

COURRIER
DU M **MEDECIN**
VAUDOIS

numéro 6

juin - 90

ORGANE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE

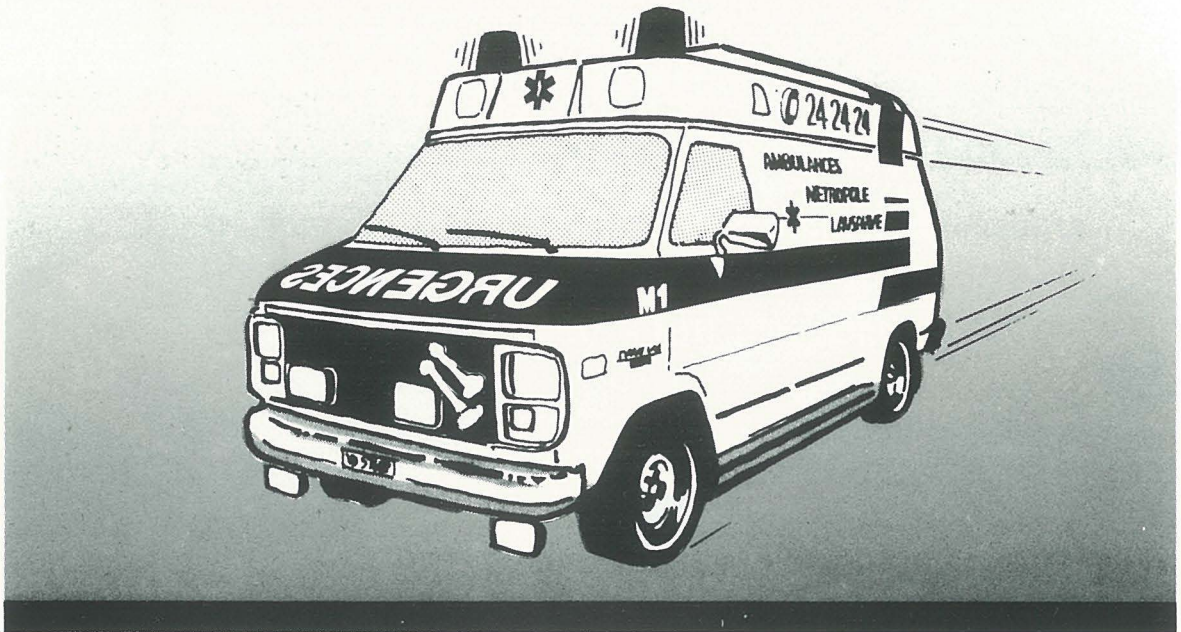


MÉDECINE TROPICALE

CABINET-HÔPITAL : VERS UN GENTLEMEN'S AGREEMENT

URGENCE

24 24 24



24 H. sur 24

MEDECINE · ACCIDENT

AMBULANCES SECOURS METROPOLE SA

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



Editorial

Médecine tropicale

L'OMS, le 28 mars 1990, a tenu une conférence de presse conjointe à Genève et Washington, afin de rendre publics les résultats de sa dernière analyse des maladies tropicales.

Plus d'un demi-milliard de personnes, soit environ une sur dix de la population terrestre globale, seraient atteintes d'une ou plusieurs maladies tropicales. A savoir : malaria, 270 millions ; schistosomiase, 200 millions ; filaire, 90 millions ; maladie de Chagas, 16 à 18 millions ; onchocerciose, 17 millions ; leishmaniase, 12 millions ; lèpre, 10 à 12 millions ; maladie du sommeil, environ 25 000 nouveaux cas par année ! Environ deux milliards d'êtres humains sont potentiellement en danger de contracter une maladie tropicale. Sachant que la population mondiale s'accroît de 250 000 âmes par jour, le slogan « Santé pour tous en l'an 2000 » paraît de plus en plus utopique.

Comment concevoir qu'en 1969 l'homme marchait sur la lune, et que sur notre bonne terre, chaque année, un million d'enfants meurent de malaria avant l'âge d'un an ?

En ce qui concerne notre pays, notons que plus de 600 000 compatriotes vivent et travaillent à l'étranger, en grande majorité sous les tropiques. Enfin près de 500 000 Suisses partent en voyage, dont plus de la moitié dans des pays du tiers monde.

Le champ d'application de la médecine tropicale est donc incommensurable et sa responsabilité envers l'humanité est immense.

Quelques esprits chagrins voudraient priver la médecine tropicale de son identité, et en faire une espèce de sous-spécialité mineure, affublée du titre de « médecine des voyages » : la médecine tropicale reste une spécialité à part entière ; elle a ses grandeurs et servitudes, ses faiblesses et ses exigences, mais elle a aussi ses spécialistes...

Au cours d'un récent voyage en Asie du Sud-Est, j'ai été frappé par les erreurs, voire l'absurdité des conseils de médecine tropicale dispensés à plusieurs membres de notre groupe.

Etant généraliste autant que tropicaliste, je peux me permettre d'affirmer que le devoir du généraliste est de connaître ses limites en temps opportun, afin de faire bénéficier ses patients d'un avis spécialisé, s'il est nécessaire.

Or, je suis étonné de la réticence qu'ont la plupart des médecins vaudois à confier leurs patients-voyageurs aux spécialistes FMH en médecine tropicale du canton : dans certains cas, il peut s'agir pourtant d'une question de vie ou de mort...

Dr C.-A. Brand

Sommaire

1

Editorial
Médecine tropicale

3

Dossier
Médecine tropicale

7

Cabinet-hôpital :
Vers un gentlemen's
agreement

9

1^{er} septembre :
CMS pilote
Chailly-la Sallaz

10

Opinions

13

Communiqués

15

Ma découverte
de l'hôpital

3^e couverture
Calendrier
médical vaudois



AUTOMOBILES & MOTEURS SA

Av. de Provence 2, 1000 Lausanne 20
Tél. 021/24 78 71

Agence principale des marques :



Vente de voitures neuves et d'occasion
Ateliers de réparations – Dépannage jour et nuit
Carrosserie – Peinture – Pièces détachées
Accessoires – Station-service – Auto-location

AMAG-LAUSANNE: LE GRAND GARAGE AUX PETITS SOINS POUR VOTRE VOITURE

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



perMed

Leuthold & Riffert

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



Le bureau de placement spécialisé uniquement dans le secteur médical

NULLE PART AILLEURS QU'À MONTREUX: CLINIQUE BON PORT

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

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

Ouvert aux médecins traitants.

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

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

CLINIQUE BON PORT

21, rue Bon-Port, CH-1820 Montreux

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

**Imprimerie
Bron SA
Lausanne**



Tél. 021 32 99 44

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

Dossier

Médecine tropicale

Les Suisses aiment voyager

Un million de billets d'avion pour des voyages intercontinentaux sont vendus chaque année en Suisse; la moitié pour aller dans les régions tropicales ou subtropicales. Les Suisses aiment donc voyager et s'exposent chaque année aux maladies dites tropicales. Pour pouvoir se protéger efficacement, il faut donc qu'ils puissent être renseignés sur ces maladies, leur mécanisme de transmission et les moyens de se protéger par vaccination, médicaments prophylactiques ou simplement un comportement les mettant à l'abri des dangers.

Les maladies infectieuses connues dans nos régions sévissent souvent d'une façon plus grave dans les régions tropicales, dont les plus importantes sont la tuberculose, la rougeole, la poliomyélite, la méningite, le tétanos et les maladies vénériennes. Le sida, dernier venu, gagne chaque jour en importance, et si les prévisions épidémiologiques sont exactes, il fera passer toutes les autres maladies en deux à quatre ans à un plan secondaire.

En principe, tout médecin installé en Suisse est compétent pour donner des conseils médicaux pour les voyageurs, en se référant au classeur de l'Office fédéral de santé publique concernant les maladies infectieuses. Le groupe suisse de travail pour les conseils médicaux aux voyageurs y publie des mises à jour fréquentes. Le bulletin hebdomadaire du même office fédéral donne une fois par mois la liste des vaccinations obligatoires ou recommandées pour les voyageurs et depuis peu, une rubrique «Santé-Voyages».

Les confrères qui se préoccupent tout spécialement de ces problèmes sont les spécialistes FMH en médecine tropicale, actuellement environ cinquante en Suisse, qui forment la Société de tropicalistes FMH. Quatre ou cinq rencontres de perfectionnement par année réunissent chaque fois environ 80% des membres, l'absence des autres s'expliquant généralement par des voyages d'étude ou missions scientifiques dans les régions tropicales. En mars 1990, une journée dans le service des maladies tropicales du professeur Gentilini, à Paris, nous a fait participer à la visite du service des patients hospitalisés, la consultation ambulatoire, l'organisation des conseils aux voyageurs et l'antenne téléphonique permanente, les laboratoires de recherche. Autre journée à l'Institut tropical de Bâle pour des travaux pratiques: nouvelle méthode d'examen parasitologique des selles et nouvelle technique pour diagnostic rapide de la malaria. Des groupes de dix à vingt participants se rendent tous les deux ans dans

des régions tropicales pour une formation continue sur place: Cameroun, Thaïlande, Népal, Cuba, Jamaïque, Chine, Afrique australe.

Cette société de médecins spécialistes fait partie de la Société suisse de médecine tropicale et de parasitologie qui, parmi ses trois cent cinquante membres, compte aussi des vétérinaires, des parasitologues et des biologistes. Les congrès organisés chaque année permettent de faire le point sur des problèmes actuels: 1989 le foie, 1990 le sang. En juillet 1990, il y aura à Cambridge une réunion commune avec la société anglaise et celles des pays scandinaves.

Les comités de la Société de spécialistes FMH et de la Société suisse de médecine tropicale et de parasitologie invitent pour le 30 août 1990 des représentants des facultés de médecine, des divisions d'infectiologie et de parasitologie de toute la Suisse à une table ronde pour essayer de mieux planifier et coordonner l'enseignement, la formation postgraduée et continue des maladies tropicales, parasitaires et de voyage. Nous essayons ainsi d'améliorer nos services à la population grandissante des voyageurs par une compétence professionnelle toujours améliorée.

Dr René Favre

SOCIÉTÉ VAUDOISE
DE MÉDECINE

*Assemblée
générale
d'automne*

Jeudi 29 novembre 1990

**COURRIER
DU MÉDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions :

N° 7/90
22 août 1990
(délai rédactionnel : 30 juillet 1990)

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

Quelques points concernant le paludisme

Chaque année, environ un demi-million de Suisses se rendent, pour des raisons diverses, dans des pays tropicaux.

