecine libérale. Certains de nos confrères s'investirent dans cette pratique intéressante et parfois risquée (D^{rs} Bridel, Mivelaz, Karly, etc.) d'un art habituel exercé dans un milieu particulier.

Dès 1953, l'apparition des neuroleptiques, puis des antidépresseurs vers 1960, donna la possibilité de faire enfin des traitements pour de graves maladies psychiques. Les premiers soins ambulatoires s'organisèrent.

Dans les années 70, de nombreuses divisions fermées des hôpitaux psychiatriques furent supprimées. Cette évolution se poursuivant, la sécurité nécessaire à la gestion des malades légaux ne fut plus assurée. Nous assistâmes donc, à partir de cette époque, à un transfert de ces patients vers les maisons de détention.

Cet afflux de cas difficiles en prison mettra rapidement à l'épreuve le système médical carcéral existant. Dès le début des années 80, la situation se compliquera encore par l'afflux massif des toxicomanes, associé à une épidémie de suicides. Les migrants apporteront une difficulté supplémentaire par leur diversité de mœurs et habitudes sociales.

Dès 1995, les services médicaux des prisons vaudoises sont réunis sous l'égide du Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires. Prise entre des contingences financières, politiques difficiles et des besoins de plus en plus complexes d'une population hétéroclite (toxicomanes, migrants, malades psychiatriques, délinquants sexuels, MST, etc.), cette nouvelle structure médicale risque d'être condamnée à une lourde et longue peine.

Pierre de Vevey, Michael Schekter

Sommaire

1

Editorial

2

Dossier

L'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire dans le canton de Vaud
Le médecin face au patient qui est aussi un détenu
Milieu carcéral et toxicomanie
Les consultations postpénales

10

Informatique

11

Courrier

13

Communiqués

16

Calendrier médical vaudois

**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions:

N° 2/99
22 mars 1999
(délai rédactionnel:
15 février 1999)

N° 3/99
31 mai 1999
(délai rédactionnel:
26 avril 1999)

Dossier

L'exercice de la psychiatrie en milieu pénitentiaire dans le canton de Vaud

Depuis juillet 1995, les services médicaux des prisons vaudaises (prison du Bois-Mermet, prison de La Tuilière, Etablissements de la Plaine de l'Orbe, Prison de La Croisée à Orbe, prison de Vevey) sont réunis en une seule entité: le Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires (SMPP).

Ce service est dorénavant rattaché au service des Hospices cantonaux et appartient au Département de médecine et de santé communautaires. Ce rattachement au Département de la santé et l'action sociale, voulu par les autorités cantonales et par les partenaires pénitentiaires, en posant clairement le principe d'une médecine indépendante de l'institution répressive dans laquelle elle s'exerce, garantit le respect des valeurs éthiques et déontologiques inhérentes à l'exercice médical: accès aux soins sans restriction, respect du secret médical, indépendance des choix médicaux, etc.

Service universitaire, le SMPP est reconnu par la FMH en tant que lieu de formation, notamment pour la psychiatrie légale, et soutenu dans cette mission d'enseignement et de recherche par le Département universitaire de psychiatrie adulte.

La pratique de la psychiatrie en prison est très mal connue et le plus souvent confondue avec les pratiques de la médecine judiciaire et expertale. Pourtant, il faut le rappeler avec force, le psychiatre en prison a en premier lieu une mission de soins, ce qui différencie sa mission de celle de l'expert qui a, lui, mission de renseigner l'autorité judiciaire sur la responsabilité pénale, la dangerosité potentielle du prévenu et les éventuelles dispositions médicales à prendre pour éviter la répétition d'un acte délictuel. Si la pratique de la psychiatrie en milieu pénitentiaire est souvent complémentaire de la pratique de l'expertise psychia-

trique, la différence entre ces deux aspects de la psychiatrie doit s'imposer à tous. C'est d'ailleurs pour cette raison qu'au sein du DUPA, une unité d'expertise a été créée (Dr J. Gasser), qui permet qu'aucune ambiguïté ne subsiste quant aux missions respectives des uns et des autres.

L'exercice de psychiatrie en milieu pénitentiaire est avant tout une tentative réitérée de construire un lien thérapeutique dans un lieu qui y semblerait a priori peu propice, avec des patients souvent réticents à l'échange verbal et plutôt enclins au passage à l'acte.

Ces quelques prémisses posées, il faut pourtant signaler que la psychiatrie en milieu pénitentiaire n'est pas une psychiatrie si étrange et aussi différent qu'il n'y paraît au premier abord. Bien au contraire, le quotidien de la prison met en évidence des troubles qui relèvent souvent d'une clinique ambulatoire et du quotidien de la tristesse et du désespoir plus que de la pathologie lourde ou de l'horreur que l'on peut pressentir derrière certains actes.

Troubles du sommeil, dépression masquée, anxiété et troubles de l'adaptation, conduites de dépendance, etc., sont les plaintes les plus régulièrement entendues. Bien sûr, la prison n'est pas un lieu anodin que l'on peut supporter sans dommage; c'est d'ailleurs une des questions qui a fait longtemps hésiter avant de développer ce type de pratique: le psychiatre est-il là comme alibi de l'humanisation des prisons? Son rôle est-il d'occulter les tensions, voire de faire taire la révolte des détenus en les abrutissant de psychotropes? Etc.

La psychiatrie pénitentiaire a dû se défaire de bien des reproches qui font peser sur elle le poids du soupçon que doit affronter celui qui s'engage dans ces espaces frontalières, défis posés à notre humanité tant par la violence de certains actes commis par ceux qui y sont incarcérés que par les zones de non-droit que secrètent inmanquablement ces institutions totalitaires.

Etre psychiatre en milieu pénitentiaire, c'est se livrer à un constant exercice d'éthique sur les limites de nos pratiques et à l'interrogation constante qui permet de marquer la frontière entre l'intervention thérapeutique et l'intrusion dans l'intimité ou le libre arbitre du patient. Grèves de la faim, violences, refus de soins, désir de mort voire automutilations, ce sont autant de situations, de moments où nous devons apprendre à occuper une place qui nous situe dans l'écoute et le soin plutôt que de vouloir faire taire à tout prix les manifestations qui, pour être bruyantes et dérangeantes, n'en sont pas forcément pathologiques et n'appellent pas nécessairement une réponse médicale.

Il est important de différencier plusieurs temps dans un parcours pénitentiaire qui confronte à autant de réalités cliniques différentes.

Le temps de l'incarcération et de la détention préventive est un temps de rupture, de perte des liens personnels et familiaux, de prise de conscience brutale de la confrontation à la justice, de réflexion sur l'acte qui a conduit à l'action judiciaire puis à l'incarcération. A l'inverse, cela peut être le moment où le détenu dénie, mobilise ses proches, proteste de sa bonne foi et de son innocence, etc. La détention préventive est dans tous les cas un moment difficile à vivre, surtout en ces temps de surpopulation carcérale, car c'est à ce moment que le détenu est confiné vingt-trois heures sur vingt-quatre dans sa cellule. Son quotidien

CABINET MÉDICAL/PARAMÉDICAL

A Lausanne, proximité Pully, à louer 200 m² ou 100 m², modulables, plan terre, parkings privés, proximité transports publics.

Loyer en pourcentage du chiffre d'affaires si agréé.

Fax 091/923 32 48.

n'étant ponctué – en dehors des promenades et des activités sportives – que par une visite hebdomadaire des proches, des interrogatoires du juge et des policiers, des rencontres avec les aumôniers ou les visites au service médical. Au-delà des demandes ponctuelles, de tranquillisants, d'antidépresseurs ou d'interventions plus directes dans le processus pénal qui voudraient placer le psychiatre en position d'avocat, la prise en charge psychiatrique pendant cette période peut être l'occasion d'amorcer un travail sur soi. Beaucoup de patients que nous rencontrons dans les prisons n'ont jamais imaginé qu'auparavant un tel travail était possible ou que la rencontre avec un psychiatre pouvait être l'occasion de parler de souffrances inavouées ou de blessures mal cicatrisées. C'est pour ces patients qu'a été ouverte en 1992 l'unité de psychiatrie de la prison de Lonay, où l'équipe soignante associe prise en charge individuelle, de groupe, parfois familiale, et sociothérapie pour une douzaine de patients.

La détention préventive est aussi l'attente du procès. Cette attente est souvent longue, parfois interminable. Certains attendent près de deux ans leur jugement. Au fur et à mesure que les échéances approchent, d'ailleurs, les enjeux se brouillent et l'authenticité d'une démarche devient plus discutable lorsqu'il est de bon ton de présenter un certificat du psychiatre comme on peut présenter un certificat de bonne conduite ou un brevet d'amendement. Malgré la demande incessante et constante des avocats, il est difficile pour le psychiatre, quand il n'est pas en position d'expert, de s'impliquer dans un procès pénal. Le témoignage en justice expose, en effet, au dévoiement de la relation soignante, à l'exposition publique de l'intimité thérapeutique et à la méconnaissance du pronostic thérapeutique au détriment d'un hasardeux pronostic criminologique.

Le temps de l'exécution de la peine est de tout autre nature. Le régime d'in-

carcération change et varie considérablement dans sa dureté entre les arrêts, l'emprisonnement ou la réclusion. L'occupation par le travail est la règle dans l'exécution de la peine, ce qui ne va pas sans difficultés lorsque ceux qui y sont soumis sont à l'extérieur, souvent depuis longtemps, reconnus inaptes à force de désinsertion ou de handicap psychique. Accompagner le détenu dans sa tension avec l'institution sans que celle-ci ne dégénère dans l'affrontement, mais aussi respecter les contraintes auxquelles doit faire face le personnel pénitentiaire sont deux aspects qui forgent l'identité du psychiatre en milieu pénitentiaire.

Bien évidemment, les enjeux thérapeutiques ne seront pas les mêmes pour celui qui vient purger quelques semaines d'arrêts pour n'avoir pas payé ses amendes et pour celui qui doit passer plus de dix ans de sa vie dans le cadre d'une réclusion après avoir attenté aux jours d'un de ses proches. Pourtant, les deux cas sollicitent le thérapeute plus souvent qu'on pourrait le penser: nombreux sont ceux pour qui les quelques jours d'arrêts viennent scander une déchéance qui va croissant et sont peut-être l'occasion de renouer quelques fils médicaux et sociaux. A l'inverse, une peine de longue durée est un temps figé qui rend difficile le regard sur soi, surtout lorsqu'il se vit dans la méfiance de l'autre qui vient teinter de nombreuses pathologies de caractère.

La psychiatrie pénitentiaire, malgré son nouveau statut, ne peut faire l'impasse – comme toute la psychiatrie publique du reste – sur les obligations que lui confère le Code pénal en lui confiant pour une durée souvent très longue, parfois indéterminée, des patients présentant fréquemment de lourdes pathologies du registre de la psychose. L'article 43 du Code pénal autorise, en effet, à interner en milieu pénitentiaire de tels patients particulièrement réticents aux soins et dont les actes laissent entrevoir une certaine dangerosité associée au trouble psychique. Il s'agit de patients lourds aux confins de nos possibilités thérapeutiques et pour lesquels se pose la question du devenir futur en l'absence de structures adaptées à les accueillir une fois le temps pénitentiaire écoulé et les troubles les plus aigus stabilisés. Signe des temps, de la misère qui s'accroît ou de notre incapacité à penser un devenir thérapeutique pour les patients difficiles, les prisons se remplissent actuellement de patients que leur agressivité rend indésirables dans la plupart des structures de soins et pour

lesquels des alternatives sont à créer. C'est pour faire face à des besoins toujours plus importants pour lesquels la société, à travers les décisions judiciaires, demande des comptes réguliers aux psychiatres, qu'ont été projetées la création d'une unité de soins aux Etablissements de la Plaine de l'Orbe et celle d'un EMS sécurisé à Payerne. Le premier projet vient d'être approuvé par le Grand Conseil, tandis que le second, même si son utilité est incontestable dans le processus de resocialisation, a encore probablement beaucoup de chemin à parcourir pour lever toutes les oppositions.

