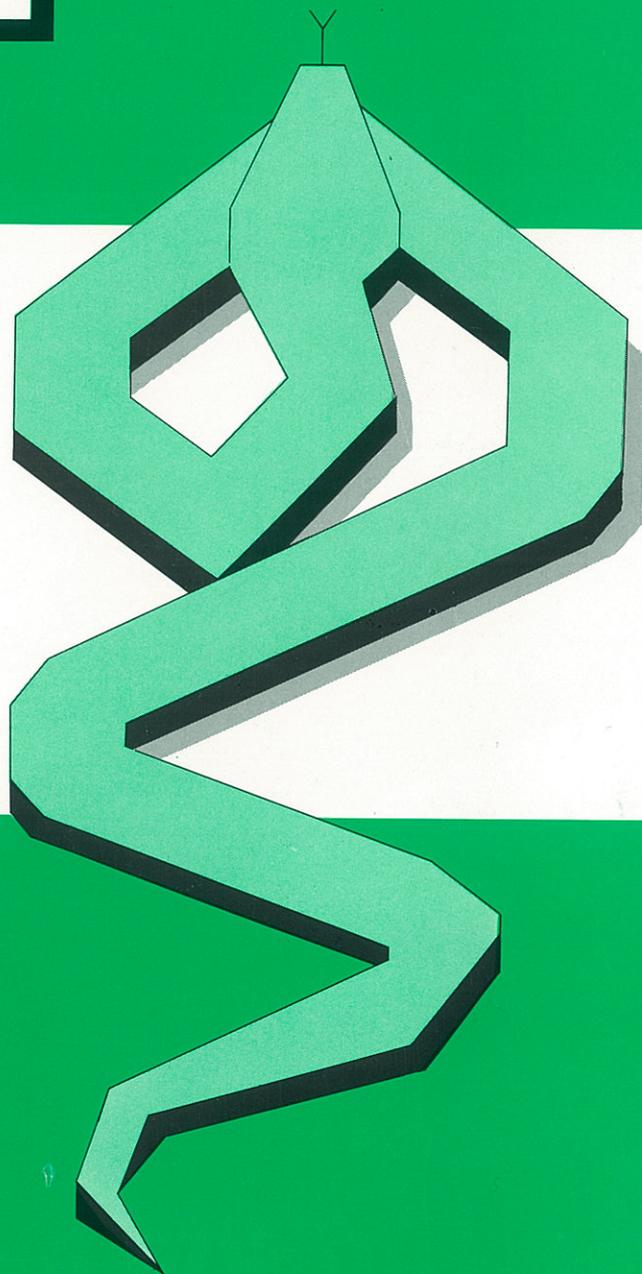


COURRIER
DU M **MEDECIN**
VAUDOIS

numéro 6

juin - 93

ORGANE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE



**MÉDICALISATION
DE LA CRISE ÉCONOMIQUE**

AG DE PRINTEMPS

Votre patient anxieux-déprimé souffre de troubles du sommeil:



avec **SURMONTIL**[®]
TRIMIPRAMINE
un sommeil de «rêve»

 **RHÔNE-POULENC PHARMA**

RHÔNE-POULENC RORER

Réf.: M. Berger, Max-Planck-Institut, München. Schlafstörungen bei Depressiven. Jatro Nr.1/86 Febr.-J. C. Ware et al., Sleep Disorders Center, San Antonio, Texas, USA. Sleep Research 1985, 14, 65.

RHÔNE-POULENC PHARMA (SUISSE) SA, 8800 THALWIL

Editorial

Médicalisation de la crise économique

Un aspect essentiel de la crise économique que traverse notre pays mérite d'être mieux mis en lumière: que savons-nous de l'impact de la crise sur ceux et celles qu'elle affecte très directement? Quelles en sont les conséquences sur le comportement général et, plus particulièrement, sur la consommation des soins?

Le Courrier du Médecin vaudois a voulu dans ce numéro aborder en l'esquissant le coût social de la crise. En période de récession économique, il ne s'agit pas seulement, à notre avis, de prendre les mesures nécessaires pour juguler ce qui est ressenti comme l'inflation galopante du système de santé. Encore faut-il être conscient des surcoûts qu'elle occasionne. Les institutions psychiatriques, les organismes d'aide (tel l'AI), les assurances en perte de gain et les médecins praticiens en subissent, quant à eux, très directement les contrecoûts.

Une crise économique aussi grave que celle que nous vivons en ce moment engendre immanquablement une dégradation de la situation psychosociale. Les médecins, leurs partenaires directs ou indirects, les autorités doivent en peser les implications. En ce sens, proposer des plans de revitalisation de l'économie va bien au-delà de la création d'emploi; il s'agit, comme l'écrit l'un des auteurs, d'un impératif de santé publique pour maintenir le bien-être de la population!