Le risque majeur, auquel ils seront confrontés, est sans conteste toujours et encore la malaria.

Evolution de l'endémie

En effet, si en 1974 on n'a enregistré en Suisse que 30 cas, ce chiffre a passé à 340 en 1989; cette progression tient évidemment compte d'un recensement plus systématique (révision de l'Ordonnance sur la déclaration des maladies transmissibles), d'une progression du nombre des voyageurs en zones d'endémie (+ 12 % entre 1986 et 1987) mais surtout de l'extension des zones où sévissent des plasmodes résistants aux médicaments prophylactiques habituels.

A ce titre, il est intéressant de comparer les directives de l'OFSP en matière de prophylaxie antimalarique au cours de ces six dernières années :

En 1984, une prévention par la Chloroquine seule était considérée comme suffisante en Amérique centrale, Afrique de l'Ouest, Proche-Orient et en association avec le Fansidar en Amérique du Sud, aux Indes, en Afrique de l'Est, en Extrême-Orient et en Océanie.

En 1990, la zone Chloroquine sensible ne se limite plus qu'à l'Amérique centrale, le Proche-Orient et l'Inde, alors que l'association Chloroquine+ Fansidar a été abandonnée à cause des effets secondaires dermatologiques et cutanés au profit du Fansimef en traitement de réserve (Amérique du Sud, Moyen et Extrême-Orient) ou du Lariam en prophylaxie (toute l'Afrique et l'Océanie).

Cette situation mouvante rend évidemment plus compliquée la tâche du médecin qui doit conseiller les voyageurs; il se trouve néanmoins considérablement aidé par les directives du groupe suisse de travail pour les conseils médicaux aux voyageurs dont font partie plusieurs spécialistes en la matière, provenant des principales villes universitaires suisses, ce qui a pour avantage d'offrir une certaine cohérence dans ce domaine.

Je renvoie donc le lecteur à ce document, régulièrement mis à jour et que chacun d'entre nous a reçu (dernière édition : janvier 1990).

Comment se protéger?

1. Prophylaxie d'exposition

- a) Vêtements : dès la tombée du jour, vêtements en coton assez épais de couleur claire, couvrant les bras et les jambes.
- b) Grillage antimoustiques aux fenêtres et moustiquaire sur le lit (adresses auprès du soussigné).
- c) Insecticides à base de pyrèthre (Baygon, Néocide, ou sans gaz propulseur : Tyrax) à gicler sur les grillages et les moustiquaires; diffuseurs électriques ou plaques diffusées par minilampes à alcool ou encore spirales (ces dernières malodorantes).
- d) Insectifuges que l'on applique sur la peau; la fréquence d'application dépend de l'intensité de la transpiration (environ quatre heures). Ces produits existent sous forme de laits, lotions, gels ou sprays. Ils agissent en repoussant les insectes par l'odeur que dégage la peau. Le spectre s'étend aux moustiques, taons et mouches (pas d'action sur les insectes piquant avec un aiguillon).

Leur emploi est limité par les réactions toxiques et allergiques, le plus souvent chez les enfants et en cas d'application étendue et fréquente. Exemples: Autan, Kik, Flypel, Moustifluid, Pellit (que l'on préférera chez les enfants car moins concentré).

A part les effets indésirables mentionnés, ces insectifuges dissolvent les matières plastiques (Swatch, verres de contact, rayonne).

2. Les médicaments

Ils peuvent être utilisés à titre préventif (chimio-prophylaxie) ou à titre curatif (traitement présomptif).

Quel que soit le médicament choisi, la prophylaxie doit débuter une semaine avant l'arrivée en zone impaludée, cela d'une part afin d'assurer un taux sérique efficace et d'autre part afin de déceler une éventuelle intolérance.

En Suisse, quatre groupes de substances sont à disposition :

- a) Chloroquine (Nivaquine, Résochine, Lagaquine)
 - Le plus utilisé ces quarante dernières années.
 - Action rapide, élimination lente.
 - Résistance du *Pl. falciparum*.
 - Bien toléré chez les enfants et les femmes enceintes.
 - Marge thérapeutique faible.
 - Effets secondaires en général peu graves.
- b) Pyriméthamine - Sulfadoxine (Fansidar)
 - Action moins rapide.
 - Effets secondaires : réactions cutanées principalement.
 - Contre-indiqué chez les femmes enceintes et les enfants de moins de deux mois.
 - Pas de prise simultanée de Bactrim.
 - Actuellement peu utilisé en prophylaxie sauf en cas de contre-indication au Lariam.
- c) Méfloquine (Lariam, Méphaquine)
 - Efficace contre *Pl. falciparum* résistant mais résistances sporadiques en Thaïlande et en Afrique orientale.
 - Action rapide.
 - Nombreux effets secondaires aux doses thérapeutiques, notamment centraux et digestifs (c'est pourquoi la dose préconisée a passé de 1x3 comp. à 1x2 comp., selon les directives de l'OMS).
 - Contre-indiqué chez les femmes enceintes et les enfants de moins de 2 ans.
 - Ne pas associer à des drogues cardio-actives.
- d) Pyriméthamine - Sulfadoxine - Méfloquine (Fansimef)
 - Les effets secondaires sont ceux des constituants.
 - Ne doit pas être utilisé en prophylaxie.

A l'exception de la Chloroquine, ces médicaments ne devraient pas être utilisés plus de trois mois; pour de plus longs séjours, la situation doit être évaluée individuellement en fonction du pays de résidence, du type de séjour et du profil du voyageur.

Il faut relever qu'en usage sur une brève durée (environ trois semaines), les médicaments des groupes *b*, *c* et *d*, n'engendreront pas de résistance locale nuisible aux autochtones, la durée

du cycle de reproduction du plasmode étant plus longue.

En bref, on se souviendra que :

- la prophylaxie la meilleur marché et la moins dangereuse est la prophylaxie d'exposition ; elle est finalement assez acceptable car se vêtir à la tombée du jour (l'anophèle ne pique que dès le crépuscule) ne représente pas une trop grande servitude ;
- il est inutile de prescrire un antipaludéen « majeur » pour des raisons

uniquement de confort là où la Chloroquine suffit ;

- il est aussi indispensable de commencer la prophylaxie une semaine avant le départ que de couvrir les quatre semaines qui suivent le retour ;
- il faut adapter les conseils à son interlocuteur : on préférera une chimioprophylaxie chez une personne craintive là où un traitement de réserve suffirait et vice versa chez une personne expérimentée ;

- la meilleure prophylaxie n'empêche pas la survenue d'un accès palustre. Donc toujours y penser même chez une personne correctement protégée ;
- les femmes enceintes, les enfants et ceux qui partent pour un long séjour devraient, si possible, être conseillés par un médecin ayant vécu dans ces régions qui, de par son expérience personnelle, peut aussi exercer un effet sécurisant sur le voyageur.

Dr F. Dorner

Examen parasitologique des selles au retour des voyages

Comme tout examen biologique, l'examen parasitologique des selles (EPS) doit être fondé sur une réflexion appropriée en vue de répondre à la question : chercher quoi, pourquoi et comment ?

Exclusion d'un portage chez un sujet bien portant

L'examen direct des selles (1X) permet d'exclure à >80 % un protozoaire pathogène ou un ver banal. Il est indiqué chez un résident sous les tropiques (long séjour, coopération, mission, asile, etc.). Un séjour court (<1 an) sans histoire ne justifie pas un examen direct systématique.

Confirmation d'une parasitose suspecte

Des troubles digestifs actuels ou anamnestiques sont le motif majeur d'une recherche parasitaire. Si le séjour et les troubles sont récents, l'examen bactériologique et parasitologique simultané des selles se discute. Quand plusieurs semaines ont passé, on suspecte plus volontiers *G. lamblia* et *E. histolytica* dont on se débarrasse rarement sans traitement spécifique ou une helminthiase en phase d'état. Il faut parfois persévérer pour dépister les premiers (trois examens successifs, en utilisant un milieu fixateur comme MIF ou SAF). La sérologie de l'amibia-

se n'est pas utile dans cette situation. Les ascaris, ankylostomes et trichocéphales sont facilement dépistés à l'examen direct (1X), pourvu que les selles n'aient pas vieilli (risque de transformation larvaire).

Eosinophilie accompagnée ou non de symptômes (habituellement digestifs ou cutanés)

Les protozoaires ne provoquent pas d'hyperéosinophilie. Quand la symptomatologie est récente, on suspecte en première ligne les nématodes intestinaux. Les signes généraux (allergie, infiltrat éosinophile, hyperéosinophilie) sont plus marqués durant la migration larvaire, alors que l'EPS est négatif, et s'amendent lorsqu'ils sont adultes et pondent. Devant un EPS négatif, il faut donc persévérer et contrôler après deux à trois semaines. Les anguillules qui sévissent sous toutes les régions chaudes du globe exigent une méthode spécifique (méthode de Baermann ou culture en gélose). L'examen direct ne prévoit pas cette recherche qu'il faut donc préciser sur la demande d'examen.

On envisage en second lieu des parasites tissulaires plus rares qui produisent peu ou pas d'œufs ou de larves dans les selles.

Les examens sérologiques (Institut tropical, Bâle) sont de première importance : anticorps contre les larves migrantes (toxocarose), les anguillules, les schistosomes, les filaires, les échinocoques, les douves, les trichines, etc., en fonction du risque encouru.

Etat fébrile

Parmi les multiples causes d'état fébrile avec participation digestive, deux parasitoses potentiellement mortelles doivent toujours retenir l'attention : le paludisme et l'amibiase hépatique. Le premier est parfois accompagné de diarrhées (particulièrement chez les enfants) ou d'une hépatosplénomégalie. Un frottis de sang effectué et examiné sans délai au cabinet médical permet de poser le diagnostic, à confirmer éventuellement par un laboratoire spécialisé. La sérologie n'est pas utile dans l'accès aigu.

L'abcès amibien est une bombe à retardement et l'examen des selles très souvent négatif est trompeur. L'échographie abdominale est l'examen de choix devant un état infectieux sévère accompagnant une symptomatologie locale (douleur, hépatomégalie). La sérologie de l'amibiase hépatique est spécifique et sensible. Mais la séroconversion souvent tardive impose de répéter l'examen.