Ce tour d'horizon ne serait pas complet si n'était pas évoquée la question des délinquants sexuels. Le nombre des situations soumises aux autorités judiciaires ne cesse de croître, reflet de la prise de conscience de beaucoup de l'intolérable de l'abus sexuel. Malgré une accessibilité aux soins encore peu probante dans bien des cas, il est beaucoup demandé à la psychiatrie pénitentiaire alors que nos prétentions thérapeutiques ne peuvent être que modestes en la matière. On ne s'improvise pas thérapeute dans ce domaine et une solide formation est indispensable, qu'il a fallu créer et développer de toutes pièces à partir d'expériences ou de contacts avec des équipes canadiennes ou françaises.

Accepter de travailler avec des auteurs d'agression sexuelle, c'est accepter de s'engager dans l'interface entre le soin et le contrôle social mais c'est aussi accepter de s'affronter à des violences psychiques insoutenables qui laissent imaginer la trace qu'en ont conservée les victimes et qui viennent bousculer notre capacité à demeurer psychologiquement en vie. Seul un travail d'équipe permet de faire face à de telles situations et à permettre que s'accomplisse un cheminement qui passe par la reconnaissance de l'acte commis, la perception de la souffrance faite à autrui et la reconnaissance de la place fondamentale de la loi dans ce qui structure l'individu et fonde les rapports sociaux. Seul le travail en milieu pénitentiaires, parce qu'il indique dans le présent que son acte a été sanctionné, permet, sans faire l'impasse sur la destructivité de l'agresseur, de lui reconnaître un statut de patient avec ce que cela comporte de reconnaissance de sa souffrance personnelle, véritable préalable au soin.

Médecins psychiatres travaillant au Service de médecine et de psychiatrie pénitentiaires: Bruno Gravier, Valérie Legoff, Corinne Devaud, Messaoud Benmebarek, Didier Delessert, Anne-Thérèse Cucchia, Florence Macheret.

Bruno Gravier
Médecin responsable du SMPP

Lausanne centre, suite au départ dans un autre canton

CABINET DYNAMIQUE ET EN PLEINE ACTIVITÉ

composé de trois psychiatres exerçant chacun de manière indépendante

CHERCHE CONFRÈRE OU CONSCEUR DE MÊME SPÉCIALITÉ

pour remplacer la personne partante de suite ou à convenir; beau bureau à disposition.

Pour renseignements, tél. 079/609 30 90, 021/311 03 80 ou 021/312 59 75.

Le médecin face au patient qui est aussi un détenu

Depuis de nombreuses années, une douzaine de médecins généralistes et internistes prodiguent des soins aux détenus incarcérés dans les prisons vaudoises. A raison d'une ou deux demi-journées par semaine, le médecin intervient sur demande du détenu, de l'équipe infirmière qui se trouve en première ligne ou encore sur appel des surveillants ou des autorités administratives et judiciaires.

Un examen d'entrée est effectué systématiquement lors de tout séjour prolongé en prison, s'il s'agit d'une détention préventive ou d'une exécution de peine. En raison d'une population carcérale à haut risque pour des affections transmissibles (population jeune, grande proportion de toxicomanes, deux tiers d'étrangers, provenance de zones endémiques pour la tuberculose, les hépatites et le sida), cet examen comprend un dépistage de la tuberculose (radiographie du thorax et test tuberculinique), une mise à jour des vaccinations usuelles et, prochainement, un dépistage sérologique de l'hépatite B qui sera suivi d'une vaccination en l'absence d'immunité. Lors de cet entretien d'entrée, le médecin aborde avec le détenu les questions relatives à la consommation de drogues et d'alcool de même que les comportements sexuels à risque. Cette intervention à visée préventive est complétée par la remise d'un set de prévention par l'équipe infirmière contenant du matériel de désinfection, des préservatifs ainsi qu'une information traduite dans plusieurs langues.

Le cadre

Qu'il travaille dans un établissement de détention préventive (Bois-Mermet à Lausanne, La Tuilière à Lonay, La Croisée à Orbe, la prison de Vevey) ou dans une prison d'exécution de peine (Etablissements de la Plaine de l'Orbe regroupant Bochuz et la Colonie, Lonay pour les femmes), le médecin rencontre son patient dans un cadre imposant des contraintes. Il y a les murs, les règles de sécurité et les dispositions légales qui régissent la prison et interfèrent avec l'exercice de la pratique médicale, rendant plus difficile l'accès à l'examen spécialisé ou, le cas échéant, le transfert à l'hôpital. Au centre, le détenu n'a pas le libre choix de son médecin, tout comme ce-

lui-ci ne peut choisir son patient. Le médecin exerce son métier dans un monde au fonctionnement strictement hiérarchisé de part et d'autre, avec d'un côté l'administration pénitentiaire (les surveillants et leurs chefs) et de l'autre côté les détenus faisant partie d'un groupe avec ses phénomènes de pression et d'exclusion.

M. A., un détenu toxicomane de 27 ans sous traitement de méthadone, travaillant en équipe à la ferme de la prison, consulte pour des lumbalgies. Il demande un certificat d'arrêt de travail et une intervention du médecin auprès du surveillant-chef pour obtenir un travail plus léger - «dehors», il n'a jamais exercé de métier «physique»... L'examen montre un patient de constitution frêle présentant un syndrome lombo-vertébral non déficitaire. Attitude? Arrêt/changement de travail? Effet sur les codétenus? Réaction des surveillants?

Le travail multidisciplinaire

Dans un grand nombre de situations, une approche multidisciplinaire s'avère indispensable sous forme d'une collaboration étroite avec l'équipe infirmière, le psychiatre, les travailleurs sociaux et les surveillants. Pour le détenu qui purge sa peine, il est important que le médecin, de même que les autres intervenants, connaissent le plan d'exécution de peine et les objectifs fixés. Des colloques réguliers sont nécessaires dans le but de coordonner et d'intégrer les systèmes de référence de chacun. Le «Groupe méthadone» de la Colonie en est un exemple: ce groupe multidisciplinaire a été créé dans le but d'améliorer l'encadrement des détenus toxicomanes. Aux EPO, une rencontre réunissant la direction du pénitencier, les surveillants-chefs, les responsables des ateliers et du domaine agricole,



ainsi que les équipes socio-éducatives et médicales a lieu deux fois par année afin d'ajuster les points de vue de chaque corps de métier.

Le dilemme du soignant

M. B., un employé de commerce de 45 ans, s'est inscrit pour une visite médicale. En attendant qu'on le cherche à la cuisine où il travaille, le médecin feuillette son épais dossier contenant des pièces médicales, deux expertises psychiatriques et le jugement: «Condamné à une lourde peine pour... viols et meurtre...» Le patient/détenu entre, très affable, lui tend la main: «Docteur, j'ai de la peine à souffler...»

Pour le médecin comme pour tout soignant, l'étiquette du délit peut changer la perception qu'il a du patient. Le médecin se trouve face à une personne qui a transgressé la loi, qui a fait du mal. Son sentiment premier peut être la peur, la colère, le mépris et sa réaction une attitude de rejet s'inscrivant dans la logique répressive de la prison. Pour entrer dans une relation soignant-soigné, il devra surmonter cette attitude de rejet et d'exclusion sans

glisser dans l'extrême opposé d'une attitude compréhensive sans bornes où le détenu ne serait qu'une victime. Un sacré challenge pour le médecin travaillant en prison!

Soigner contre son gré

M. C., un détenu de 32 ans purgeant une lourde peine, est en conflit avec la direction de la prison, qui – règlement oblige – lui refuse l'acquisition d'un animal de compagnie. Refusant toute nourriture solide depuis plusieurs semaines, il a perdu 20 kilos et s'affaiblit de jour en jour. Il rejette toute proposition de soins médicaux. La situation est discutée au colloque médical. Rôle du médecin? Doit-il imposer des soins, des contrôles de paramètres vitaux, un transfert à l'hôpital contre le gré du détenu?

La grève de la faim est une situation extrême rencontrée par le médecin de prison qui pose des questions éthiques fondamentales concernant le mandat confié au soignant dans une telle structure. Le médecin pourra avoir le sentiment d'être pris en otage par le système, tout comme par le détenu, et craindre de perdre toute li-

berté de manœuvre. Il devra se rappeler les grands principes qui doivent guider son travail «dehors» comme «dedans»: aider qui que ce soit (serment d'Hippocrate), dans le respect du patient et de sa volonté tant qu'il est capable de discernement, tout en offrant son savoir-faire de négociateur.

En conclusion, le travail du médecin de prison pose les questions éthiques fondamentales de notre profession, souvent d'une manière aiguë et ne tolérant pas la confusion. De par son côté «contraintes», la médecine pénitentiaire anticipe dans une certaine mesure les principes de la médecine de demain: une médecine qui imposera plus de règles aux différents acteurs, un travail basé sur la collaboration dans des réseaux de soins et l'approche multidisciplinaire.

Philippe Hungerbühler *,
Hedi Decrey **

*Doyen des médecins vacataires, Yverdon-les-Bains.

**Doctoresse coordinatrice des soins somatiques, Policlinique médicale universitaire, Lausanne. Médecins généralistes et internistes travaillant dans les prisons vaudoises: Luc Avigdor, Daniel Beer, Pierre Cagli, Adriano Cugini, Bernard de Senarclens, Hedi Decrey, Philippe Emarsi, Cyrille Francillon, Christiane Galland, Philippe Hungerbühler, Olivier Louis.

Jeudi de la Vaudoise

29 avril 1999

Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

Journée «Violences»

Organisation: Professeur Alain Pécoud, M. Ilario Rossi,
D^r Jean Martin, M^{me} Janine Resplendino

9 h-10 h 50

Séance plénière à l'auditoire César-Roux

1. La violence: en quoi concerne-t-elle la médecine? (D^r Daniel Halpérin, HUG, Genève).
2. La responsabilité légale des médecins face à la violence (M. Marc Pellet, substitut du procureur cantonal, Lausanne).
3. Introduction aux séminaires (D^{resse} Hedi Decrey, PMU, Lausanne).

10 h 50-11 h 15

Pause.

11 h 15-12 h 30

Séminaires interactifs parallèles:

Situations de violences: le rôle des médecins praticiens
Tuteurs: Y. Barbier, H. Decrey, S. Duenner, G. Conne, J.-P. Corboz, N. Frenk, B. Gravier, D. Peter, S.-C. Renteria, M. Vannotti.

Ce «Jeudi de la Vaudoise», ouvert aux professions sociales, sanitaires et juridiques, se poursuivra l'après-midi de 14 h à 17 h avec dix ateliers portant sur les différentes facettes de la violence telles que «Violences intrafamiliales», «Harcèlement sexuel et mobbing», «Stress post-traumatique», «Violence et école», etc.

Programme détaillé et inscription auprès de I. Rossi, tél. 021/345 22 22, PMU, 1005 Lausanne.