Daniel Petitmermet
Secrétaire général de la SVM



Prochaines parutions:

N° 7/93
18 août 1993
(délai rédactionnel:
26 juillet 1993)

N° 8/93
23 septembre 1993
(délai rédactionnel:
30 août 1993)

Sommaire

1

Editorial
Médicalisation de la crise
économique

3

Dossier
Récession et dépression

5

La crise économique
et l'accès aux soins

7

Crise du chômage:
quelle répercussion sur
l'assurance invalidité?

9

Opinions
Consommation
et adéquation des soins
chirurgicaux

13

Nouvelles de la Faculté

14

Communiqués

16

Calendrier médical
vaudois

Degonda - Rehab SA

Vos spécialistes en Suisse romande pour la réhabilitation

Avenue du Rond-Point 8 - 1006 Lausanne - Tél. (021) 617 45 27

Fauteuils roulants performants pour une vie active et pour tous les types de handicaps

Adaptations spéciales, positionnement, coques d'après moulage

Recherche et développement de solutions individuelles en collaboration avec vous

Degonda-Rehab, avec l'ensemble de ses collaborateurs, vous propose son expérience et un service multi-sectoriel global en collaboration étroite avec **Degonda-Orthopédie SA**

Thomas Wüthrich - Xavier Allistein - Jean-Luc Apothéloz - Didier Prost - Gérald et André Degonda

AS4

EST-CE POSSIBLE ?

- Le prêt d'une voiture pendant la durée des réparations ?
- Un service atelier non - stop de 7h.30 à 17h.45 ?
- Que nous, Romauto, filiale directe de l'importateur, nous puissions vous présenter, ainsi que vous faire essayer toute la gamme Mitsubishi et Suzuki ?

EFL Financement avantageux - Leasing
Prêts - Paiement par acomptes



La nouvelle Galant. venez l'essayer !!

**POUR LE SAVOIR ...
TELEPHONEZ-NOUS!
021/37 10 74**

Ouvert le samedi de 8h. à 17h.



ROMAUTO VENTE GARAGE CARROSSERIE
SERVICE CLE EN MAIN

1032 ROMANEL-sur-LAUSANNE. TEL: 021/37 10 75



Clinique de Montchoisi
Lausanne

met en location pour date à convenir,
à proximité de la clinique

un grand cabinet médical

5 pièces, agencé, WC, bain,
cuisine, laboratoire
(rez-de-chaussée sur jardin).
Convierait éventuellement
pour deux médecins

Pour tout renseignement complémentaire,
veuillez contacter:

M^{me} Ch. Longchamp, sous-directrice
Ch. des Allinges 10, 1006 Lausanne
Tél. 619 39 39

CENTRE ACOUSTIQUE RIPONNE

P. E. Duvoisin - Ph. Estoppey

AUDIOPROTHÉSISTES - BREVET FÉDÉRAL

Fournisseurs agréés AI/AVS - Consultations gratuites sur rendez-vous

Rue du Tunnel 5 - LAUSANNE - Tél. 021/20 61 34

Succursales: LA CORRECTION AUDITIVE

Yverdon 024/21 32 30

Vevey 021/922 15 22

Dossier

Récession et dépression

Les rapports entre crise économique et psychiatrie apparaissent déjà dans le langage, sous la forme d'un dénominateur commun, le mot «dépression». Dépression économique implique-t-elle dépression psychique, et si oui comment aborder leur relation en médecine? Le clinicien observe quotidiennement les effets du monde du travail sur son patient, et depuis quelque temps également les effets du chômage. Il en voit l'impact sur la demande du patient qualitativement et quantitativement. A la Polyclinique psychiatrique universitaire B, à Lausanne, nous assistons à une constante augmentation des nouveaux cas depuis un an (environ 30% d'augmentation annuelle en 1992), phénomène qui semble toucher par ailleurs l'ensemble des institutions psychiatriques à des degrés divers. D'autres facteurs que la récession économique influent évidemment sur la demande en soins psychiatriques, mais l'impression demeure que nous assistons directement ou indirectement à une dégradation de la situation psychosociale liée au moins partiellement à la basse conjoncture.

Nous allons passer rapidement en revue quelques éléments de connaissance sur les relations entre récession économique, travail, chômage et psychopathologie; puis nous verrons un éclairage épidémiologique sur ces questions.

Récession économique et adaptation au travail

La menace potentielle sur l'emploi liée à la récession modifie l'équilibre entre adaptation des individus à leur poste de travail et adaptation des postes de travail aux besoins des individus. Pour les professions les moins qualifiées, il y a de la main-d'œuvre en suffisance, on peut augmenter la charge sur les employés, on peut les remplacer, la menace sur l'emploi augmente le stress professionnel.