Dr P. A. Raeber

De la médecine générale aux tropiques : un parcours

Attiré par l'expérience médicale dans le tiers monde, j'ai, sitôt après mon examen final, suivi le cours de médecine tropicale de l'Institut tropical de Bâle. Après deux ans d'assistance à Genève (Clinique ORL, Polyclinique de chirurgie) je me suis engagé pour une période d'une année au Zaïre, où la Croix-Rouge Suisse gérait alors (1964) un hôpital général (Hôpital Kintambo, à Kinshasa). C'est dans ce même hôpital que je suis retourné encore pour une période de six mois, toujours en tant qu'interne. Fin 1965, j'ai travaillé comme assistant-chirurgien au Yémen, à l'Hôpital du Désert de Uhkd, mission gérée par le CICR. Enfin, en 1968, j'ai séjourné au Vietnam comme médecin-délégué du CICR. Les circonstances aidant (attaque du Têt) j'ai été amené à pratiquer plus la médecine que les visites de camps!

Installé à Genève comme médecin généraliste depuis 1971, les occasions de travailler en zone tropicale ont été moins nombreuses (j'ai fait entre autres un séjour au Mali pour assurer une présence médicale dans le cadre d'une expédition scientifique, au cœur de régions encore non médicalisées). Par ailleurs, j'ai régulièrement suivi l'actualité tropicaliste suisse puisque je fais partie du comité de la Société suisse de médecine tropicale et de parasitologie et que je suis membre extraordinaire de la Société des spécialistes de médecine tropicale. J'ai aussi eu l'occasion de participer à plusieurs voyages d'étude organisés par notre société.

Quelques remarques concernant ce parcours: bien qu'ayant acquis au cours de ces années une riche expérience pratique, je n'ai pas droit au titre de spécialiste en médecine tropicale. Les raisons en sont les suivantes: les

stages accomplis en zone tropicale doivent l'être dans des établissements hospitaliers reconnus par la FMH avec, à leur tête, un chef de service agréé. Les circonstances que j'ai vécues, à l'époque, ne répondaient pas toujours aux exigences actuelles de la FMH.

En guise de conclusion, je recommanderais aux jeunes confrères intéressés par ce genre d'expérience et qui voudraient de plus obtenir une spécialisation en médecine tropicale de s'adresser d'abord au siège de la FMH à Berne avant tout engagement pour une mission.

Avec ou sans titre officiel, la médecine tropicale est une médecine passionnante à tout point de vue et s'adresse actuellement à un monde en pleine fermentation.

Dr J. E. Strasser

EXECUTIVE UNE SCORPIO SANS ÉGALE ET SANS RIVALE! JUGEZ:



V6 2,9i, ABS, boîte automatique à 4 rapports, sellerie cuir, air conditionné, sièges à réglage électrique, radiocassette stéréo, différentiel autobloquant, servodirection - et nous en passons! Testez vite ce rêve devenu réalité!

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

Ford

021 - 24 14 22



Le signe du bon sens.



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



Restaurant panoramique

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

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

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

Vers un gentlemen's agreement entre médecins en pratique privée et médecins hospitaliers

Les lecteurs attentifs du «*Courrier*» se rappellent peut-être l'article du Dr A. Michaud, président du GMO, paru en page 13 du *Courrier du Médecin vaudois* n° 10 (novembre) de l'année passée sous le titre «*CHUV, GHRV, Poli méd, «moins d'Etat» et Cie*», et de la réponse du professeur P. Burckhardt, parue en page 11 du *Courrier du Médecin vaudois* n° 2 de 1990, dans le «*Courrier des lecteurs*», sous le titre «*Libres praticiens et services hospitaliers*».

Pour ne pas en rester à un échange épistolaire stérile, mais pour qu'au contraire et sous les auspices de la SVM des rapports de bon voisinage deviennent plus régulièrement de mise entre praticiens installés et médecins d'hôpitaux, les deux médecins susnommés se sont réunis à la route d'Oron. En présence et avec l'aide du Dr P. W. Loup, président de la SVM, ils ont tenté de cerner une partie des problèmes soulevés et d'élaborer un embryon de solution que vous trouvez ci-après sous forme de postulats et recommandations. Ils vous les soumettent pour avis et propositions de modifications. Par la suite, il serait souhaitable qu'un groupe de travail de la SVM soit créé pour faire avancer le projet. L'élaboration d'une charte en serait l'aboutissement. Cette attitude va aussi

dans le sens des propositions faites par le professeur Pécoud lors de la dernière assemblée générale de la SVM:

1. L'augmentation du nombre de praticiens installés et la sophistication de leurs installations font que de plus en plus de gestes médicaux complexes peuvent être exécutés dans le secteur privé. Cet état de choses pourrait entraîner une situation de concurrence entre les secteurs privé et public. La concurrence n'a pas que des inconvénients, puisqu'elle force à des prestations de qualité. Mais en tout cas elle oblige, et c'est l'objet des présentes recommandations, à adopter dans les deux secteurs un code de bonne conduite.
2. En principe, l'activité ambulatoire est du domaine privé et les hôpi-

taux ne devraient pas chercher à étendre par trop leur activité de consultation. Cela concerne en tout cas la consultation courante qui doit rester entre les mains des libres praticiens.

3. Toutefois, les assistants, libres praticiens de demain, doivent aussi pouvoir se former dans le domaine de la consultation. Une certaine activité ambulatoire est donc indispensable pour les services hospitaliers. De plus, les services spécialisés ont besoin d'un certain nombre de cas pour la recherche médicale. Ainsi donc, et en dérogation, si l'on peut dire, au point 2, une pratique ambulatoire, et dans certains cas un suivi sur plusieurs mois ou années, sont indispensables à l'efficacité des services hospitaliers, surtout universitaires. Les libres praticiens doivent le comprendre et l'admettre.

La collaboration pourra ainsi être réalisée dans un esprit de complémentarité et de compréhension mutuelle si les deux parties s'entendent sur un petit nombre de règles que l'on pourrait définir comme suit:

- a) Lorsqu'un hôpital a assumé une urgence ambulatoire, le patient doit être renvoyé, sauf exception justi-



AMBULANCES
ALPHA • Lausanne
021/36 71 71

24 heures sur 24

Transport:
malade, blessé, convalescent

Entrée et sortie d'hôpital

Rapatriements Suisse et étranger

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

Devis gratuit

Location d'oxygène
et de matériel médical

Entreprise mandatée par le CHUV

fiée, au médecin traitant pour les contrôles.

- b) Pour qu'un patient puisse être revu à l'hôpital, après une hospitalisation ou un examen spécial ou une consultation, le médecin traitant doit être consulté et pas seulement averti. Les lettres du type: «Avec votre accord» – accord non sollicité dans les faits – «... nous reverrons votre patient à telle date» ne devraient plus être admissibles.
- c) Lorsque l'hôpital désire reconstruire un patient ambulatoirement dans le cadre d'un protocole de recherche, le médecin traitant est non seulement consulté, mais aussi informé du protocole. De plus, il reçoit les résultats du contrôle fait dans le cadre du protocole et finalement les résultats de toute l'étude. Il peut, s'il le désire et si le protocole le permet, accepter de participer à l'étude en question.
- d) Lorsque le médecin traitant adresse un patient à l'hôpital, il doit préciser la mission qu'il donne à l'hôpital: hospitalisation pour diagnostic et traitement, hospitalisation pour diagnostic, hospitalisation pour traitement, hospitalisation pour placement, hospitalisation pour évaluation globale, etc. – Consulta-

tion pour avis («consilium»), consultation pour examen spécialisé, consultation pour prise en charge, etc. Le médecin de l'hôpital doit se tenir à cette mission et ne peut la modifier qu'avec l'accord du médecin traitant.

- e) Lorsqu'un service hospitalier suit un patient qui a besoin de traitements et de contrôles réguliers pour une affection chronique, il ne doit pas se substituer au médecin traitant pour les affections courantes et doit le tenir au courant par des rapports réguliers.

Pour conclure, les *médecins hospitaliers* devraient se centrer sur des activités hospitalières, sauf:

- si la recherche dans un domaine commande que les malades soient revus et suivis dans le service et par celui-ci;
- si les intérêts de la formation des assistants doivent prévaloir sur la clarté d'un recentrage des activités de chacun des secteurs privé et public;
- s'il s'agit de consultations spécialisées qui soulagent les praticiens, les épaulent, les conseillent, et qui n'ont pas ou incomplètement leur équivalent dans le secteur privé.

Les *médecins installés*, de leur côté, devraient apprendre à mieux et plus collaborer avec les hôpitaux et leurs services, s'intéresser à leurs activités, s'imposer s'il le faut, exprimer leurs plaintes quand il le faut, mais aussi céder du terrain quand l'intérêt bien compris du malade le commande.

Et maintenant, votre avis... Nous prions d'abord les *médecins installés* de nous indiquer si, dans leur pratique, ils rencontrent des problèmes dans la collaboration entre secteur privé et secteur hospitalier. Nous sommes aussi intéressés à ce qu'ils nous indiquent avec quels services ou hôpitaux la collaboration est bonne et pour quelle raison.

Pensent-ils qu'un groupe de travail de la SVM consacré aux problèmes de collaboration évoqués aurait une raison d'être? Accepteraient-ils d'y travailler?

Nous prions ensuite les *médecins hospitaliers* de nous indiquer s'ils pensent que la collaboration avec les médecins installés est difficile et si oui pour quelle raison. Accepteraient-ils, eux aussi, de s'intégrer à un groupe de travail de la SVM?

Ainsi, nous espérons que les suggestions et la collaboration des membres de la SVM permettront de créer une charte plus élaborée que les projets que nous présentons ici.

Professeur P. Burckhardt
Dr A. Michaud

Votre avis compte!

Comment se passe votre collaboration avec le secteur hospitalier? Quels problèmes rencontrez-vous? Avec quels établissements/services? Donnez-nous également des exemples positifs de collaboration!

En tant que médecin hospitalier, comment voyez-vous la collaboration avec les médecins installés? Qu'aimeriez-vous changer?

Seriez-vous d'accord, en tant que médecin installé ou médecin hospitalier, de discuter ces questions dans un groupe de travail de la SVM?

Adressez vos prises de position au secrétariat de la SVM, case 50, 1010 Lausanne.