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

Le CEMCAV reçoit plusieurs distinctions internationales

Le CEMCAV (Centre d'enseignement médical et de communication audiovisuelle) vient d'obtenir coup sur coup plusieurs prestigieuses distinctions internationales. Le 29 octobre, au Festival du film médical et chirurgical de Paris – «Entretiens de Bichat», deux productions du CEMCAV ont été inscrites au palmarès des dix meilleurs films. L'une des productions récompensées concerne l'orthopédie et la «réhabilitation après reconstruction du ligament croisé antérieur». Elle a pour auteur le D^r Jacques Vallotton et pour réalisateur Olivier Frei. L'autre, intitulée «Latissimus dorsi», est destinée à faire connaître une technique particulière de reconstruction du sein aux médecins et aux patientes. Elle a pour auteur le D^r Gaston-François Maillard et pour réalisateur Philippe Clavel. Ces deux films avaient déjà été primés lors de Filmed 98, le 6^e Festival du film médical qui s'est tenu à Amiens en septembre dernier.

Milieu carcéral et toxicomanie

«Ces toxicomanes, yaka les mettre derrière les barreaux, yaka les éliminer...» «Yaka». Et combien sont-ils, en fait, dans nos prisons cantonales? Les statistiques de 1997 montrent que 25% du total des hommes incarcérés et 40% du total des femmes sont toxicomanes. L'ensemble de cette population se chiffre à 425 personnes.

La difficulté de prise en charge est complexe et varie selon le vécu passé et présent du détenu (âge, durée de la toxicomanie, type de drogues, comorbidités, expériences carcérales préalables, etc.). Le sevrage est une des préoccupations prioritaires du toxicomane lors de son admission. Plusieurs types de prise en charge sont possibles:

il y a quelques années, la méthadone à dose dégressive était le traitement de choix. Actuellement, et dans toutes les prisons vaudoises, la polytoxicomanie associant opiacées et benzodiazépines est jugulée par la combinaison Tegretol-Tolvon. Cette épreuve reste néanmoins éprouvante et peut conduire, dans certains cas, à une augmentation du risque suicidaire. Elle demande donc une attestation particulière de l'équipe pluridisciplinaire.

Lors d'une admission en détention préventive, la décision de maintenir ou de suspendre une cure de méthadone devrait dépendre de la durée présumée d'incarcération et de la compliance du patient à un programme

thérapeutique établi et confirmé par le médecin traitant. Dans le cas contraire, la cure devrait être interrompue progressivement, selon les schémas classiques de sevrage.

Vu la fragilité de certains patients, une plus grande souplesse peut prévaloir, en respectant évidemment les disponibilités de l'équipe soignante.

Une part de ces détenus sevrés ou sous méthadone peut être candidate à un placement dans des structures résidentielles permettant le maintien de l'abstinence et cela dans le cadre d'une mesure légale (art. 44 du CPS).

Lors de l'exécution de peine, le problème de la toxicomanie se pose différemment: aux EPO et en particulier à la Colonie, l'accès aux stupéfiants est nettement plus aisé (retour de congé, visites, etc.) et la consommation plus importante, voire problématique. L'introduction des cures de maintenance à la méthadone y est récente. Cette pratique suscite des controverses et modifie par là même le rôle traditionnel du gardien. La prise en charge pénale s'inscrivant dans une perspective active de responsabilisation et d'abstinence du détenu, ce dernier est invité à accepter un contrat établi avec l'équipe multidisciplinaire (surveillants, assistants sociaux, équipe médicale) visant à une possible réinsertion sociale et économique.

Si le maintien de la cure de méthadone est indubitablement favorable pour un détenu stabilisé et exécutant une courte période d'incarcération, la poursuite d'un tel traitement suscite, dans des situations de moyenne à longue durée, encore beaucoup de questions.

L'overdose reste, tout au long du séjour pénitentiaire, de même qu'à la sortie, une inquiétude majeure. Le détenu, coupé de ses comportements et de son milieu habituels, perd ses réflexes protecteurs face aux drogues. La mise en liberté peut se solder par des «erreurs de manipulation de dose» fatales. Cela invite à préparer au mieux ces sorties, favorisant les partenariats multiples (médecins traitants, Patronage, Fondation du Levant, Centre Saint-Martin, Relais, etc.). La marginalisation de certains et leur refus de s'inscrire dans toute forme de suivi rendent souvent la poursuite du traitement acrobatique. Ces libérations étant souvent décidées de manière imprévue seraient un argument en faveur de la poursuite des cures de maintenance au long cours.

P. de Vevey, M. Schekter

Société vaudoise de patronage Service social pénal et postpénal

La Société vaudoise de patronage est une association de droit privé (art. 60 et suivants du Code civil suisse). Son action est précisée par ses statuts, le règlement du 14 janvier 1981 sur le patronage approuvé par le Conseil d'Etat, ainsi que par l'article 47 CPS, l'article 379 CPS précisant sa structure juridique. Cette institution est subventionnée par le Département des institutions et des relations extérieures.

Elle assure le service social de toutes les maisons d'arrêt et de préventive ainsi que des Etablissements de la Plaine de l'Orbe (EPO) et de La Tuilière à Lonay. Elle apporte un soutien plus particulier aux personnes détenues

bénéficiant de la section ouverte aux EPO, puis de la semi-liberté, pour la préparation à une future libération conditionnelle ou définitive. En effet, le passage d'un régime fermé (exécution de peine) à un régime plus ouvert (semi-liberté) est une transition très importante. Il permet de préparer le condamné à recouvrer son autonomie, mais également à faire face à de nouvelles responsabilités (travail à l'extérieur, horaires, réalité quotidienne avec la famille, contraintes finan-

cières, etc.) ou à s'inscrire dans un suivi médical.

La Société vaudoise de patronage suit en outre les condamnés vaudois incarcérés aux Etablissements de Bellechasse (FR), Crêtelongue (VS), Champ-Dollon (GE) et Bellevue (NE), ainsi qu'environ 700 personnes libérées qui ont un domicile sur le territoire du canton de Vaud.

La Société vaudoise de patronage intervient également pour des aides inhérentes à des projets de formation professionnelle, de formation continue et de réinsertion sociale (aide à la famille, installation de jeunes ménages en difficulté, soutien aux parents d'enfants majeurs délinquants, plan de désendettement, mise en place de soutiens psychothérapeutiques, projets professionnels).

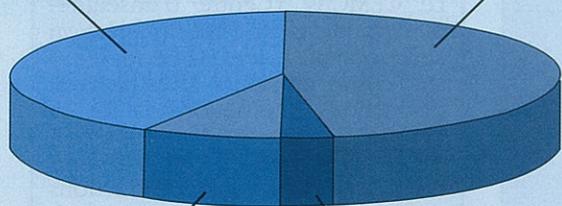
Jacques Monney, directeur

Détention préventive
45%

EPO
49%

Autres établissements
4%

Tuilière
2%



L'hospitalisation en milieu pénitentiaire

Les consultations postpénales

Dans le canton de Genève, les soins aux personnes détenues sont, conformément à la loi K 1.20 du 18 juillet 1984, une mission de l'Institut universitaire de médecine légale (IUML). Dans le cadre du «Concordat romand sur l'exécution des peines et mesures», il est prévu que le canton de Genève doit être en mesure de dispenser les soins appropriés aux détenus exécutant leur peine dans les différents cantons signataires du concordat (Fribourg, Neuchâtel, Vaud, Valais, Genève, Tessin et Jura).

Le canton de Genève s'est donc doté d'un système de soins permettant de répondre à un large éventail de situations médicales et psychiatriques. L'IUML organise et assume la responsabilité des soins au service médical de la prison de Champ-Dollon, au quartier cellulaire de l'hôpital et au quartier carcéral psychiatrique. Il faut ajouter l'établissement de psychothérapie «La Pâquerette», qui ne constitue cependant pas un établissement à proprement parler médical, ainsi que les consultations pénitentiaires pour adolescents et la consultation psychiatrique à l'Institut, qui n'entrent pas dans le cadre du concordat.

Nous n'évoquerons ici que les soins dispensés au quartier carcéral psychiatrique, au quartier cellulaire de l'hôpital et à la consultation psychiatrique ambulatoire à l'IUML.

Le quartier cellulaire de l'hôpital (QCH)

Description et fonctionnement

Le QCH est une unité hospitalière comportant dix lits. Il permet le diagnostic, le traitement et les soins nécessaires en cas d'affection médicale ou chirurgicale relativement complexe. Situé à l'Hôpital cantonal universitaire de Genève, il est également une unité hospitalière de cet établissement, ainsi qu'une section de la prison. La sécurité y est donc assurée par le Département de justice et police.

Le QCH peut recevoir des patients des deux sexes. Il assume essentiellement des hospitalisations programmées.

Contraintes propres au milieu carcéral

L'environnement pénitentiaire a, pour conséquence principale, un alourdissement considérable des processus médicaux de décisions et d'action. Ainsi, par exemple, dans l'indication d'admission doivent être pris en considération les facteurs de sécurité intervenant dans le transfert. Les modalités d'acheminement du patient au QCH, la date et la durée du séjour doivent être pesés. Une indication mal posée peut avoir des conséquences aussi bien dans le domaine du processus de soins que dans l'organisation de l'exécution de la peine. Si ce dernier domaine n'est pas, a priori, de la compétence du médecin, il n'en reste pas moins qu'un séjour hospitalier peut avoir des répercussions dans le domaine, par exemple, de la sécurité ou de la capacité du patient à subir la peine. Il en est de même de la sortie du QCH vers le pénitencier d'origine ou la prison préventive de Genève. La notion de convalescence est, en effet, peu opérante dans le domaine pénitentiaire, le patient se trouvant, dès son retour en établissement de détention, replongé dans le milieu très particulier de la prison.

Au cours d'une hospitalisation, chaque déplacement dans un service spécialisé donne lieu à un accompagnement par les forces de police, nécessitant, là encore, une organisation assez lourde des rendez-vous et des examens.

Outre ces questions liées au cadre pénitentiaire, un certain nombre de contraintes sont inhérentes au type même des patients et de leur pathologie. Ainsi, il n'est pas rare de rencontrer des situations de refus de traitement, en rapport avec une réaction psychologique à la situation de détention. L'équipe soignante et médicale doit alors faire face à une situation où s'enchevêtrent de nombreux facteurs. Il faut pouvoir distinguer les facteurs psychologiques et psychiatriques, à type de dépression, voire d'état délirant, les éléments pénitentiaires tels le désir du patient de faire pression sur la justice ou sur son entourage personnel, les facteurs médico-légaux à type d'accessibilité aux soins du détenu et inversement de respect de son refus à être soigné, ainsi qu'à une argumentation éthique que nous évoquerons plus loin. Les situations de grève de la faim sont égale-

ment très caractéristiques du milieu pénitentiaire et font appel à une perception claire de la dimension chronologique de l'action médicale. D'une façon générale, le soin en milieu pénitentiaire prend souvent son sens, non seulement en fonction de la pathologie à traiter mais également selon la situation du patient par rapport au processus judiciaire et pénal.

Ethique

S'il est des spécialités médicales particulièrement exposées aux problèmes éthiques, la médecine pénitentiaire en fait incontestablement partie. Le praticien hospitalier exerçant dans un cadre tel celui du QCH est soumis à différentes pressions et contraintes: demande du patient, influence de son avocat, injonction des autorités de justice et police, interrogations des services pénitentiaires, etc. Il importe donc que le médecin puisse se référer à des principes généraux pour fonder son attitude éthique personnelle.

Nous ne pouvons pas citer de façon exhaustive ici tous les textes définissant les fonctions et attitudes du médecin en milieu pénitentiaire. Certaines lignes directrices se dégagent cependant. Ainsi, le règlement de l'IUML de Genève, défini par la loi cantonale K 1.20, précise d'emblée le rattachement de l'Institut au Département de la prévoyance sociale et de la santé publique, précisant que l'Institut est chargé de prodiguer des soins aux personnes détenues, excluant par la même tout autre mode d'intervention, en particulier de nature répressive. Ainsi, l'indépendance même du médecin par rapport au Service de justice et police est assuré.