Les professions plus qualifiées sont davantage protégées, le remplacement des employés est plus coûteux et

contre-productif, mais la pression conjoncturelle s'exerce également sur ce groupe. Quoi qu'il en soit, la basse conjoncture, avec son cortège de restructurations, de compressions de personnel, fait monter le stress professionnel. Cette situation peut faire apparaître d'autant plus facilement chez les sujets prédisposés un «syndrome d'épuisement professionnel», le «burn-out» des Nord-Américains (Freudenberger, 1975). Ce syndrome regroupe la présence de signes et de symptômes non spécifiques tels que la fatigue, les céphalées, les troubles digestifs, les gripes répétitives. Surviennent ensuite des comportements

Dépression économique semble bel et bien correspondre à dépression psychique: chez l'individu comme dans la population, l'adaptation à la récession implique une certaine morbidité propre.

inhabituels, comme le repli, l'irritabilité, une intolérance aux frustrations, la méfiance envers les collègues, des comportements risqués, et la consommation d'alcool et de drogues. Enfin, des attitudes défensives telles que la résistance au changement, un pessimisme, un pseudo-activisme où le sujet passe de plus en plus de temps au travail, mais accomplit sans s'en apercevoir, de moins en moins de travail.*

Les populations à risque pour ce syndrome sont les professionnels exerçant des responsabilités envers

des personnes, comme dans les services d'aide, de santé, de sécurité, d'éducation, d'assistance, etc. Au niveau individuel, l'épuisement a plus de risques de survenir chez le professionnel animé d'un grand idéal de performance et de réussite, investissant narcissiquement sa profession.

Chômage et adaptation psychologique

Si le travail est une voie de sublimation et de réalisation personnelle, le chômage constitue au contraire une dure perte tant de statut que d'étayage. La réaction à cette perte a été décrite en trois phases caractéristiques (Lalande, Grünberg, 1983): 1° une période de choc et de déni, suivie de sentiments optimistes; 2° une phase de détresse croissante, au cours de laquelle l'individu et sa famille se rendent compte de la dure réalité et de la gravité du problème; apparaissent alors de l'irritabilité, une dépression et une tension accrue qui engendrent des conflits familiaux, lesquels sont caractéristiques de cette deuxième phase; 3° la troisième phase est faite de découragement et de résignation, les recherches de travail se font avec peu d'espoir de réussir et on assiste au développement de sentiments d'infériorité, de soumission et de désespoir. Les jeunes chômeurs constituent un groupe particulièrement exposé aux conséquences néfastes du chômage: taux de suicides élevé, ainsi qu'alcoolisme, délinquance et pathologies psychiques.

Eclairage épidémiologique

Les descriptions cliniques ci-dessus des réactions individuelles au chômage sont-elles corroborées par l'étude des populations? Les statistiques semblent le confirmer: les études de M. H. Brenner («Mental Illness and the Economy», Cambridge, Harvard University Press 1973) ont démontré une nette corrélation entre

l'élévation du taux de chômage et l'accroissement du taux de suicides, des admissions en institutions psychiatriques, des homicides, des emprisonnements, de la mortalité par cirrhose du foie, par maladie cardio-vasculaire et rénale, et de la mortalité totale.

Les suicides et les homicides augmentent dans l'année qui suit l'accroissement du chômage, alors que les maladies cardio-vasculaires apparaissent deux à trois ans après.

Et en Suisse?

Dans notre pays, nous manquons d'études spécifiques sur les questions, malgré nos bonnes données statistiques générales. Heureusement, un épidémiologiste de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive de Zurich, le Dr R. Gass, vient de terminer une étude sur la santé des chômeurs de Suisse. Cette étude épidémiologique s'est appuyée sur les réponses de chômeurs de toute la Suisse à un questionnaire sur leur état de santé. Ce questionnaire a été envoyé en décembre 1991, lorsque le taux de chômage en Suisse était de 2%, le critère de chômage retenu concernait une période de plus de vingt semaines sans activité professionnelle chez une personne inscrite à l'Office du chômage et ayant eu un emploi à plein temps auparavant. Les réponses des chômeurs ont été comparées à celles d'un groupe contrôle de personnes exerçant une activité rémunérée à plein temps. Cette étude et ses résultats détaillés vont être publiés cet été dans la revue *Soziale Medizin* à Bâle, sous le titre «Gesundheit bei Arbeitslosen». Grâce à une communication personnelle du Dr Gass, en voici quelques résultats: les chômeurs estiment leur état de santé moins bon que les contrôles, et à l'analyse multivariée, on s'aperçoit que cette perception mauvaise est corrélée surtout pour les personnes se plaignant de dépression, et/ou rapportant des plaintes d'oppression thoraciques, de palpitations, de plaintes de type gastralgie et/ou de douleurs articulaires, ces plaintes évoquant un tableau de dépression larvée. Les chômeurs rapportent significativement plus de troubles du sommeil, à type de difficultés d'endormissement et de réveils nocturnes, troubles corrélés à l'anxiété, l'instabilité et l'emploi de somnifères. Les chômeurs rapportent davantage de troubles de l'élan vital, de sentiment de solitude et finalement de dépression manifeste. Ils présentent notamment deux fois plus souvent des idées de suicide que le groupe contrôle. Ces résultats tendent à montrer que les chômeurs sont à risque