Organe de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM

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

Secrétaire général

Jean-Paul Dépraz, lic. sc. pol.

Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1
Case postale 50
1010 Lausanne 10

Tél. 021/32 99 12

(8 h. 30 - 12 heures, sauf mardi)
(13 h. 30 - 17 h. 30, sauf jeudi et vendredi)

CCP-Lausanne 10-1500-5

Fax 021/32 32 21

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

Tél. 021/32 99 32
(24 heures sur 24)

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

Administration et rédaction

Case postale 50, 1010 Lausanne 10

Régie des annonces

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

Impression

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

A Lausanne dès le 1^{er} septembre :

un centre médico-social pour le secteur de Chailly-la Sallaz et un bureau d'orientation des urgences médico-sociales pour toute la ville

A Lausanne, comme dans le canton, le programme de maintien à domicile se met en place. Il est prévu d'organiser la ville en six secteurs médico-sociaux, disposant chacun d'un centre médico-social (CMS).

La Ville de Lausanne et l'Organisme médico-social vaudois ont convenu de la mise en place d'un centre médico-social pilote dans le quartier de Chailly-la Sallaz, dans lequel travailleront deux équipes pluridisciplinaires composées d'infirmières de santé publique, d'assistants sociaux, d'ergothérapeutes, d'aides à la famille et aux foyers de Pro Senectute, ainsi que des auxiliaires de santé Croix-Rouge. Ces collaborateurs seront délégués par les services déjà en activité actuellement. Le CMS s'adjoindra la collaboration d'un médecin-conseil conformément à la Convention passée entre l'Organisme médico-social vaudois et la Société vaudoise de médecine.

Dès le 1^{er} septembre prochain, date d'ouverture du CMS, toutes les personnes qui nécessitent des prestations à domicile, *résidant dans ces quartiers*, pourront s'adresser directement au CMS. En composant un seul numéro de téléphone, elles pourront demander de l'aide ou des conseils (soins infirmiers, aide au ménage, moyens auxiliaires, courts séjours médico-sociaux, unités d'accueil temporaire, placement, etc.).

La population du secteur, de même que tous les médecins et les partenaires de l'action médico-sociale, recevront en temps utile des informations détaillées sur le CMS et une présentation des quartiers qui s'y rattachent.

Les équipes du Centre médico-social travailleront en étroite collaboration avec les médecins traitants. Pour eux, comme pour les usagers, un seul numéro de téléphone, le 33 64 74 jusqu'au 7 novembre 1990 et, dès cette date, le 653 64 74.

Le Centre médico-social recevra les appels de 8 à 12 heures et de 14 à 18 heures, du lundi au vendredi. La continuité des soins sera assurée sept jours sur sept.

Une enquête réalisée auprès d'une centaine de médecins lausannois, l'automne dernier, a mis en évidence la fréquence de problèmes médico-sociaux pour lesquels la réponse est inadéquate et se traduit trop fréquemment par une hospitalisation.

Afin d'améliorer cette situation, un Bureau d'orientation des urgences médico-sociales sera mis sur pied à titre expérimental pendant deux ans.

Il sera destiné à *prévenir des hospitalisations médico-sociales ou à permettre, à la suite d'un passage par le service des urgences du CHUV, d'éviter un séjour hospitalier* et s'adressera à des personnes dépendantes, généralement âgées, qui résident sur *tout le territoire lausannois*.

Le Bureau d'orientation des urgences médico-sociales comprendra :

- *une centrale d'appel 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, gérée en collaboration avec la Fondation pour la garde médicale.* (Déviation téléphonique sur le CTM le soir dès 20 heures jusqu'à 8 heures du jour suivant, les week-ends et les jours fériés.)

Le numéro de téléphone du Bureau d'orientation sera *réservé à un public restreint*, à savoir les médecins libres praticiens, les médecins de la garde, les services de soins et sociaux, la brigade sanitaire. Ce numéro de téléphone sera communiqué aux médecins lausannois dans un prochain courrier.

une équipe de soins d'urgence à domicile composée d'infirmières et d'aides soignantes.

Cette équipe sera en mesure d'*intervenir rapidement*, le jour et la nuit, sept jours sur sept. Elle pourra assurer un *accompagnement et une présence intensive* durant quelques heures auprès de personnes, en situation de crise médico-sociale. Elle *dispensera des actes médicaux délégués* à la demande du médecin. D'entente avec le patient, son entourage et le médecin traitant, elle *organisera le maintien à domi-*

cile ou un hébergement provisoire dans un EMS lausannois.

des lits de courts séjours non planifiés.

Ces lits se trouveront dans quelques établissements médico-sociaux de la région lausannoise (Béthanie, Baumettes, Mont d'Or, Méridienne et Clémence). 50 lits seront progressivement disponibles entre le 1^{er} septembre 1990 et le 1^{er} avril 1991.

Le Bureau d'orientation gèrera l'*occupation des lits de courts séjours non planifiés*, d'entente avec les directions des établissements. Cela signifie que toutes les demandes d'hébergement passeront par le Bureau d'orientation pour préavis en faveur de l'admission ; il organisera également les sorties.

Ces lits seront destinés à des personnes qui, momentanément et de manière tout à fait soudaine, ne peuvent pas rester chez elles faute d'un environnement adéquat, ou nécessitent une présence à domicile continue de plusieurs jours, impossible à réaliser.

Dans tous les cas, les personnes qui bénéficieront de ces lits doivent présenter, au moment de leur admission, le *meilleur pronostic de retour à domicile*.

Ces lits ne seront *ni des unités de diagnostic, ni de réadaptation*, et moins encore *de convalescence*. Les personnes qui présenteront un problème médical pur, ne pouvant être soigné à domicile, seront orientées vers l'hôpital, comme c'est le cas actuellement.

Tous les médecins ayant un cabinet à Lausanne recevront prochainement une invitation à participer à une séance d'information dans le courant de l'automne. Séance durant laquelle les responsables du projet seront à leur disposition pour leur présenter le dispositif en détail et répondre à leurs questions.

Dr Claude Willa,
médecin-conseil OMSV
Josiane Antille, chef de projet

Opinions

Pour un dépistage précoce du carcinome mammaire

Le 8 mai 1990 a eu lieu une réunion conjointe d'une délégation du comité de la SVM avec le Groupement des radiologues vaudois. Il a été question lors de cette séance d'un projet sectoriel de dépistage du cancer du sein dans le canton de Vaud, plus précisément dans l'Est vaudois. En tant que radiologue, je me suis opposé au projet tel qu'il a été présenté, et aimerais en expliquer les raisons.

Ce projet prévoit en effet une campagne de dépistage de masse par la mammographie seule, sans examen clinique par un médecin, qu'il soit gynécologue, omnipraticien ou radiologue, cela à raison d'une mammographie par an pour les femmes de 40 à 49 ans et d'une mammographie tous les deux ans pour les femmes de 50 à 70 ans. Or l'on sait selon plusieurs statistiques qu'en moyenne 10% des cancers mammaires palpables cliniquement sont invisibles mammographiquement (les statistiques varient entre 5 et 15%, et vont même jusqu'à 20%!). Il faut donc s'attendre de ce fait à une forte diminution du taux de détection du cancer du sein quand on connaît le nombre de femmes qui ont de la peine à pratiquer de façon fiable l'autopalpation des seins. On me rétorquera que des campagnes de dépistage se basant uniquement sur la mammographie sont parvenues tout de même à abaisser le taux de mortalité due au cancer du sein, cela particulièrement dans les études de Nimègue et de Malmö. Je répondrai qu'il faut tenir compte de la sensibilisation et de la motivation des patientes qui ont été enrôlées dans ces études par rapport aux groupes témoins qui étaient certainement moins motivés et qui peut-être négligeaient l'autopalpation des seins. Même dans les études randomisées comme l'étude suédoise, la patiente tirée au sort reste tout à fait libre de répondre ou non à la convocation qui lui a été envoyée. Il y a trop d'étapes entre le moment où l'on réalise une mammographie à une femme et une baisse de la mortalité à long terme pour avoir le droit d'établir une relation directe de cause à effet. L'étude suédoise est la seule à avoir été randomisée, les autres études, et en particulier les américaines, ne le sont

absolument pas et ont été précédées d'une publicité tapageuse par tous les médias possibles, comme seuls savent le faire les Américains! Et dans ces cas, le facteur motivation est bien plus important que le facteur «mammographie» pour la baisse de la mortalité. Il est significatif de relever que sur les 120 000 examens de dépistage prévus pour l'étude HIP de New York, seuls 65 000 examens ont été effectués, et malgré cela une réduction de mortalité de 30% a été obtenue pour l'ensemble du collectif!

Les initiateurs du projet dans le canton de Vaud pressentent d'ailleurs le facteur motivation comme un élément important de l'étude, puisqu'ils estiment qu'environ 50% seulement de la population appelée répondra aux convocations: il est évident que les 50% restants constitueront le groupe témoin composé avant tout de personnes non motivées et pour lequel il sera facile de démontrer une mortalité de cancer du sein supérieure à celle du groupe contrôlé! Ce ne sera donc pas une étude randomisée, et les conclusions qu'on pourra tirer de l'étude seront biaisées au départ!

Pour des raisons de simple bon sens, il est évident que le dépistage du cancer du sein doit s'appuyer sur deux méthodes de base éprouvées: tout d'abord la palpation extrêmement soignée par un médecin (et non par du personnel paramédical), et deuxièmement, seulement après l'examen clinique, la mammographie. En cas de palpation positive et de mammographie négative, surtout si les seins sont très denses radiologiquement, un troisième examen doit être effectué impérativement, c'est l'échographie qui permettra de dire si la palpation positive est un vrai ou un faux positif. Dans le

premier cas, l'ultrason permettra de déterminer s'il s'agit d'une lésion kystique et donc le plus probablement bénigne, ou d'une lésion solide qu'il faudra le plus souvent biopsier. En tant que radiologue, je n'estimerai en tout cas pas honnête de dire à une femme qu'elle n'a pas de cancer du sein en me basant sur la seule mammographie interprétée comme normale, surtout si cette mammographie montre des seins très riches en parenchyme.