Certains textes nationaux sont également de nature à inspirer le médecin dans son éthique personnelle. Ainsi, le caractère absolu du secret médical est conforté par l'article 321bis du Code pénal, article qui ne souffre pas d'exception en ce qui concerne la médecine pénitentiaire. Au niveau supranational, les récentes «Recommandations du Comité des ministres du Conseil de l'Europe» du 8 avril 1998 constituent un guide précieux concernant «les aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire». Sous les cinq aspects de l'accessibilité aux soins, de l'équivalence des soins entre les milieux pénitentiaires et le reste de

la population, du consentement du malade, du secret médical et de l'indépendance professionnelle, ces recommandations définissent des lignes de conduite qui constituent les bases d'une éthique de soins applicable dans un établissement tel que le quartier cellulaire de l'hôpital.

Il n'en reste pas moins que, dans la pratique, les soins hospitaliers aux personnes détenues posent régulièrement des problèmes techniques et éthiques complexes. A titre d'exemple, voici le cas d'un homme jeune, hospitalisé pour équilibrer un traitement antidiabétique. D'un tempérament ombrageux, non dépourvu de traits paranoïaques, il refuse au bout du troisième jour tout examen et tout traitement, s'estimant mal considéré par l'équipe soignante ainsi que par les représentants du système judiciaire. N'obtenant pas sa sortie immédiate de l'hôpital, du fait des contraintes administratives de convoyage de sécurité, il fait une crise classique qui nécessite l'intervention de la police dans le milieu hospitalier.

Un tel cas, pourtant simple et relativement prévisible, pose différentes questions au médecin, telles que le refus de soins de la part du patient, la difficulté à obtenir une liberté d'accès et de sortie de l'hôpital équivalant à un hôpital général (en égard aux contraintes de sécurité ainsi qu'à l'impossibilité de se trouver dans un tout autre milieu que le milieu pénitentiaire après sa sortie de l'hôpital), l'obligation enfin d'avoir recours aux forces de l'ordre dans le milieu hospitalier, risquant par là de concourir à des comportements de violence réciproque entièrement contraires aux principes de l'éthique médicale.

Le quartier carcéral psychiatrique (QCP)

Description et fonctionnement

Le quartier carcéral psychiatrique est une unité de soins hospitaliers en milieu carcéral, d'une capacité de sept patients. Ouvert en mai 1988, il est situé géographiquement sur le domaine de la Clinique de Belle-Idée. Il s'agit également d'une section de la prison préventive de Genève. Comme tous les établissements psychiatriques du canton, le QCP est placé sous la surveillance du Conseil de surveillance psychiatrique, qui fonctionne également comme organe de recours pour les patients qui contesteraient le bien-fondé de leur hospitalisation ou la nature des soins reçus. Comme le QCH, le QCP, en tant qu'établissement concordataire, peut recevoir non seulement des patients provenant de la prison préventive de Genève mais éga-

lement des établissements d'exécution de peines des cantons signataires du concordat romand. Le fonctionnement du quartier carcéral psychiatrique est à la fois défini par le règlement du QCP (loi F 1.28) et par certains articles de la «loi sur le régime des personnes atteintes d'affections mentales et sur la surveillance des établissements psychiatriques» (loi K 1.25). Il existe donc une détermination juridique assez précise de l'organisation des soins dans le quartier. Le personnel gardien assure la surveillance relativement au risque d'évasion, et contrôle, par un système de porte électrique, les entrées et sorties de l'établissement. L'équipe médico-infirmière a donc à charge, en sus des soins, la sécurité intérieure du pavillon.

L'admission au quartier carcéral psychiatrique ne peut se faire que selon les modalités de l'hospitalisation non volontaire propre au canton. Chaque patient est donc censé remplir les critères suivants: présence de troubles psychiatriques, nécessité d'une hospitalisation urgente, danger pour lui-même ou pour autrui. Le médecin responsable du QCP est le seul à

pouvoir accepter l'admission, de même qu'il est le seul à décider de la sortie.

Il faut noter que le quartier carcéral psychiatrique est également le lieu de soins habituel des personnes maintenues en prison dans le cadre d'une mesure d'internement, pour raison d'irresponsabilité partielle ou totale au moment des actes (art. 43 du CPS).

Contraintes propres au milieu

Les patients hospitalisés au QCP sont sous l'effet d'un double enfermement: d'une part, la mise sous écrou judiciaire et, d'autre part, l'hospitalisation non volontaire. Le poids de ces contraintes institutionnelles cumulées n'est pas sans conséquence sur l'état psychique des patients. Leurs capacités à mobiliser leurs ressources internes se trouvent le plus souvent annihilées par l'absence de solution favorable à court terme.

Dans ce contexte, la gestion des admissions et des sorties du pavillon est chargée d'une dimension particulière. L'indication d'hospitalisation au QCP est, en effet, souvent parasitée par des considérations peu médicales à connotation disciplinaire ou relatives à



l'institution carcérale. De même, la sortie du QCP, qui est habituellement synonyme de retour dans l'établissement carcéral d'origine, peut se faire, non rarement, contre la volonté du patient lui-même. Il faut constater que certains patients redoutent l'hospitalisation en milieu psychiatrique, car elle est stigmatisante vis-à-vis du milieu pénitentiaire alors qu'au contraire, d'autres patients redoutent de quitter le milieu hospitalier psychiatrique du fait de leur grande difficulté à s'adapter au milieu carcéral.

Durant le séjour hospitalier lui-même, il n'est pas aisé d'assurer une équivalence des soins par rapport à un pavillon non pénitentiaire du fait de certaines contraintes purement matérielles inhérentes au milieu: absence de certaines cothérapies (ergothérapie, thérapie de groupe, etc.), quasi-nullité des échanges avec l'extérieur du pavillon, limitation extrême des libertés à l'intérieur même du pavillon, pour des raisons de sécurité.

Il faut donc constater l'extrême difficulté à exercer une psychiatrie ayant les mêmes normes qu'en dehors du milieu pénitentiaire et la lutte constante qui doit être menée contre l'appauvrissement des soins, voire une dérive asilaire.

Aspects éthiques

La difficulté à assumer en milieu pénitentiaire l'équivalence des soins par rapport à la population générale prend une dimension éthique dès lors que certains patients sont amenés à faire des séjours prolongés et que de leur passage au QCP dépend la qualité de leur vie ultérieure ainsi que leur capacité à assumer une défense juridique.

Il importe donc, pour l'équipe médico-infirmière, de pouvoir compenser sur le plan humain les lacunes et les contraintes inhérentes au milieu carcéral. Sans pouvoir déterminer ici une psychopathologie particulière à l'hospitalisation en milieu pénitentiaire, il faut noter la surreprésentation des troubles de la personnalité de type «émotionnellement labile», trouble dans lequel le passage à l'acte est souvent privilégié par rapport à l'internisation des conflits. Il importe donc que l'équipe soit à même de distinguer la nature psychiatrique ou antisociale des actes d'agression ou de violence, afin de ne pas se laisser entraîner à agir elle-même dans un domaine répressif qui ne lui appartient pas. En ce sens, la notion de consentement au traitement doit conserver en milieu hospitalier et pénitentiaire le même sens que pour tout autre milieu hospitalier.

De même, le principe d'équivalence de la qualité des soins doit s'appliquer à la question du respect du se-

cret médical en milieu pénitentiaire, y compris sous la pression parfois insistante des instances judiciaires. Cela ne va pas sans difficulté; pour exemple, le cas de cette jeune femme incarcérée puis hospitalisée au QCP avec son nourrisson de quelques mois. Manifestant un comportement très perturbé, qui met en danger le nourrisson, elle doit être séparée de l'enfant, qui est placé en nourrice. Interrogés par les autorités de justice sur les raisons de cette séparation, les médecins, non déliés du secret par la patiente, se trouvent alors devant le choix suivant: soit en dire un minimum, pour justifier la décision de séparation, au risque de violer le secret médical et de desservir la patiente, soit se taire, et prendre le risque d'être accusés d'avoir été inhumains, en séparant la mère et l'enfant, en desservant, là aussi, la patiente qui perdra toute possibilité, à moyen terme, de revoir son enfant.

Prise en charge postpénale

Les différentes initiatives individuelles de suivi postpénal ont été regroupées à l'Institut universitaire de médecine légale, depuis 1994, dans le cadre d'une consultation psychiatrique à l'Institut encore appelée «consultation postpénale». Les patients pris en soins à cette consultation proviennent de différents horizons mais ont tous en commun d'avoir été ou d'être sous l'effet d'une décision de justice pénale. Il peut s'agir de personnes en liberté provisoire, en attendant leur jugement, ou de personnes ayant exécuté leur peine et adressées à la consultation suite à une demande de suivi psychiatrique émanant de la Commission de libération conditionnelle, ou encore de patients devant avoir un traitement ambulatoire dans le cadre d'une mesure de sûreté. D'autres cas de figure sont encore possibles, mais il est habituellement admis que les patients suivis à la consultation psychiatrique de l'IUML ne nécessitent pas de prise en charge lourde par une équipe complète, et qu'ils acceptent volontairement de se soumettre à ce traitement. La consultation psychiatrique postpénale présente des particularités tant par la nature des patients qui y consultent que par le cadre proprement médico-légal qui la fonde.

Les patients qui s'adressent à la consultation sont porteurs d'un profil criminologique et psychopathologique particulier: il s'agit, pour une grande part, de personnes ayant présenté des délits de mœurs ou une délinquance «en col blanc». D'autres types de délits, homicide passionnel ou vol pathologique sont moins représentés. Il serait faux de croire que,

du fait du caractère quasi obligatoire de la consultation, les patients manifesteront une passivité ou une résistance systématiques au traitement. La plupart d'entre eux éprouvent la conscience aiguë d'un échec existentiel et recherchent avec sincérité une amélioration de leur fonctionnement psychique.

Les particularités inhérentes au cadre médico-légal de la consultation concernent essentiellement les relations entre le médecin et les autorités judiciaires. Cela se répercute inévitablement dans le contrat de soins entre le patient et le médecin. Si le contenu des séances de psychothérapie ainsi que la nature des traitements doivent rester dans le cadre strict du secret médical, il n'en reste pas moins que les patients eux-mêmes souhaitent pouvoir fournir les preuves de leur assiduité thérapeutique aux autorités de justice. De même, le médecin peut se trouver confronté à un risque aigu de récidive consommée, situation pouvant rendre la notion de secret professionnel plus embarrassante que structurante. De ce fait, il est habituellement admis à la consultation postpénale que le contrat de soins pré suppose un accord écrit de la part du patient autorisant le médecin à passer outre le secret médical en cas de situation particulièrement grave.

Mis à part ce cadre contractuel particulier, les moyens mis en œuvre à la consultation postpénale sont semblables à ceux de toute consultation psychiatrique: psychothérapie analytique ou cognitive, entretiens familiaux, traitements médicamenteux, y compris, si besoin et avec l'accord du patient, traitements hormonaux.

Conclusion

La médecine pénitentiaire constitue donc très certainement une médecine d'institution, mais non pas au sens d'une médecine instituée, c'est-à-dire fondée en système institutionnel, mais plutôt une médecine se développant au sein d'une institution, médecine orientée vers les personnes vivant dans cette institution.

La médecine pénitentiaire soigne ceux-là même qui, commettant des actes antisociaux, se sont mis en marge de la communauté. En offrant à ces personnes des soins justement équivalant à ceux de la communauté qu'ils ont agressée et qui les condamne, la médecine pénitentiaire participe à la dignité et à l'humanité de l'institution carcérale.