Pour effectuer un dépistage soigneux par une approche globale du type énoncé plus haut, il est évident qu'on ne peut pas faire pour des raisons de coût et de temps disponible du dépistage dit «de masse». Comme alternative, je propose qu'on sensibilise beaucoup mieux les omnipraticiens et non seulement les gynécologues à effectuer systématiquement une palpation soignée des seins de leurs patientes: je suis en effet étonné du petit nombre de patientes envoyées pour mammographies par les généralistes en comparaison avec les spécialistes gynécologues. Cette façon de faire serait à mon sens plus opportune que tout l'appareil bureaucratique envisagé par l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive, et elle préserverait surtout le caractère libéral de la médecine auquel nous sommes attachés dans ce canton.

Une campagne de sensibilisation orchestrée par la SVM ou par le GMO à l'attention des omnipraticiens me paraît donc être la solution la plus appropriée et la plus économique pour tenter d'abaisser encore la mortalité du cancer du sein. Quant à la fréquence des mammographies proposée par le professeur Hessler, elle est théoriquement la plus optimale, mais aura beaucoup de peine à être réalisée en pratique, car la peur des radiations est chez les femmes souvent plus forte que celle du cancer du sein, cela surtout depuis Tchernobyl! (J'en parle par expérience car je fais environ 1800 mammographies par an dans la clinique où je travaille.)

Vive la concurrence!

On croit rêver! Dernièrement, dans un communiqué à la presse helvétique, Odilo Guntern proposait de rétablir la concurrence entre médecins, entre autres mesures propres à diminuer le coût de la vie. Dans le domaine de la santé, M. Prix n'a pas oublié l'industrie pharmaceutique puisqu'il prévoit également d'instaurer un contrôle plus strict du prix des médicaments.

Mais revenons aux moutons que M. Guntern voudrait tondre. L'énoncé du texte était suffisamment concis pour que personne ne puisse savoir comment il entend raviver une saine concurrence entre médecins. Et je m'étonne au passage qu'aucune de nos organisations professionnelles, tant fédérales que cantonales, ni qu'aucun parti politique de quelque bord que ce soit n'ait réagi à ce communiqué.

Un système d'économie de marché ne se conçoit pas sans liberté des prix, ni sans information aux consommateurs. Alors à quoi bon dépenser tant d'énergie en d'après négociations avec les caisses maladie pour aboutir, tant bien que mal, à un tarif contraignant qui ne satisfait véritablement aucune des parties? Ne serait-il pas tentant et plus facile, au mépris de toute solidarité sociale et professionnelle, de brûler les conventions tarifaires pour s'adonner aux joies de la libre concurrence?

Les médias régionaux, sans doute ravis de cette nouvelle manne publicitaire, ouvriraient leurs colonnes à des annonces où se disputeraient le poids des mots et le choc des photos, ou bien le contraire.

«Madame, vous avez un cancer du sein?... Le Dr Sprotz vous enlève les deux seins au prix d'un seul. Si vous nous recommandez auprès de trois de vos amies, vous gagnerez au choix un abonnement pour cinq séances de radiothérapie, ou une remise de 20% sur le prix d'un implant mammaire.»

«Répondez à notre nouveau concours médical! Des prix fabuleux à la clé!

- 1^{er} prix : un séjour de trois semaines aux Baléares pour deux personnes
 - 2^e prix : une télévision couleur grand écran stéréo
 - 3^e prix : un aspirateur portable pour la voiture
 - Du 4^e au 10^e prix : un check-up complet chez le Dr Duchnoque.
- «Répondez à la question suivante en biffant ce qui vous semble faux :
»L'appendice est un organe :
a) indispensable à la vie ;
b) totalement inutile ;

c) parfois à l'origine de douleurs abdominales.

»Pour départager les vainqueurs, répondez à la question subsidiaire :

»Quel est le revenu mensuel moyen du médecin vaudois?»

J'arrête là ces exemples et remercie d'avance ceux d'entre vous qui m'enverront des suggestions de textes publicitaires adaptés à chacune de nos spécialités. Les meilleures idées seront récompensées par un abonnement gratuit au *Courrier du Médecin vaudois*.

On est en droit de se demander : «Que fait la police? Que fait la FMH? Que fait le comité de la Vaudoise? Que fait le concordat des caisses maladie?»

Toute réponse sera la bienvenue...

Dr Claude Marquis

Groupement des médecins omnipraticiens de la SVM

Brèves nouvelles

- * La Société suisse de médecine générale (SSMG/SGAM) cherche un Romand, si possible Vaudois, pour succéder au Dr J.-M. Mermoud, démissionnaire, dans le Comité de la SSMG. Toute candidature doit être adressée au Dr Mermoud, à Aigle, qui répondra volontiers aux demandes de renseignements y relatives.
- * Le Groupe de travail «Formation postgraduée» de la SSMG cherche à s'adjoindre les services d'un Romand, si possible Vaudois, pour remplacer le Dr Oehrli, qui désire cesser son activité au sein de ce groupe de travail. Toute candidature doit être adressée au Dr P. Oehrli, à Pully, qui répondra volontiers aux questions des personnes intéressées à lui succéder. Le candidat choisi pourra aussi, s'il le désire, s'occuper des problèmes de formation postgraduée vaudoise, pour le compte et avec la collaboration du GMO.
- * *Medicina Generalis Helvetica*, organe de la SSMG, cherche d'urgence deux médecins romands aptes à la traduction des articles alémaniques paraissant dans cette revue plus ou moins bimensuelle, afin de remplacer les traducteurs actuels, atteints dans leur santé. Les candidats peuvent adresser leur candidature ou les demandes de renseignements au président du GMO, le Dr A. Michaud, à Nyon.
- * Les médecins membres du GMO peuvent en tout temps faire savoir au président du GMO qu'ils seraient disponibles pour tel ou tel poste ou fonction, immédiatement ou dans tel ou tel délai. Le Comité du GMO serait très heureux d'être en possession d'une liste de membres désireux de faire plus que simplement sympathiser avec les activités du groupement ou payer régulièrement des cotisations. Pour ce faire, on peut aussi écrire au siège de l'association :
GMO de la Société vaudoise de médecine
Case postale, 1010 Lausanne.
- * **Agenda du GMO** : Veuillez déjà prendre note et réserver les dates suivantes :
 - *Journée du GMO 1990* (Assemblée générale et journée consacrée au thème «Médecin praticien et dépendances») : le 20 septembre 1990, de 9 à 17 heures.
 - Des informations détaillées suivront. Inscriptions par le truchement du secrétariat de la SVM.
 - Congrès 1990 de la SSMG, Lugano, 28-29 septembre 1990. Thème : «Médecine préventive», en collaboration avec la Société suisse de médecine sociale et préventive (SSMSP).

La balle au bond

La dissection n'est pas un sport. C'est pourtant bien ce qui est advenu de mon article sur l'économicité. Très sportivement, M. Diserens, de l'Assura, a réagi car il n'a pas apprécié que les prétendues caisses maladie soient taxées « d'offices de remboursement ».

En matière sportive, la qualité principale des médecins depuis des années, a été d'encaisser les coups. Par exemple, nous sommes taxés par les offices de remboursement de « fournisseurs de prestations » sans que nous ne réagissions. Et les seuls qui osent réclamer le titre de médecin reçoivent des lettres ironiques de la part de certains dirigeants d'offices de remboursement. Ne venez pas me dire qu'ils passent leur temps libre à composer ces réponses, car ce serait faux. Nous, par contre, c'est bien pendant nos soirées ou pendant les week-ends, que nous devons essayer de deviner si la prochaine offensive de nos partenaires sera un « direct » ou un « uppercut »!

Sachez, M. Diserens, que dans le sein de notre société médicale, nous vivons en démocratie. C'est également le cas du GMI. Nous ne sommes pas un bloc monolithique. Il est certainement des médecins qui ne partagent pas mes points de vue, mais tous ceux du GMI et beaucoup de ceux qui n'en font pas partie, sont convaincus que le maintien de l'indépendance de la mé-

decine est le seul garant d'une médecine de qualité.

Or, qu'est-ce qui menace le plus l'indépendance de notre profession? Qui essaie de nous réduire à l'état de fonctionnaire de santé? Qui voudrait s'immiscer dans nos cabinets de consultation, connaître les diagnostics, demander un devis avant traitement, exiger un second avis avant une opération, supprimer le laboratoire du praticien, exiger des remboursements lorsqu'à leur avis les notes d'honoraires sont surfaites, nous obliger à signer des conventions, ne pas rembourser ceux qui ne se plient pas à leur volonté et qui menacent d'utiliser – voire appliquer – l'année de carence? Qui fait de l'expérimentation humaine sur le dos de la santé des citoyens en créant des HMO? Et on pourrait allonger cette liste d'interrogations encore longtemps. Par contre, la réponse à toutes ces questions est la même: ce sont les offices de remboursement. Ou plus exactement, *la loi* qui, en leur permettant de surveiller notre activité, laisse la porte ouverte à tous les abus. Je ne

partage pas votre point de vue sur le risque rapide d'étatisation de la médecine au cas où les prérogatives exorbitantes des offices de remboursement seraient diminuées. Elles ne seraient que replacées dans la situation qu'elles n'auraient jamais dû quitter: celle de permettre à tout un chacun, indépendamment de ses moyens, d'avoir accès à la meilleure qualité des soins possible.

Vous minimisez volontairement le rôle de surveillance que vous exercez sur notre profession. Bien sûr, tout le monde sait que certains médecins facturent trop, et le seul mérite des offices de remboursement est de nous avoir appris combien ils sont: 4%! Ce ne sont pas ces 4% que vous surveillez, mais bien tout le corps médical et c'est cela qu'il faut changer. Ce ne sont pas seulement des mesures de rétorsion que les offices de remboursement devraient déléguer aux sociétés médicales, mais toute la surveillance de l'activité et de l'économicité de la médecine. Mais je doute qu'une telle proposition puisse être un jour soumise par les offices de remboursement à une commission paritaire. Si c'était le cas, on pourrait commencer à croire que le vent du changement ne souffle pas seulement à l'est.

Dr R. Mayer,
président du GMI

DES TABLES EXCLUSIVES

petites pour tous les jours



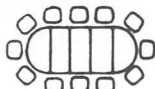
ø 115 cm



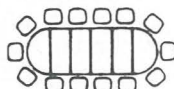
165 x 115 cm



215 x 115 cm



265 x 115 cm



315 x 115 cm

et sur mesure pour les grandes occasions

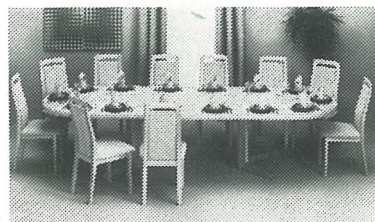
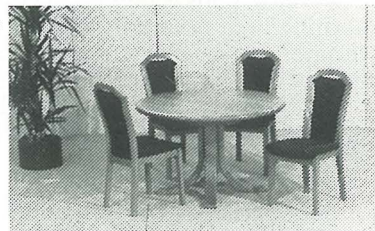
au  sportif
ameublement s.a.

1315 LA SARRAZ

☎ 021-866 76 04/01

Ouverture tous les jours de 8 h. à 12 h.
et de 14 h. à 18 h. 30
Lundi matin fermé.

Tous les vendredis
ouverture nocturne
jusqu'à 21 h.



Communiqués

Garde lausannoise

Les médecins qui souhaitent participer activement au service de garde de la région lausannoise sont invités à la réunion de distribution des tours de garde, qui se tient régulièrement le premier lundi du mois précédant le trimestre concerné. Le CTM peut renseigner sur les coordonnées exactes de la séance.

La prochaine réunion aura lieu le lundi 3 septembre 1990 (pour les mois d'octobre, novembre et décembre), au Snack Bar Park, 1, av. des Mousquines, à Lausanne, à 20 h. 15 précises.

Organisation du comité

Lors de sa première séance avec les membres élus lors de l'assemblée générale du 3 mai 1990, le comité s'est constitué en confirmant les D^{rs} Christian Allenbach et André Flückiger aux postes respectivement de vice-président et de trésorier. Le D^r Pierre Vallon a été désigné en qualité de secrétaire de la SVM.

D'autre part, le D^r Benoît Leimgruber remplace le D^r Philippe Turin à la présidence de la Commission de mise à jour de la nomenclature. Le D^r Francis Thévoz souhaitant diminuer sa charge, sa place à la Commission permanente des affaires professionnelles est reprise par le D^r Jean-Patrice Gardaz. Le D^r Christian Allenbach devient président de la CPAP.

LAUSANNE, QUARTIER RUMINE
CABINET MÉDICAL

à louer ou à remettre immédiatement.

Départ pour cause de maladie.
Ecrire sous chiffre CM-27690 aux Editions de la Tour SA, case postale 880, 1001 Lausanne.

Anesthésie au cabinet médical

A la suite de la discussion intervenue lors de l'assemblée générale de la SVM du 3 mai 1990 (voir *Courrier du Médecin vaudois* n° 5 de mai 1990), le D^r Philippe Bréaud, président du groupe de travail qui a rédigé les «Recommandations pour la pratique de l'anesthésie (ou d'actes induisant des états proches) au cabinet médical», nous prie de publier la précision suivante :

En ce qui concerne le paragraphe 3.2b, l'application du principe général concernant les actes médicaux dictés par une situation d'urgence implique que la présence d'un auxiliaire ayant au minimum une formation d'aide médical n'est pas nécessaire pour les urgences survenant hors des heures ouvrables ou les jours fériés.

Tribunal cantonal des assurances

Quel médecin intéressé par les questions d'assurance accepterait de fonctionner en qualité d'assesseur au Tribunal cantonal des assurances?

S'adresser à M. le président du Tribunal cantonal des assurances, 18, route du Signal, 1018 Lausanne.

Soins aux mourants

Sous le titre «Controversies in the care of dying patients», un congrès aura lieu à Lake Buena Vista, Floride/USA, du 14 au 16 février 1991. Ce congrès réunira des médecins, des juristes, des philosophes autour de thèmes tels que l'euthanasie ou le suicide médicalement assisté.

Pour tout renseignement: Professor Robert I. Misbin, The J. Hillis Miller Health Center, Division of Endocrinology, Box J-226, University of Florida, Gainesville 32610-0226, USA.

Toujours le fax!

L'Hôpital de Lavaux, à Cully, est aussi équipé d'un fax: 021/799 32 87.

Jeudis de la Vaudoise 1990-1991

La formule des «Jeudis de la Vaudoise» inaugurée pendant la saison 1989-1990 a recueilli d'emblée un très grand succès. Succès dû sans doute à la qualité des conférenciers, mais aussi au choix des thèmes et à l'attention portée à la structure et au caractère interdisciplinaire de chaque programme. La nouvelle manière correspond bien à l'attente des praticiens quant à la mise à jour et au complément de leurs connaissances directement applicables.

La Commission pour la formation médicale continue a mis sur pied le programme de la saison 1990-1991: le dépliant édité à cette occasion est distribué ces jours aux médecins vaudois et à leurs confrères des autres sociétés médicales romandes. Le cours est structuré en huit «Jeudis», à partir de fin septembre 1990. Deux possibilités sont offertes: l'abonnement à l'ensemble du cours et la participation ponctuelle. Le délai d'inscription est fixé au 24 août 1990 et, pour faciliter la tâche du secrétariat, nous vous prions de le respecter.

Après avoir terminé la préparation du programme 1990-1991 à la tête de la Commission pour la formation médicale continue, le professeur Jean Wertheimer a remis le flambeau au professeur René-O. Mirimanoff, nouveau président de la commission. La SVM remercie le professeur Wertheimer pour son travail, couronné par le succès des «Jeudis de la Vaudoise».

**Prix de la Fondation
pour
le développement
de la psychothérapie
médicale,
spécialement
de la psychothérapie de groupe**

La fondation, qui a son siège à Lausanne, a institué un prix de S.Fr. 5000.— destiné à récompenser un travail de valeur concernant la psychothérapie médicale. Les travaux originaux et qui n'ont pas été déjà distingués par un prix ou un titre académique, doivent être envoyés au président de la fondation en quatre exemplaires, jusqu'au 30 septembre 1991. Ils peuvent être rédigés en langue française, italienne, allemande ou anglaise. L'envoi doit contenir en outre une enveloppe fermée et anonyme, renfermant l'identité et l'adresse du ou des auteurs. Le concours est ouvert aux médecins suisses ou domiciliés en Suisse. Le règlement du prix peut être obtenu au secrétariat de la fondation.

Président de la fondation :
Professeur P.-B. Schneider
19, av. du Général-Guisan
1009 Pully

Secrétaire :
Dr Ed. de Perrot
Hôpital de Prangins
1197 Prangins

La lithiase urinaire

Si les inéluctables progrès de la médecine réalisés au cours de ces cinquante dernières années, soutenus par l'industrie et amplifiés par les médias, suscitent l'enthousiasme, ils donnent souvent le vertige à l'étudiant et au praticien que la multiplicité des congrès et la littérature surabondante ne parviennent pas à rassurer.

L'urologue n'a pas échappé à cette évolution galopante, le traitement de la lithiase des voies urinaires supérieures étant particulièrement concerné. Le développement de la chirurgie percutanée, puis de la lithotritie extracorporelle non invasive, ou encore la possibilité de désintégration *in situ* par impulsion laser d'un calcul rénal, semblent condamner définitivement la chirurgie à ciel ouvert.

Mais attention à l'enthousiasme débordant, aux exploits ou au gadgétisme ! Il est bon de temps en temps de prendre un peu de recul, de faire le point. C'est le but de cet ouvrage où sont rassemblées, dans un essai de synthèse cohérente, une somme importante de travaux d'inspiration différente et quelques expériences et réflexions personnelles. Il s'adresse à tous ceux qui désirent mieux connaître les possibilités actuelles de traitement du calcul urinaire. L'auteur est toutefois conscient que la lithiase reste l'expression d'une maladie métabolique encore mal comprise; il postule donc qu'une meilleure connaissance de la pathogenèse et de la physiopathologie de la formation des calculs devrait permettre, à l'avenir, d'envisager non seulement un traitement médical efficace, mais une réelle prévention.

Michel Bonard : *La lithiase urinaire. Endo-urologie et lithotritie extracorporelle*, un volume sous reliure souple, format 17×24,5 cm, 160 p., très nombreuses photographies et schémas. Fr. 69.—. Editions Payot Lausanne.

On a besoin de vous...

Notre canton compte plus de mille toxicomanes crochés à l'héroïne (voie intraveineuse). Il s'agit d'une population de jeunes (18 à 40 ans) dont l'existence est gravement perturbée, sinon ravagée, par cette dépendance, et depuis quelques années par l'infection HIV et le sida dont ils représentent la moitié des victimes.

Quelles possibilités d'aide s'offrent à ceux qui cherchent à sortir de leur toxicomanie ?

Quelques dizaines font appel à des institutions privées fermées (type Levant), quelques dizaines également

aux services cliniques et ambulatoires des institutions psychiatriques (avant tout dans les secteurs centre et nord), et certains encore à des institutions ou organismes de soutien psychologique et social.

La majorité d'entre eux s'adressent aux médecins praticiens (généralistes et internistes), qui ont à leur offrir une relation, un accompagnement sur une route semée d'embûches, ponctuée d'échecs mais parfois aussi de satisfactions. Les médicaments (tranquillisants, antidépresseurs) ont leur place dans les phases de sevrage, la méthadone aussi qui permet à long terme de stabiliser la trajectoire cahotique du toxicomane sur le plan psychosocial (vie affective et professionnelle) et légal (la dépendance n'est plus hors la loi).

Le dernier rapport sur la méthadone (groupe de travail de la sous-commission drogue, Commission fédérale des stupéfiants de l'Office fédéral de la santé publique, août 1989) relève « qu'un traitement à la méthadone bien conçu et bien appliqué permet aussi de réduire les risques d'infection HIV pour le sujet et ses partenaires » (p. 41).

Un groupe de supervision et de formation continue, constitué il y a une dizaine d'années, réunit quatre fois par an autour du Dr Calanca les praticiens qui prescrivent de la méthadone dans le canton de Vaud, une soixantaine en tout.

La prise en charge des toxicomanes en drogues dures implique un gros investissement en temps et en énergie, la saturation se manifeste au-delà d'un certain nombre de ces patients à risque. Devant une demande croissante, et en raison de la coexistence de l'infection HIV, tous les praticiens doivent se sentir concernés par ce problème et participer à l'effort de compréhension et d'engagement qu'il exige.