Gérard Niveau
Médecin adjoint à l'Institut
universitaire de médecine légale,
Genève

Informatique 2000

Le bug de l'an 2000, conséquences possibles pour les médecins

Le problème

La cause du problème se trouve dans la saisie de l'année par deux chiffres au lieu de quatre, comme par exemple 98 au lieu de 1998 ou plus précisément 00 au lieu de 2000. Cette manière de faire, justifiée à l'origine par le souci d'économiser de l'espace mémoire, est malheureusement devenue une règle générale, élargie à toutes les applications de l'informatique. Or, pour tous les systèmes électroniques fonctionnant avec des dates, l'information 00 n'est pas claire et peut être interprétée de façon erronée (par exemple comme 1900), ou pas comprise du tout. Ce phénomène a pour répercussion que toutes les fonctions, systèmes et processus commandés électroniquement peuvent être touchés au passage à l'an 2000 et risquent de ne plus remplir leur tâche et de paralyser installations et appareils.

Comment ce phénomène peut-il nous toucher?

Par trois voies distinctes et malheureusement cumulatives:

- Les ordinateurs et les applications informatiques qui n'auront pas été rendus compatibles dysfonctionneront.
- Tous les systèmes, processus, appareils, installations pilotés, programmés ou contrôlés par des puces ou microprocesseurs embarqués non compatibles (et il y en a désormais partout) seront perturbés.
- La dépendance par rapport aux fournisseurs de biens et services (énergie, transports, télécommunications, matières premières,

échanges de données, etc.) qui seront eux-mêmes touchés risquent de nous priver de fournitures essentielles à notre vie professionnelle ou privée.

Si la première voie ci-dessus est généralement bien connue, les deux autres le sont beaucoup moins alors que leurs effets sont plus pervers et potentiellement aussi graves quant à leurs conséquences éventuelles.

Quels risques pour les médecins et les cabinets médicaux?

Nous n'examinerons ici bien entendu que les risques sur le plan professionnel et plus spécifiquement ceux du praticien travaillant de manière indépendante ou au sein d'un cabinet. En effet, les établissements hospitaliers ont généralement saisi à temps l'importance du problème et mis en oeuvre des projets d'envergure pour limiter les risques. Nous pensons notamment aux projets remarquables des Hospices cantonaux vaudois et du GHRV (aujourd'hui FHV).

En reprenant les trois sources de perturbations décrites ci-dessus, et sans aucunement prétendre établir une liste exhaustive, voici quelques possibles conséquences du bug que chacun pourra analyser et compléter pour son propre cas:

- Risques liés aux matériels et applications informatiques:
 - système bloqué et inutilisable;
 - perte totale ou partielle de fichiers (fichiers patients, documentation, analyses, remèdes, etc.);
 - erreurs ou dysfonctionnements dans la comptabilité et la gestion;
 - problèmes administratifs (correspondance, archives, facturation, salaires).
- Risques liés à l'informatique embarquée:
 - non-fonctionnement d'appareils médicaux, d'examen, d'analyse, d'assistance, de stérilisation, etc.;
 - problèmes de fonctionnement des appareils et installations de

domotique: systèmes d'alarme et de protection, ascenseurs, chauffage et climatisation, etc.;

- problèmes de fonctionnement des appareils de bureautique: central téléphonique, fax, Natel, pager, etc.
- Risques liés aux dépendances:
 - approvisionnement en électricité, eau, gaz;
 - problèmes de transports (ambulances);
 - réseau Télécom surchargé;
 - problèmes dans le trafic des paiements (relations bancaires, cartes de crédit, bancomat);
 - transferts de données;
 - nombreuses urgences (service de garde).

Qu'en est-il de la responsabilité des médecins?

Le médecin peut être tenu responsable:

- du bon fonctionnement des appareils;
- de l'exactitude des informations acquises par les appareils d'analyse vis-à-vis des patients et des tiers concernés (autres médecins, laboratoires, assurances);
- de la sauvegarde des fichiers.

A noter que le coût de reconstitution ou de corrections de fichiers et d'informations erronés n'est - en général - pas assuré par les polices assurance informatique et RC médecin, le phénomène étant prévisible.

Que faire et comment se prémunir?

C'est d'abord un problème d'attitude. Il convient de prendre le problème au sérieux, d'identifier et d'évaluer les risques propres à chaque cas afin de fixer les priorités d'actions. Pour cela on peut utiliser les nombreuses listes de contrôle diffusées par les compagnies d'assurances, les organisations professionnelles ou consulter le site Internet du Délégué an 2000 (www.Millennium.ch)

Voici quelques conseils pour traiter les problèmes évoqués:

- Pour les matériels et applications informatiques:

CABINET MÉDICAL
CHANTEMERLE 21, LAUSANNE

à remettre dès le 15 avril 1999.

Tél. 021/653 15 62
Fax 021/653 15 40

- vérifier ou faire vérifier par le fournisseur l'équipement et les logiciels;
 - le cas échéant, les changer ou les rendre compatibles an 2000;
 - exiger une garantie écrite de compatibilité;
 - le 31 décembre 1999, sauvegarder les fichiers, arrêter les ordinateurs. Les remettre en route au début de janvier 2000;
 - si des applications sont sous-traitées (par exemple caisse des médecins), demander une garantie.
- b) Pour les appareils médicaux, de domotique et de bureautique:
- contacter les fournisseurs et demander une garantie ou, le cas

échéant, une offre pour l'échange ou la mise en conformité;

- consulter les listes de tests sur Internet ou demander conseil aux Hospices cantonaux, qui ont effectué de nombreux tests.
- c) Pour les dépendances:
- imaginer les scénarios possibles en fonction des risques estimés et préparer des plans d'urgence.
- d) Pour la couverture des risques, consulter son assureur.

En conclusion

Le bug de l'an 2000 est un phénomène hautement complexe qui touchera tout le monde en même temps, sans rémission de délai. C'est une sorte

de défi lancé à notre civilisation imprégnée d'électronique et d'informatique où l'interdépendance des acteurs économiques est considérable.

Il est possible d'éliminer ou, en tout cas de limiter considérablement les risques, à condition de prendre le problème au sérieux et à temps. Mais le temps presse...

Cette problématique très particulière est aussi une chance à saisir. Pour démontrer notre capacité d'anticipation et notre compétence à gérer les risques. Pour éprouver enfin notre solidarité sur les plans local, national, voire mondial.

J. Diébold

Délégué an 2000/antenne romande

Courrier

Le Dr Rudolph Mayer nous soumet une réponse aux articles historiques publiés dans le *CMV* de décembre 1998. Certaines des lettres contenaient des arguments virulents, voire personnels. Notre intention, en publiant ces missives, n'était pas de rouvrir des blessures, mais bien de rappeler que la SVM n'est pas et n'a jamais été une société assoupie.

Je conçois que la publication de ces quelques lettres, sans préavis, ait pu blesser notre confrère Rudolph Mayer, et je le prie de bien vouloir nous en excuser. Pour l'avenir de notre corporation et la qualité de nos prestations, nous devons garder un mode de relations qui permette à chacun d'exprimer ses opinions librement.

Confrères, à vos plumes!

Dr Daniel Laufer, président de la SVM

«Il est des omissions coupables»

Messieurs du Comité de rédaction du *Courrier du Médecin Vaudois*,

Soyez remerciés pour le merveilleux cadeau de Noël que vous m'avez adressé dans les pages 8 et 9 du *Courrier du Médecin Vaudois* de décembre 1998. Cela m'a d'autant plus touché que je ne m'y attendais pas.

Comme il s'agit d'attaques personnelles qui datent de 1991 et 1992, j'aurais pensé que le plus élémentaire fair-play, pour ne pas dire attitude déontologique, aurait été de m'avertir d'abord afin que je puisse donner mon point de vue aux trois extraits qui me critiquent. Cela m'aurait évité de penser que le comité de rédaction n'a mis un extrait de lettre en ma faveur que pour éviter un éventuel procès en diffamation.

Cela de la part d'un journal qui a vu le jour en partie sur mon initiative. En effet, pour ceux qui l'ignoraient ou l'auraient oublié, l'idée de créer un journal est née conjointement dans la

SVM et dans le Groupement des médecins indépendants (GMI), dont j'étais déjà le président. Le GMI n'avait, comme seul but, que la défense de la profession médicale et essayait par tous les moyens de défendre ce qui restait encore de l'indépendance de notre profession, tant vis-à-vis de l'Etat que des caisses maladie, car l'analyse des systèmes de soins montre clairement que c'est dans un système libéral et une bonne collaboration entre le privé et l'Etat que les gens sont le mieux soignés.

Comme il avait de la peine à faire entendre sa voix, le GMI avait décidé de créer un journal. Le président de la SVM de l'époque, le Dr Francis Thévoz, nous a demandé de ne pas le faire pour éviter une éventuelle scission de la société et de collaborer au journal, que le comité de la SVM voulait également créer. Le comité du GMI a accepté, à condition d'avoir systématiquement deux pages disponibles par

numéro. Cette condition a été exigée par des membres qui avaient vécu des situations conflictuelles entre le comité de la SVM et le GMI: comme le monopole de l'information aux membres de la SVM appartenait au comité de la SVM, le GMI ne pouvait faire connaître son point de vue. Cette condition a été acceptée par le comité de la SVM de l'époque, et le *Courrier du Médecin Vaudois* a vu le jour.

Ceux qui n'ont pas tardé à réagir au fait que, systématiquement, j'écrivais dans ce journal, n'étaient peut-être pas au courant de ce qui précède.

Souvent, j'ai incité d'autres membres du comité ou du mouvement à écrire, ce qu'ils ont fait, d'ailleurs. Mais il est vrai que mon nom apparaissait très souvent, étant donné que j'ai présidé le GMI pendant sept ans et que, depuis que j'ai démissionné de la présidence suite à l'acceptation de la LAMal, le groupement ne s'est plus manifesté si ce n'est dernièrement où le secrétaire m'a contacté pour savoir s'il ne faudrait pas le dissoudre. Cette mise au point est d'autant plus indispensable que les membres de la SVM entrés dans la société dans les quatre dernières années ne savent même pas ce qu'est le GMI et donc non seulement ils reçoivent une information partielle, mais partielle.

Qu'ils sachent donc que les critiques qui m'ont été adressées l'ont été pour deux raisons principales: d'abord parce que je défendais le principe d'une médecine libérale en refusant que notre pratique soit dictée et limitée par l'Etat ou les caisses maladie pour des raisons économiques, et en-

suite parce que je me suis opposé à la LAMal dès sa conception.

En étudiant cette loi, je me suis vite rendu compte qu'elle allait dans le mauvais sens. Le GMI a suivi mon point de vue et a participé financièrement au référendum contre la loi.

Comme président romand du comité d'opposition à la LAMal, j'ai participé à plusieurs actions médiatiques contre cette loi. Toutes les organisations médicales officielles romandes, sauf le GMI, soutenaient la LAMal. On imagine facilement que celles-ci ne me portaient pas particulièrement dans leur cœur.

Depuis, nombreux sont ceux qui ont changé d'avis, tel le Dr Yves Guisan, vice-président de la FMH, qui défendait la LAMal avant la votation fédérale et qui maintenant n'en peut plus de lutter contre «les effets pervers de cette mauvaise loi». C'est également lui qui avait défendu la LAMal devant l'Assemblée générale de la SVM, le 24 novembre 1994 à Montreux. Cela n'est bien évidemment pas relevé dans le compte rendu de cette Assemblée générale publié en pages 7 et 8 du *Courrier du Médecin Vaudois* de décembre 1998. Non plus que c'est le Dr Mayer qui a expliqué à l'Assemblée générale les dangers de la LAMal ni que finalement cette assemblée a voté contre la LAMal à une faible majorité. Il faut dire que le comité de la SVM de l'époque soutenait la LAMal.