Dr J.-P. Corboz
pour le Groupe méthadone



Prochaines parutions :

N° 7/90
22 août 1990
(délai rédactionnel : 30 juillet 1990)

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

Ma découverte de l'hôpital

(suite et fin)

J'ai, parmi d'autres, ce souvenir. On n'est pas flambant sur un lit d'hôpital la nuit de Noël. Je vis entrer dans ma chambre, cette nuit là, deux jeunes aides-soignantes. Elles avaient peint et saupoudré de paillettes d'or leur visage, pour que les humbles soins eussent un air de fête. C'était peut-être un écart de service. Mais c'était un comble de l'esprit de service.

J'ai donc connu à l'hôpital un grand moment de ma vie, à cause de l'initiation progressive à votre monde, au monde hospitalier, et à cause de ce que je dois bien appeler mon changement crucial, ma conversion. Mais l'état d'épure, de lumière, de religion, se dissout ensuite dans la vie ordinaire, dans les passions, les leures et les activités du siècle. On avait dans soi-même quelque chose en or. Il n'en reste plus que des grains.

Mon chirurgien ayant, depuis, pris sa retraite, il fut question de me retirer les plaques et vis de Judet qui décoraient mon squelette. J'allai voir un professeur. Il n'estima pas absolument nécessaire l'enlèvement de ce matériel. Mais, comme je gardais un raccourcissement de la jambe droite, il me proposa d'y remédier. Je lui répondis que je tenais à conserver ma boiterie. Il en parut étonné. Ma raison est qu'un petit peu de claudication me ramène à ces moments privilégiés que j'ai vécus et m'aide à ne pas oublier.

Maintenant, je vais m'arrêter de parler de moi. Je vais vous dire ce que j'ai découvert de votre profession ou plutôt des conditions dans lesquelles elle s'exerce. Je vais sans doute enfoncer pour vous des portes ouvertes. Mais il ne vous sera peut-être pas indifférent d'entendre là-dessus quelqu'un dont le métier est de s'adresser à l'opinion publique.

J'étais sur mon lit d'hôpital quand un collaborateur est venu me voir. C'était un journaliste de l'ancienne école, par ailleurs écrivain moyen. Son nom et ses relations mondaines l'avaient dirigé vers *Le Figaro*. Il y voyait le chemin d'une carrière acadé-

mique. Il lui arrivait de daigner écrire un article, sur des sujets qui l'amusaient ou le servaient, de temps en temps. Il est venu me dire que son salaire mensuel ne correspondait pas à son train de vie parisien. Il avait choisi son moment. C'est à quelqu'un de diminué qu'il trouvait logique de demander une augmentation. Je voyais autour de moi des hommes en blanc qui travaillaient dix heures par jour, qui avaient des décisions vitales à prendre, qui avaient fait quinze années d'études, qui étaient à la disposition permanente des urgences de jour et de nuit dans cet autre monde des misères et des douleurs. Et cet infatué considérait indigne de lui de toucher, pour un semblant de travail, un salaire équivalant à celui d'un chef de clinique.

Mes positions sociales sont celles d'un libéral. Je ne suis pas partisan du nivellement des conditions. Les lois du marché ont fait un sort plutôt heureux à certaines professions, dont les professions médiatiques. Je ne reprochais pas à ce collaborateur de vouloir plus. Mais je le condamnais dans mon esprit de ne pas saisir ce qu'il y a de privilégié dans notre profession par rapport à certaines autres, et particulièrement à la vôtre dont je découvrais avec étonnement la prolétarianisation.

Je demandais des chiffres. Ils me stupéfiaient. Vous les connaissez mieux que moi. Et je songeais aussi à une corporation ouvrière liée à ma profession, composée d'excellents professionnels, sans doute, mais que les événements sociaux, les accords exceptionnels, l'action syndicale qui s'exerce sur une matière périssable, a conduit à des semaines de trente-trois heures, neuf semaines de vacances, pour des salaires équivalant à celui d'un récent agrégé.

Je ne condamne pas cela bien entendu. Mais je m'interroge sur une société qui traite si supérieurement cette matière périssable des mots sur le papier ou de la parole sur les ondes, et si médiocrement les hommes de voca-

tion et d'élite qui plongent leurs mains savantes dans cette matière périssable qu'est l'homme.

Par ma comparaison violente et caricaturale entre Acapulco et Paris, je suis témoin que les Français jouissent de grands avantages en matière de soins, grâce à leur corps médical, à la qualité de leurs hôpitaux, à l'étendue de leur protection sociale. Les Français bénéficient d'une élite représentée par les professeurs agrégés et les chefs de clinique, et c'est une élite que l'on retrouve aussi en grand nombre dans le secteur libéral.

Mais lorsque je me trouvais, il y a six ans, à l'hôpital, je mesurais par les conversations que les temps changeaient. Il était question de la suppression progressive de l'exercice libéral en milieu hospitalier. Il était aussi question de l'élection, par l'ensemble du personnel, des chefs de service, ce qui me paraissait une mesure accablante. Je constatais qu'un irrésistible courant se développait, qui remettait en question la hiérarchie, les titres, le prestige. Une énième réforme des études médicales allait remettre en cause la qualification de l'internat. Une confusion entre l'interne de spécialité et l'interne de médecine générale, le maintien d'un concours mais l'abolition de la sélection, abaissait la signification du titre d'interne des hôpitaux. Mon ami Alain Aertig, chef de clinique à La Pitié, disait en octobre 86, dans *Le Figaro Magazine*, qu'il y avait là falsification d'un titre. Dans le livre blanc de l'internat, en juin 86, je lisais, sous la plume du professeur Sernia, que l'internat en se généralisant, allait cesser d'être un grade, parce que le grade suscite la jalousie.

J'interrogeais aussi ces internes. Je les voyais travailler pour des salaires de dactylo et, pour les plus mobilisés par leur vocation, ajouter à leur journée les conférences d'internat, de 19 heures à minuit. Et je me disais aussi qu'il faut singulièrement aimer son métier pour prendre des gardes de dix-huit heures à raison d'un salaire horaire équivalant à la moitié du Smic.

Je comprenais enfin que la vocation chirurgicale pouvait être entravée, chez les plus jeunes, par les pesanteurs qui s'exercent sur votre profession, et que la relève devenait difficile à assurer. Il est malheureusement normal, dans les conditions présentes, qu'un jeune médecin s'oriente vers des disciplines à moindre stress, à moindre risque, à exercice plus long, ou à meilleure rémunération dans un délai plus court, ou qu'un jeune chirurgien s'oriente vers la chirurgie plastique en laissant à des stagiaires étrangers le soin de reconstruire les accidentés.

Les honoraires chirurgicaux ont pris 50% de retard en quinze ans. C'est ce que nous disait un représentant de votre profession dans l'enquête que nous avons publiée en octobre 86. Et l'on nous déclarait aussi que le K opératoire est le plus bas d'Europe, ce qui posera des problèmes dans l'Europe de 1992. Bien entendu, vous connaissez mieux que moi ces questions. Je vous apporte seulement le témoignage d'un homme de presse étonné par ceci :

La santé est devenue, dans l'opinion publique, quelque chose comme une garantie sociale. J'y vois un avantage : c'est que la prévention peut ainsi progresser. Mais j'y vois également un inconvénient : c'est que celui qui guérit ou qui répare est considéré comme un prestataire de service quasi automatique, une machine à guérir ou à réparer dont on préfère ignorer les rouages humains, la condition professionnelle et sociale.

Mais si la santé n'a pas de prix, à quel prix payons-nous ceux qui nous la rendent, ceux à qui nous confions la plaie qui veut nous tuer pour nous faire la plaie qui nous sauvera ?

Paul Valéry a prononcé un discours célèbre au congrès des chirurgiens. Il a fait l'éloge mérité et magnifiquement littéraire de vos mains. Je ne m'y mesurerai pas. Mais, à cet éloge, le témoin moderne, qui ne peut négliger le pragmatisme, devrait ajouter cette remarque : que l'assurance de vos mains, par aberration du fisc, n'est pas déductible de vos frais professionnels.

Quand le juge estime que vous portez à vous-même, parce que vous seul savez les exigences de votre art, cesse de correspondre à l'estime que vous porte la société, laquelle ne peut s'exprimer qu'en chiffres, il y a là un malaise qu'il appartient au journaliste de dénoncer.

J'avais demandé à l'une de mes meilleures collaboratrices de suivre la journée d'un chirurgien à service double, tôt le matin de la clinique à l'hôpital, jusqu'au staff du soir, sans déjeuner et sans aucune sorte de répit, jusqu'à vingt-trois heures. Elle en est revenue à

la fois épuisée et stupéfaite qu'un homme vive dans le sureffort comme dans son milieu naturel, pour assurer la survie de tant de gens. Il y a une disproportion entre le bruit que nous faisons autour des vedettes du sport ou du spectacle, qui assurent la distraction de la société, et la relative indifférence dont nous entourons les hommes qui, de l'aube à la nuit, penchés sur des lits et des champs opératoires, réparent des infirmes ou coupent avec leurs mains les circuits de la mort. Nous essayons, dans les journaux dont j'ai la charge, même si nous le faisons maladroitement, de pallier cette disproportion.

Je n'ignore pas que vous avez des proches à faire aux médias. Vous estimez que nous cédon trop souvent au sensationnel, ou que notre langage grand public réduit la réalité médicale, et même parfois la fausse. Que nous donnons souvent au public ce qu'il demande, et non suffisamment ce dont il aurait besoin. Dans un monde saisi par une boulimie d'information, nous donnons parfois des espérances exagérées, ou des inquiétudes sans fondement. Il nous arrive de parler de médecines douces, que vous considérez comme non scientifiques, de la spasmophilie qui n'existe peut-être pas, ou de bavures médicales quand tout n'est pas bon à dire. Nous nous mêlons aussi d'éthique. Ethique de l'acharnement thérapeutique. Ethique de la vérité au malade. Ethique des transplantations. Ethique des manipulations génétiques, etc. Notre règle, en ce qui concerne l'éthique, est de mettre les divers avis en présence, et de laisser au lecteur son jugement propre. Nous ne sommes pas juges, nous essayons seulement d'être informateurs. Nous sommes aussi un reflet de l'état de l'opinion publique. Dix millions de femmes pensent être spasmophiles, 50% du public accorde un crédit plus ou moins grand aux médecines parallèles. Devons-nous faire l'impasse ? Ne pas en témoigner ? Du moins publions-nous en même temps les propos des scientifiques qui en dénoncent le leurre. Ce sont des choix difficiles, et les médecins qui nous aident savent que nous en avons conscience.

La place prise par l'acte médical comme fait de société nous fait une obligation de publier. Et l'information a fait évoluer les rapports entre le patient et le médecin. En bien et en mal. Globalement, plutôt en bien, vous en conviendrez sans doute. Et les échanges, entre les médecins et les journalistes spécialisés, sont devenus plus larges et plus ouverts.

Il y a une conséquence peut-être déplorable de cette diffusion de l'information. C'est que les patients sont plus

revendicatifs que par le passé. Nous voyons se multiplier les actions en justice contre les chirurgiens. Sans connaître l'ampleur qu'il a prise aux Etats-Unis, le phénomène en France n'est plus négligeable. 5000 procès opposent chez nous, chaque année, les robes noires aux blouses blanches. Et il y a parfois une grande disproportion entre le service vital rendu et le préjudice subi.

Après hésitation, nous nous sommes résolus à ne parler d'un guide, paru en 87, réalisé par deux avocats et intitulé *Vos Droits face aux Médecins*. Bien entendu, le médecin est tenu aux règles de droit commun de la responsabilité. Mais cette responsabilité ne saurait être appréciée comme celle de tout individu. Et c'est une des questions les plus sensibles et délicates à résoudre pour la justice. Enfin, il y a, dans ce type de procès, l'obligation du plaignant de démontrer la faute du médecin, de le déclarer systématiquement responsable. Et si l'accident thérapeutique est un drame pour le malade et ses proches, c'est un drame aussi pour le médecin dans sa vie professionnelle et privée, surtout si la médiation s'en empare. Nous avons cru devoir, là-dessus, observer un devoir de réserve, non que le patient n'ait pas de droit de recours, mais parce que c'est la législation de la responsabilité médicale qui est à revoir.

En revanche, certains de vos confrères nous ont reproché de faire écho à un autre livre qui a pour titre : *J'ai peur de ne pas me réveiller*. Cette peur existe. Il ne convient certainement pas de l'alimenter. Mais vous conviendrez avec moi que des cas limites, comme ceux d'Albertine Sarrazin et du jeune Alain Farçat, dont la presse ne pouvait pas ne pas parler, ont contribué en France, à faire progresser la collaboration entre le chirurgien et l'anesthésiste-réanimateur, et qu'il est encore nécessaire d'améliorer le statut de l'anesthésiste. Mais, en rendant compte de ce livre, nous avons surtout insisté sur les formidables progrès de l'anesthésie depuis trente ans, et sur les miracles de cette quasi-mort qui permet à vos mains de réparer la vie.

Tels sont, messieurs, le témoignage personnel et les observations banales que j'avais à vous livrer.

Vous êtes des hommes de la technique et de la science. Vous me pardonnerez de vous avoir tenu, en partie, des propos de l'ordre de la subjectivité et de l'expérience intérieure. Mais il m'est arrivé que la réparation d'une hanche coïncide avec la réparation d'une âme, et que quelque chose en moi se relève tandis que j'étais couché sur le dos. Je n'aurais pas été fidèle à la réalité, du moins telle que je l'ai vécue,

si j'avais négligé de vous dire ce qu'il advenait de mon moi profond tandis que des mains expertes s'occupaient de mon corps. Il arrive peut-être que des énergies subtiles croisent des énergies physiques. Il m'a semblé, en lisant le dernier livre du professeur Jean Bernard intitulé: *C'est de l'Homme qu'il s'agit*, que ce médecin fidèle à la méthode expérimentale, arrivait à la même conclusion et laissait une porte ouverte à l'*homo mysticus*.

Contraint par l'usure naturelle à

éprouver le sentiment de la fin, Jean Bernard, dans sa dernière page, songeant à la mort, a cette phrase admirable:

— Alors, dit-il, alors que je m'approche du peu profond ruisseau calomnié.

Longtemps, j'ai pensé que j'avais un nombre d'années exagéré pour un homme de mon âge. Mais le facteur sonne souvent deux fois pour nous apporter la nouvelle que nous ne disposons pas d'un temps terrestre infini.

Il a sonné une fois pour moi, et somme toute assez discrètement, il y a six ans. Aujourd'hui, si j'étais effleuré par une maladie un peu inquiétante, je l'entendrais sans doute avec plus de précision. Mais, s'il le fallait, je me livrerais de nouveau à votre art, avec l'idée que l'espérance et le mystère s'unissent, et avec une confiance accrue en vos mains et en la providence divine.

Louis Pauwels,
membre de l'Institut

Calendrier médical vaudois

Période du 2 juillet
au 25 août 1990

N° 6/90

LUNDI 2 JUILLET

17 h. 30-18 h.: Colloque postgradué CGA et CGB. — Auditoire Tissot. — Professeur J. Pettavel, D^{rs} S. Leyvraz et S. Carrel: «Traitements actuels du mélanome malin.»

MERCREDI 4 JUILLET

12 h. 30: Séminaire de l'Institut de pharmacologie. — Rue du Bugnon 27, Lausanne, entrée C3, 1^{er} étage. — D^r E. Skadhauge (Frederiksberg): «Short- and long-term effects of aldosterone in a sensitive intestinal epithelium.»

16 h. 30: Séminaire de l'Institut de pharmacologie. — Rue du Bugnon 27, Lausanne, entrée C3, 1^{er} étage. — D^r E. J. Kirchertz (Bad Mündel): «Y a-t-il une «nephroprotection» par les inhibiteurs de l'enzyme de conversion?»

JEUDI 5 JUILLET

8 h.: Colloque de l'Hôpital de zone de Saint-Loup/Orbe. — D^r A. Zwahlen. Colloque régional à l'Hôpital de Saint-Loup.

12 h.: Colloque des spécialités du Service de pédiatrie. — Salle de colloques BH 11-325. — Professeur G. Pescia: «Génétique.»

18 h. 15: Colloque pluridisciplinaire. — Auditoire Yersin. — «Dysphagie.»

VENDREDI 6 JUILLET

8 h. 15: Colloque du Service de radiothérapie. — Salle de séminaires 2, BH 08. — Présentation de cas.

14 h.: Séminaire de l'Institut de pharmacologie. — Rue du Bugnon 27, Lausanne, entrée C3, 1^{er} étage. — D^r H.-J. Appell (Konstanz): «Electrogenic properties and conformational changes of the sodium pump.»

LUNDI 9 JUILLET

11 h. 15: Séminaire de l'Institut de physiologie. — Salle de séminaires de l'Institut, Bugnon 7. — Professeur E. Mayer (UCLA): «Cellular basis of colonic motility.»

MARDI 10 JUILLET

11 h.: Conférence de l'Institut de médecine et d'hygiène du travail. — Bugnon 19, salle de colloques. — Professeur W. Zatonski (Varsovie): «Cancer in Poland.»

JEUDI 12 JUILLET

12 h.: Colloque des spécialités du Service de pédiatrie. — Salle de colloques BH 11-325. — D^r M. Payot: «Cardiologie.»

JEUDI 19 JUILLET

12 h.: Colloque des spécialités du Service de pédiatrie. — Salle de colloques BH 11-325. — D^r D. Beck: «Oncologie.»

JEUDI 26 JUILLET

12 h.: Colloque des spécialités du Service de pédiatrie. — Salle de colloques BH 11-325. — D^r J.-L. Micheli: «Pédiatrie d'urgence.»

DU 2 AU 8 JUILLET

De 9 h. à 20 h.: Projection permanente de la vidéocassette: «Les prothèses totales du genou.» D^r P.-F. Leyvraz, 1989, 45 minutes. — CHUV, hall des auditoires.

Si vous désirez faire paraître des annonces pour la période du 27 août au 28 septembre 1990, nous devons recevoir vos informations au plus tard le LUNDI 13 AOÛT 1990. Merci de votre compréhension.



SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE Fondation pour la garde médicale

et leurs partenaires

Helvetia caisse maladie *Genevoise Assurances – Intras, caisse maladie*

vous offrent leurs services :

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

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

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


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

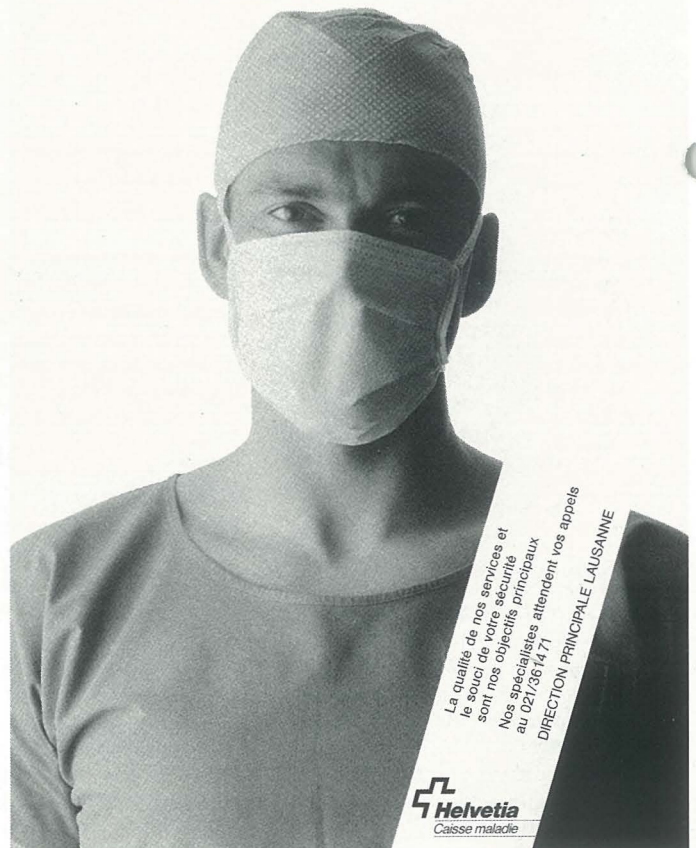


Le Plan de Sécurité Evolutif : la juste mesure de vos assurances

GENEVOISE ASSURANCES
André Grandchamp
Agence générale
Place Saint-François 5, 1003 Lausanne
Tél. 021/20 17 01



 **Helvetia** = UN PARTENAIRE SÛR
Caisse maladie



La qualité de nos services et
le souci de votre sécurité
sont nos objectifs principaux
Nos spécialistes attendent vos appels
au 021/36 14 71
DIRECTION PRINCIPALE LAUSANNE

 **Helvetia**
Caisse maladie