Vous pouvez facilement imaginer le temps, le travail, l'énergie et la fatigue que représentait une telle lutte ainsi que le dégoût devant les critiques, les attaques et les bassesses que j'ai dû subir.

C'est pour cela que je ne me suis plus exprimé depuis.

Certaines personnes mal intentionnées n'ont retenu que quelques critiques personnelles qui m'ont été adressées et ont, volontairement ou non, laissé de côté toute l'action que j'ai menée et tout ce que j'ai publié pour la défense de nos patients et de notre pratique. Je le regrette infiniment. Il est bien dommage que le comité de rédaction du *Courrier du Médecin Vaudois* permette à un ex-secrétaire général d'utiliser les colonnes de l'organe officiel de la SVM, dont je suis membre, pour régler des comptes personnels.

Mais arrêtons là l'analyse d'un passé que beaucoup aimeraient pouvoir refaire, ce qui est malheureusement impossible. J'espère simplement qu'en regardant le présent, ils soient capables de tirer les conséquences de leurs erreurs, car l'avenir est encore bien plus préoccupant.

Dr Rudolph Mayer

«Triste chou»

Madame, Monsieur,

Ce n'est pas la première fois, de loin, que je reçois une publicité concernant un produit pharmaceutique dont le niveau d'expression est particulièrement navrant. Qui donc d'entre nous apprécie de recevoir dans un carton un peu design et vraisemblablement cher, un chou frisé, une patate et une noix, sous prétexte de nous faire découvrir une recette culinaire adjointe au Zinat, puisque c'est la médication dont il s'agit? Sans compter le navrant dessin sur la page de garde du dépliant, représentant un bonhomme dont le nez est une patate, les oreilles évidemment des feuilles de chou et les noix très probablement les amygdales!...

De qui se moque-t-on dans ce genre d'envoi postal, indépendamment du galvaudage malgré tout de produits alimentaires? Et, de grâce, quel est le rapport avec le problème des infections ORL traitées par le médicament en question, au demeurant efficace et auquel je ne renoncerais pas même sans recevoir ce genre d'envoi!

S'il vous plaît, Mesdames et Messieurs les penseurs publicitaires des firmes pharmaceutiques, reprenez-vous! Et consacrez l'argent de vos salaires, donc de vos réalisations cérébrales, à autre chose qu'à cette publicité puéride qui ferait tout juste rire un enfant en bas âge!

Avec mes salutations distinguées, et un souhait d'être entendu de vous.

Dr Jacques-Yves Lefauve

Les «hospitaliers», ces «cochons de payants»

Réponse au Dr Christeler

Cher Confrère,

Au nom du Bureau du Collège des médecins au sein duquel siègent plusieurs de vos pairs, médecins hospitaliers, je tiens à répondre aux propos que vous avez tenus concernant l'Hôpital Riviera.

C'est à la suite de volte-face successives de l'Etat concernant d'abord le projet de l'Hôpital de Baugy puis celui de Sully que la solution d'un hôpital multisite pour notre région nous a été imposée. Nous avons toujours affirmé à nos partenaires que cette solution serait difficile à réaliser et que

si elle pouvait apporter quelques améliorations fonctionnelles, elle n'engendrerait certainement pas de grandes économies: la seule vraie solution pour la Riviera reste un hôpital unique sur un site nouveau.

Cependant, il est pour le moins exagéré, alors que le premier exercice de l'Hôpital multisite Riviera n'est pas terminé, d'affirmer qu'il va générer des surcoûts chiffrés en millions.

Recevez, cher Confrère, nos salutations confraternelles.

Pour le Bureau du Collège de l'Hôpital Riviera

*Le doyen
M.-H. Allemann*

Expérimentation de l'hospitalisation à domicile

Madame, Monsieur,

Cette lettre a pour but de vous informer sur le bilan provisoire et les perspectives de l'hospitalisation à domicile (HAD) dans le canton de Vaud.

Le Conseil d'Etat a en effet décidé de poursuivre jusqu'à la fin de 1999 l'expérimentation de l'hospitalisation à domicile engagée en juillet 1997 et d'en étendre le champ d'application, en particulier aux soins palliatifs. Cette décision a été prise sur la base du rapport qui lui a été présenté par le Comité de pilotage de l'expérience.

L'hospitalisation à domicile est donc possible dans les régions des-

CABINET DE TROIS GÉNÉRALISTES

à Lutry, excellente situation, met à disposition local et commodités à temps partiel pour profession paramédicale (psychologue, diététicien/ne), pour le 1^{er} mars 1999 ou à convenir.

Conditions intéressantes, à discuter.

Pour renseignements, tél. 021/796 22 66.

servies par le CHUV et les hôpitaux de zone de Morges, de la Riviera et d'Yverdon-les-Bains.

Initialement réservée, à trois indications seulement:

- les insuffisances cardiaques;
- les infections broncho-pulmonaires aiguës;
- les thromboses veineuses profondes.

L'hospitalisation à domicile est également possible aujourd'hui pour les traitements suivants:

- les antibiothérapies et les chimiothérapies intraveineuses;
- les lombosciatalgies;
- le traitement des ulcères chroniques des membres inférieurs;
- les soins palliatifs;
- les traitements postchirurgicaux.

Il convient de rappeler aussi que l'hospitalisation à domicile n'intervient que si trois conditions sont remplies:

- si elle est médicalement possible au vu de l'état de santé du patient;
- si elle est humainement et socialement préférable, ce qui exclut notamment de la proposer à des patients qui ne bénéficient pas d'un appui de leur entourage;
- si elle est acceptée par le patient et son entourage.

Dans ces conditions, l'hospitalisation à domicile a concerné 126 patients

jusqu'à la fin de décembre 1998. Sur la base des enquêtes réalisées au cours de la première année, la grande majorité d'entre eux se déclarent satisfaits. Plus de 80% des patients renouveleraient l'expérience si la question venait à se poser à nouveau. Ils ont particulièrement apprécié le confort et la liberté liés au fait d'être chez soi, la présence de l'entourage et une meilleure qualité de sommeil. Ils ont souligné le caractère personnalisé des soins et la relation privilégiée avec leur médecin.

Parmi les inconvénients relevés par certains patients figurent cependant la dépendance ressentie vis-à-vis de l'entourage, la solitude et la peur, les frais supplémentaires liés à l'hospitalisation à domicile (nourriture, transports, femme de ménage).

Dans 58% des cas, la prise en charge de ces patients a été assurée par leur médecin traitant. Plus de 90% d'entre eux estiment que la transmission des informations et la coordination des soins ont été bonnes, voire très bonnes, avec le médecin coordinateur, de même qu'avec l'équipe du CMS. La grande majorité des médecins traitants jugent également bonnes ou très bonnes les informations qu'ils ont reçues sur le déroulement de l'hospitalisation à domicile et 87% disent

n'avoir pas rencontré de problèmes d'application du traitement.

80% de tous les médecins estiment que le patient et ses proches étaient suffisamment préparés à la prise en charge et trois quarts jugent que l'hospitalisation à domicile était bien adaptée aux besoins du patient.

Les principales difficultés rencontrées sont cependant liées à la transmission des informations et à la lourdeur de l'évaluation et de la procédure. Comme le dit un patient, «à l'hôpital, on n'est pas assez suivi, en HAD, on est trop suivi».

La prolongation de l'expérience va ainsi permettre d'améliorer le fonctionnement de l'hospitalisation à domicile et de développer son potentiel dans la perspective des réseaux prévus par les nouvelles orientations de la politique sanitaire vaudoise (NOPS) et qui sont en cours de constitution.

Les responsables de l'expérience se réjouissent de compter sur votre collaboration de même que sur vos remarques et suggestions.

En restant par ailleurs à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, nos salutations les meilleures.

*Bernard Bachelard
Chef de projet*

Communiqués

Liste des membres de la SVM

En septembre dernier, constatant la nécessité de la remise à jour de la liste des membres de la SVM, qui date de janvier 1997, le comité envisageait de l'étoffer, de manière à faire mieux connaître les activités et les spécificités de chacun, à l'heure où, selon les vœux du législateur et de la Commission de la concurrence, le monde médical doit s'ouvrir à la publicité. Il paraissait préférable que celle-ci se fasse sous forme d'information, dans le cadre de la SVM, de manière équitable entre les membres, plutôt qu'elle ne s'installe de façon sauvage, en utilisant comme support la presse, Internet ou tout autre moyen. Des sociétés internationales de spécialistes disposent en

outre de telles listes, dont personne n'aurait l'idée de contester l'utilité et par conséquent l'existence.

Afin que chacun, médecin installé ou hospitalier, soit traité équitablement, il était prévu que les informations soient recueillies par les chefs des différents groupements de spécialistes, et qu'au sein de chaque spécialité soient déterminés les activités et les équipements spécifiques qui méritent d'être mentionnés. Alors que quelques groupements ont donné suite à cette demande, beaucoup n'y ont pas répondu et certains y ont opposé des arguments qui font supposer que le projet n'a pas été compris. Je me permets donc de reprendre les

principaux arguments qui ont été avancés:

1. Difficulté à définir les activités spécifiques, de les limiter: il est évident que si tous les membres d'un groupement de spécialistes pratiquent telle activité, il est inutile de le spécifier pour chacun. Ne devraient être mentionnées que les activités spécifiques importantes pour chacun, dont le nombre paraît difficilement pouvoir dépasser cinq, pour une spécialité donnée.
2. Risque d'une course aux mentions d'activités spécifiques, qui pourraient être mineures: c'est la raison pour laquelle le choix des activités spécifiques devait se faire au sein de chaque spécialité, ce qui aurait évidemment empêché une telle pratique; cet aspect aurait été plus

- difficile à régler par une instance extérieure à la spécialité telle que, par exemple, le secrétariat général.
- Risque d'abus, on annonce plus que l'on ne sait faire: le docteur X a-t-il suivi telle formation, dispose-t-il de tel appareil? C'est vérifiable, la question de savoir s'il sait l'utiliser est un autre problème: la liste des membres ne prétend pas évaluer les compétences de chaque médecin.
 - De toute façon, chacun fait partie d'un «réseau» et connaît bien les activités de chacun au sein de celui-ci. Cet argument n'est pas aussi vrai qu'on veut bien le dire, et je pourrais citer de nombreux exemples. De plus, il est particulièrement injuste à l'égard des jeunes médecins, qui méritent également de se faire une place et qui, peut-être, disposent justement de techniques nou-

velles que les plus âgés ne maîtrisent pas.

Un argument que l'on comprend entre les lignes est celui de la crainte de voir un autre annoncer quelque chose que l'on n'est pas capable de faire soi-même, ou que l'on considère qu'il ne devrait pas faire.

Finalement, c'est certainement la crainte de toute publicité, même sous forme d'information, pratique étrangère à notre façon traditionnelle de concevoir la médecine, qui a prévalu dans ces opinions négatives. Cette façon de voir les choses devra changer, que nous le voulions ou non.

La prochaine liste des membres ne sera donc guère différente des précédentes. Seules des rubriques concernant les numéros de téléphone portable et e-mail seront ajoutées, pour ceux qui désirent les publier.

Dr P.-O. Rosselet

litation dont les patients âgés souffrant de troubles psychiques peuvent avoir besoin.

Cette unité avait dû déménager pour s'installer provisoirement sur le site de Cery en 1996, ce qui avait eu pour conséquence de réduire l'offre de certaines prestations spécifiquement liées au milieu urbain. Le retour à Lausanne est aujourd'hui possible dans de nouveaux locaux en plein centre-ville.

Cette unité de jour est à la disposition des autres partenaires du réseau, en particulier de ceux qui s'occupent de traitements ambulatoires, pour l'évaluation des tableaux cliniques psychiatriques, la prise en charge multidisciplinaire des patients et leur réadaptation aux activités de la vie quotidienne. De nombreux patients vivant à domicile et sans soutien peuvent ainsi voir leur qualité de vie s'améliorer sensiblement par la prise en charge offerte en hôpital de jour. Pour leur part, les médecins traitants peuvent y trouver une collaboration de qualité sans y «perdre» leurs patients, puisque le médecin traitant est associé au projet thérapeutique et régulièrement informé de l'évolution de son patient.

L'autre unité de l'hôpital de jour du SUPG, l'unité thérapeutique de Prilly, reste à Cery. Chaque unité a une capacité d'accueil journalière de 15 patients. Les équipes suivent environ 60 patients simultanément, pendant une durée variable adaptée aux besoins des patients.

Les deux unités, qui ont la même direction médicale depuis 1992, collaborent avec de nombreux partenaires du réseau sanitaire, tels que:

- les autres services du SUPG;
- les centres médico-sociaux (CMS);
- les établissements médico-sociaux (EMS);
- les unités d'accueil temporaire (UAT);
- les courts séjours offerts par ces établissements;
- les hôpitaux somatiques;
- et, surtout, les médecins traitants.

L'équipe de l'UTR reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire.

Dr Carlos Augusto de Mendonça Lima

L'hôpital de jour psychogériatrique de nouveau présent au centre de Lausanne

L'une des deux unités de l'hôpital de jour du SUPG, le Service universitaire de psychogériatrie, quitte le site de Cery et réintègre la ville. Dès le 13

janvier, l'unité thérapeutique de la Riponne (UTR) offre, au numéro 3 de la place de la Riponne, à Lausanne, les activités de réadaptation et de réhabi-



CLINIQUE DE MONTCHOISI

Tradition • Qualité • Accueil

La Clinique de Montchoisi associée au

Professeur Sebastian Reiz spécialiste en anesthésiologie, réanimation et traitement de la douleur

- ancien chef du service d'anesthésiologie, CHUV, Lausanne
- ancien chef du service d'anesthésiologie, Hôpital d'Umeå (Suède)
- ancien professeur associé des Universités de Paris, médecin cadre, Hôpital Pitié Salpêtrière, service d'anesthésiologie, Paris

vous annoncent l'ouverture de leur
Centre anti-douleurs

10, ch. des Allinges case postale 69 CH-1000 Lausanne 19
Tél. + 41 21/619 39 39 Fax + 41 21/616 99 36
<http://www.Montchoisi.ch> • e-mail: info@montchoisi.ch

À LOUER

pour le 1^{er} septembre 1999.

Centre-ville de Lausanne

CABINET MÉDICAL

145 m² + garage.

Pour de plus amples renseignements, veuillez contacter le 021/729 91 58.

Prix de la Fondation de Médecine sociale et préventive, Lausanne, 1999-2000

Le prix annuel de la Fondation de Médecine sociale et préventive, Lausanne, récompense l'auteur d'un travail original de recherche dans l'un des principaux domaines d'activité de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) de Lausanne, *i.e.* épidémiologie et prévention des maladies, évaluation des services de santé. Il est doté d'un montant de Fr. 3000.- et est attribué à un seul candidat.

Le prix est destiné:

- aux assistants réguliers pendant qu'ils occupent une fonction dans un département, service ou institut universitaire ou dans un hôpital périphérique reconnu pour la formation FMH;
- à tout universitaire effectuant des recherches dans le domaine de la médecine sociale et préventive.

Les candidatures sont examinées par la Commission des prix et concours de la Faculté de médecine. Le prix est décerné lors de la cérémonie de remise des prix de la Faculté de médecine de l'Université de Lausanne (décembre 1999).

Envoi des dossiers de candidature (indiquant nom, titres, adresse et emploi actuel du candidat):

Prix de la Fondation de Médecine sociale et préventive, Lausanne, Dr Brigitte Santos-Eggimann, Institut de médecine sociale et préventive, 17, rue du Bugnon, 1005 Lausanne.

Délai de dépôt des candidatures: 31 mars 1999 (date du timbre postal).

Consultation d'oncologie prédictive au CHUV

Ces dernières années, plusieurs gènes de susceptibilité pour différents cancers ont été mis en évidence. Des mutations des gènes BRCA1 (chromosome 17) et BRCA2 (chromosome 13), par exemple, sont responsables de 8 à 12% des cancers du sein. Des mutations du gène APC (chromosome 5) sont à l'origine de la polyposse familiale et cinq gènes au moins sont impliqués dans le syndrome héréditaire du carcinome non associé à des polypes du côlon (HNPCC). Plus récemment, des mutations ont aussi été décrites en association avec le syndrome du mélanome héréditaire. De plus en plus, les médecins du canton de Vaud seront amenés à répondre à des questions comme celles-ci: «Docteur, ma sœur et ma mère ont eu un cancer du sein, pensez-vous que je puisse recevoir un traitement hormonal de substitution sans risque?» ou encore «J'ai 30 ans et mon oncle est décédé à 40 ans du cancer du côlon, tout comme mon grand-père. Pensez-vous que je doive prendre un rendez-vous pour une colonoscopie?»

C'est pour répondre à de telles questions qu'à Lausanne, des généticiens, oncologues, chirurgiens, gynécologues, ophtalmologues et psy-

chiatres ont constitué un groupe de travail multidisciplinaire. Celui-ci a été élargi secondairement dans le cadre d'une collaboration Vaud-Genève. Ce groupe d'oncologie prédictive a pour but d'établir le risque de transmission héréditaire d'un cancer particulier chez des sujets bien portants dont l'histoire familiale est chargée, mais aussi chez des patients ayant souffert (ou souffrant) de cancer, dans le cadre d'une histoire familiale évocatrice d'une prédisposition héréditaire.

Dans un premier temps, ce groupe a établi un protocole de prise en charge et de suivi tenant compte et intégrant les recommandations actuelles américaines et européennes en matière de cancers héréditaires. Un test prédictif ne doit être pratiqué que sur une base strictement volontaire, chez des personnes (ou des patients) à risque génétiquement élevé confirmé. Ce groupe de travail vise à respecter l'autonomie, assurer le libre choix du consultant et préserver la confidentialité. Les avantages et les inconvénients du test doivent être clairement expliqués aux requérants dans un processus échelonné dans le temps, comportant plusieurs étapes. Les praticiens font partie intégrante de la procédure

visant à établir le risque de prédisposition héréditaire au cancer. Leur rôle est capital, puisqu'ils sont les garants du principe hippocratique *primum non nocere*.

Le groupe d'oncologie prédictive se réunit une fois à deux fois par mois pour discuter des situations à risque et déterminer, entre autres, l'opportunité d'un test biologique. Les praticiens qui souhaitent connaître le risque génétique de leur patient sont les bienvenus s'ils désirent présenter des situations cliniques. Le but de ce réseau est d'intégrer tous les intervenants dans la prise en charge de personnes atteintes ou à risque de développer un cancer héréditaire, afin de développer une approche homogène du patient et de sa famille.

Professeur D. Schorderet,
médecin-chef, Division autonome
de génétique médicale, CHUV
1011 Lausanne
Tél. 021/314 33 76
Fax 021/314 33 72
E-mail:
Daniel.Schorderet@chuv.hospvd.ch

Les différents membres de ce groupe de travail restent bien sûr à disposition pour tous les médecins qui auraient des questions spécifiques à leur poser:

- Dr L. Perey, Centre pluridisciplinaire d'oncologie, CHUV, coordinateur du réseau
- Dr J. Fr. Delaloye, gynécologie-obstétrique, CHUV
- Dr F. Munier, Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, Lausanne
- Professeur J.-Cl. Givel, Service de chirurgie, CHUV
- Professeur P. Guex, Service de psychiatrie de liaison, CHUV
- Professeur D. Schorderet, Division autonome de génétique médicale, CHUV

MÉDECIN GÉNÉRALISTE

désireux de réduire son intense activité, recherche un autre GÉNÉRALISTE pour s'associer en

CABINET DE GROUPE

Cabinet bien implanté en campagne, proximité Ouest lausannois.

Début d'activité souhaitée dès que possible, selon entente. Confidentialité assurée.

Ecrire sous chiffre, CMV 25.2.99,
Inédit Publications SA, case postale 74,
1025 Saint-Sulpice.

Calendrier médical vaudois

Période du 1^{er} mars 1999 au 26 mars 1999

LUNDI 1^{ER} MARS 1999

14 h-15 h: Colloque du métabolisme phosphocalcique – Dr M.A. Schurch: «Fractures du col du fémoral: épidémiologie et intervention diététique» – CHUV, Lausanne, salle 10-301.

MARDI 2 MARS 1999

8 h-9 h: Colloque du Laboratoire de neurochimie du Service de pédiatrie – Dr N. Frenk: «Approche familiale en pédiatrie» – CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

11 h-12 h: Colloque de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP) – Professeur F. Levi: «Alimentation et cancer: progrès et incertitudes» – Salle de colloques de l'IUMSP, rue du Bugnon 19, 1005 Lausanne.

JEUDI 4 MARS 1999

12 h 15-13 h 45: Colloque de l'Unité multidisciplinaire pour la santé des adolescents (UMSA) – Dr O. Reinberg: «Prévention des accidents à l'adolescence» – UMSA, av. de Beaumont 48, Lausanne.

18 h-19 h: Colloques ORL – Dr L. Portmann: «Cancer thyroïdien: mise au point» – CHUV, Lausanne, auditoire Tissot, BH 08.

18 h-19 h: Colloque d'urgences et de soins intensifs – Dr L. Burdet: «BPCO décompensé» – Hôpital Riviera, site Montreux, salle de conférences.

VENDREDI 5 MARS 1999

9 h-17 h: Journée de sensibilisation organisée par l'ISPA – «Définir et analyser les mots-clés de la prévention; concepts, objectifs, stratégies, public cible, supports, limites, évaluation» – Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), av. Ruchonnet 14, Lausanne – Renseignements et inscriptions: ISPA, Administration, M^{me} Danielle Ayer, tél. 021/321 29 85.

LUNDI 8 MARS 1999

17 h 15: Colloque du Service de chirurgie – Dr P. Jornod: «Anisme et biofeedback» – CHUV, Lausanne, salle de colloques, BH 15-Sud.

JEUDI 11 MARS 1999

8 h 30-12 h: Colloque de la Polyclinique médicale universitaire (PMU) – Dr C. Fritsch: «Mal au dos: investigation et traitement» – PMU, auditoire de la PMU.

9 h-14 h: 10^e Colloque lausannois d'épileptologie – Professeur P.-A. Despland: «Crises occipitales chez l'enfant et l'adulte – Actualités thérapeutiques et parole aux firmes» – CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

12 h 15-13 h 45: Colloque de l'Unité multidisciplinaire pour la santé des adolescents (UMSA) – Dr E. Masseret: «La santé des adolescents à l'école: les projets vaudois» – UMSA, av. de Beaumont 48, Lausanne.

18 h-19 h: Colloque d'urgences et de soins intensifs – Dr A. Broccard: «Prise en charge SDR» – Hôpital Riviera, site Samaritain, salle de conférences.

18 h-19 h: Colloques ORL – Drs F. Rahm et A. Mudry: «Introduction à l'homéopathie en ORL» – CHUV, Lausanne, auditoire Tissot, BH 08.

VENDREDI 12 MARS 1999

8 h-9 h: Colloque du Service de chirurgie pédiatrique – Dr O. Reinberg: «Particularité des traumatismes thoraciques de l'enfant» – CHUV, Lausanne, salle de démonstration de radiologie N° 3, (salle 07.038, niveau 7).

9 h-17 h: Journée de sensibilisation organisée par l'ISPA – «Prévention en pratique 1: Examen des conditions pratiques pour la mise sur pied d'actions préventives. Qui sont les responsables des actions de prévention, quel rôle chacun peut-il jouer?» – Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), av. Ruchonnet 14, Lausanne – Renseignements et inscriptions: ISPA, Administration, M^{me} Danielle Ayer, tél. 021/321 29 85.

VENDREDI 12/SAMEDI 13 MARS 1999

Vendredi: 9 h-12 h/13 h 30-17 h; samedi: 9 h-12 h/13 h 30-16 h: Séminaire du Centre d'étude de la famille – Dr E. Imber-Black, New York: «Rituels de famille» – Site de Cery – Renseignements et inscriptions: CEF, Centre d'étude de la famille, site de Cery, 1008 Prilly, tél. 021/643 64 01, fax 021/643 65 93.

LUNDI 15 MARS 1999

14 h-15 h: Colloque du métabolisme phosphocalcique – Dr J. Cornuz: «Apport des méta-analyses dans la prise en charge de l'ostéoporose» – CHUV, Lausanne, salle 10-301.

MARDI 16 MARS 1999

8 h 15-9 h 45: Séminaire du SUPEA – Professeur Drina Candilis-Huisman, Paris: «Approche clinique des compétences néonatales» – SUPEA, rue du Bugnon 23 A, 1005 Lausanne.

19 h-20 h 30: Conférence de formation postgraduée du SUPEA-DPP – Dr Serge André, Bruxelles: «La pédophilie» – CHUV, Lausanne, auditoire Yersin – Renseignements et inscriptions: M^{me} F. Evrard, SUPEA, rue du Bugnon 23 A, Lausanne, tél. 021/314 19 60, fax 021/314 19 61.

MERCREDI 17 MARS 1999

19 h: Colloque de l'Hôpital de zone de Saint-Loup/Orbe – «Examens paracliniques de la visite de préanesthésie et techniques d'anesthésie» – Hôpital d'Orbe, salle du Verger.

JEUDI 18 MARS 1999

7 h 15-8 h 15: Formation FMH du Service d'anesthésiologie – Dr A. Foletti: «Antalgie postopératoire au CHUV» – CHUV, Lausanne, salle de colloques, ALG-BH05.

11 h: Colloque du Service de rhumatologie – Dr F. Frey, Berne: «Steroids: mechanisms of action and side effects» – Hôpital Nestlé, Lausanne, auditoire Louis-Michaud.

18 h-19 h: Colloques ORL – Dr F. Waridel: «La maladie de Ménière» – CHUV, Lausanne, auditoire Olivier, BH 08.

JEUDI 18/VENDREDI 19 MARS 1999

Jeudi: 14 h-17 h 30; vendredi: 9 h-17 h 30: Séminaire du Centre d'étude de la famille – Drs M.-Cl. Guinand et F. Wulliemier: «L'intervenant centré et ouvert, outil thérapeutique» – Ch. de Moléson 4, 1^{er} étage, 1012 Lausanne – Rensei-

gnements et inscriptions: CEF, Centre d'étude de la famille, site de Cery, 1008 Prilly, tél. 021/643 64 01, fax 021/643 65 93.

VENDREDI 19 MARS 1999

9 h-17 h: Journée de sensibilisation organisée par l'ISPA – «Prévention en pratique 2: la prévention non spécifique» – Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), av. Ruchonnet 14, Lausanne – Renseignements et inscriptions: ISPA, Administration, M^{me} Danielle Ayer, tél. 021/321 29 85.

JEUDI 25 MARS 1999

10 h 30-12 h: Conférence du Jeudi de la Clinique La Métairie – Dr R. Nil, Glattbrugg: «Une fois toxicomane – toujours toxicomane? Ou la mémoire du corps» – Clinique La Métairie, Nyon – Renseignements: F. Forestier, tél. 022/361 15 81.

12 h 15-13 h 45: Colloque de l'Unité multidisciplinaire pour la santé des adolescents (UMSA) – Professeur P.-A. Michaud: «La résilience à l'adolescence: un nouveau regard sur les soins et la prévention» – UMSA, av. de Beaumont 48, Lausanne.

12 h 30-13 h 30: Colloque de neurologie – Dr N. Schaad: «Mélatonine et cerveau: mythes et réalités» – CHUV, Lausanne, salle de colloques, BH-13.

14 h 15-15 h 45: Conférence CEPUSPP – Dr Y. D. Lapiere, Ottawa: «Les coûts de la dépression et de son traitement» – Clinique psychiatrique universitaire, site de Cery, 1008 Prilly, bâtiment des admissions, 1^{er} étage.

18 h-19 h: Colloques ORL – Dr V. Schweizer: «Pathologies bénignes du larynx: aspects phoniatriques» – CHUV, Lausanne, auditoire Olivier, BH 08.

18 h 30: Colloque de l'Hôpital de Payerne – Drs Rostan et Stadler: «Le point sur la maladie de reflux» – Hôpital de Payerne, salle de conférences du 1^{er} sous-sol.

JEUDI 25/VENDREDI 26/SAMEDI 27 MARS 1999

Jeudi: 9 h 15-16 h 45; vendredi: 9 h 15-16 h 45; samedi: 9 h 15-12 h 45: Séminaire du Centre d'étude de la famille – Dr J. Prud'homme, Montréal: «L'idéal du couple et l'idéal du thérapeute conjugal» – CERFASY, Neuchâtel – Renseignements et inscriptions: CERFASY, Beaux-Arts 19, 2000 Neuchâtel, tél. et fax 032/724 24 72.

VENDREDI 26 MARS 1999

8 h-9 h: Colloque du Service de chirurgie pédiatrique – Dr O. Reinberg: «Epidémiologie des accidents d'enfants et d'adolescents» – CHUV, Lausanne, salle de démonstration de radiologie N° 3 (salle 07.038, niveau 7).

9 h-17 h: Journée de sensibilisation organisée par l'ISPA – «Prévention en pratique 3: Promotion de la santé en milieu scolaire à Genève – de l'information sur les risques aux programmes interactifs et participatifs» – Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), av. Ruchonnet 14, Lausanne – Renseignements et inscriptions: ISPA, Administration, M^{me} Danielle Ayer, tél. 021/321 29 85.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 29 mars 1999 et le 28 mai 1999: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 1^{er} mars 1999.

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

B
BIOTOP
2000 SA

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

ACHAT, VENTE, ECHANGE

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

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

BIOTOP 2000 SA

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



SOGIROM

A LOUER



Nous proposons de magnifiques locaux au centre de Lausanne à la

**Rue du Maupas 34/
Petit-Beaulieu 9**

Situation idéale pour généraliste ou toute spécialisation vu le nombre peu important de cabinet médicaux dans le quartier.

Pour visiter, contactez M. P. FORSTER
au N° 021/318 77 51.

Maupas 2 – 1000 Lausanne 9

CONFORT ACOUSTIQUE



Penseyres Jean-François
Rte des Monts de Lavaux 316
1602 La Croix-sur-Lutry

Tél. prof.: 021/791 43 43

Tél. privé: 021/728 46 37
Fax: 021/728 46 47

Etude et réalisation

- Isolation phonique des locaux d'habitation et de production
- Insonorisation des équipements et machines
- Acoustique des salles de réunion ou de musique

Triviraten

BERNA

**Vaccin vivant
pour l'immunisation active
contre la rougeole, les oreillons et
la rubéole**



- **Induction d'anticorps neutralisants contre les oreillons par la souche vaccinale Rubini comparable avec Jeryl Lynn***
- **moins d'effets secondaires dans la comparaison randomisée avec le vaccin américain***
- **dépourvu d'antibiotiques et de protéines aviaires**

* étude clinique contrôlée: Schwarzer S et al. Safety and Characterization of the Immune Response Engendered by Two Combined Measles, Mumps and Rubella Vaccines. *Vaccine* 1998;16:298-304.



PRODUITS
BERNA

Institut Sérothérapique et Vaccinal
Suisse Berne

Case postale, 3001 Berne
Téléphone 031 980 6 111
Télécopie 031 980 6 775

Notice d'information professionnelle abrégée: Triviraten Berna® (médicament sur ordonnance médicale), vaccin HDC (cultivé sur cellules diploïdes humaines) contre la rougeole, les oreillons et la rubéole. Composition: La dose unique du vaccin reconstitué prêt à l'emploi (0,5 ml) contient au minimum 1000 TCID₅₀ de virus vaccinal vivant de la rougeole, 10 000 TCID₅₀ de virus vaccinal vivant de la parotidite (oreillons) et 1000 TCID₅₀ de virus vaccinal vivant de la rubéole. Excipients: albumine humaine, D-sorbitol, lactose. Solvant: Aqua ad iniectionem. Ces trois souches virales vaccinales sont adaptées à des cultures de cellules diploïdes humaines et sont reproduites dans celles-ci. **Indications:** Immunisation active contre la rougeole, la parotidite et la rubéole. Triviraten Berna ne contenant ni protéines aviaires ni antibiotiques, le vaccin convient également aux personnes présentant une hypersensibilité à ces substances (p.ex.: allergie au blanc d'oeuf). **Posologie:** Mélanger le vaccin lyophilisé avec le solvant. La dose à injecter par voie sous-cutanée est d'une fois 0,5 ml, indépendamment de l'âge du sujet à vacciner. Dans de nombreux pays, on recommande une deuxième injection. **Contre-indications:** Immunodéficience congénitale ou acquise, traitement simultané avec immunosuppresseurs ou antimitotiques. **Précautions:** Ajourner la vaccination en cas d'affection fébrile aiguë. **Catégorie de grossesse X:** Bien que Triviraten Berna soit contre-indiqué pendant la grossesse, une interruption de grossesse n'est pas impérative en cas de vaccination pratiquée involontairement chez une femme enceinte. **Allaitement:** Le virus de la rubéole ayant pu être mis en évidence dans le lait maternel, le risque de transmission de virus rubéoleux vaccinaux au nourrisson par l'allaitement ne peut être exclu. **Effets indésirables:** Les effets secondaires, très rares, sont de nature bénigne et se manifestent sous forme d'exanthème, maux de tête, fatigue, malaise, vomissement, symptômes d'une infection respiratoire, lymphadénite, arthralgie. Après la vaccination, une élévation passagère de la température est possible. **Interactions:** L'administration d'immunoglobuline et de produits sanguins ou plasmatiques peut restreindre la réponse immunitaire à une vaccination contre la rougeole, la parotidite et la rubéole. Pour cette raison on doit observer un intervalle de 3 mois entre lesdites médications et la vaccination ultérieure. **Remarques particulières:** Protéger de la lumière. Le vaccin doit impérativement suivre la chaîne du froid et sera donc maintenu constamment entre +2 et +8 °C. **Présentations:** Flacon de vaccin lyophilisé pour 1 dose + seringue contenant le solvant; flacon de vaccin lyophilisé pour 1 dose + solvant; 10 flacons de vaccin lyophilisé pour 10 x 1 dose + 10 seringues contenant le solvant. Pour des informations détaillées, prière de consulter le Compendium Suisse des Médicaments.