pour la dépression psychogène, dans une gradation allant de l'asthénie non spécifique à la dépression manifeste, incluant des idées de suicide, en passant par la phase de dépression larvée avec troubles fonctionnels. Cette étude très intéressante nous donne envie d'en savoir plus sur les causalités circulaires dépression-chômage, et aussi devrait être répétée sur la population de chômeurs actuels, alors que le taux avoisine 7%: est-ce toujours les mêmes plaintes? Dans les mêmes proportions? Ou avons-nous maintenant une nouvelle population de chômeurs, moins vulnérable psychiquement?

Conclusions

Ainsi dépression économique semble bel et bien correspondre à dépression psychique: chez l'individu comme dans la population, l'adaptation à la récession implique une certaine morbidité propre. Pour ceux qui maintiennent leur emploi, le durcissement du cadre de travail les met davantage au risque de l'épuisement professionnel, du moins pour les sujets prédisposés. Pour ceux qui ont perdu leur emploi, le chômage apparaît comme un stress pouvant faire éclore une symptomatologie individuelle en fonction de la vulnérabilité du sujet et de son milieu.

Pour le médecin, il est important de connaître la clinique du chômeur, et de ne pas se contenter de stéréotypes s'il veut avoir une efficacité:

- tout d'abord de prévention secondaire, en dépistant les plaintes faisant référence à une probable dépression à identifier en tant que telle, pour éviter toute chronicisation de troubles fonctionnels engendrant des bénéfices secondaires dans la régression;
- et bien sûr une efficacité de prévention primaire, en faisant ce qui est en son pouvoir pour convaincre les autorités politiques et économiques de faire tout ce qui est possible pour maintenir l'emploi au taux le plus haut possible, comme un impératif pour la santé de la population.

Dr J. Besson

Bibliographie

1. Freudenberger H.: *Staff burn-out syndrom in alternative institutions*, Psychotherapy Theory Research and Practice, vol. 12, 1, pp. 73-82, 1975.
2. Lalonde P., Grunberg F. et coll.: *Psychiatrie clinique, approche biopsychosociale*, Gaëtan Morin Ed., Montréal, 1988.
3. Brenner M. H.: *Mental Illness and the Economy*, Cambridge, Harvard University Press, 1973.
4. Gass R.: *Gesundheit bei Arbeitslosen*, Soziale Medizin, Bâle, 1993, sous presse.

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Organe de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM
 Dr Pierre Vallon, président
 Dr Patrick Rosselet, vice-président
 Dr Denis Chessex, secrétaire
 Dr Daniel Beck, trésorier
 Dr Christian Allenbach
 Dr Benoît Leimgruber
 Professeur René O. Mirimanoff
 Dr Alain Meyer
 Dr Didier Morin

Secrétaire général
 Daniel Petitmermet, lic. ès lettres

Société vaudoise de médecine
 Route d'Oron 1
 Case postale 76
 1010 Lausanne 10
 Tél. 021/652 99 12
 (8 h. 30 - 12 heures) - (13 h. 30 - 17 h. 30)
 CCP-Lausanne 10-1500-5
 Fax 021/652 32 21

**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
 Editions de la Tour Lausanne SA
 Case postale 880, 1001 Lausanne
 Tél. 021/652 99 41

Impression
 Imprimerie Bron SA
 1052 Le Mont-sur-Lausanne
 Tél. 021/652 99 44

La crise économique et l'accès aux soins

On ne peut faire l'économie, lorsque l'on aborde les effets de la crise sur l'utilisation des services de soins, d'une réflexion plus générale sur les relations existantes entre les services publics et privés qui dispensent les soins et les conditions économiques, culturelles et sociales des individus et des groupes qui font appel à ces mêmes services.

Offre, demande et besoins de santé

Les besoins des malades et leurs demandes s'expriment de manière variée. Les services de santé répondent traditionnellement aux exigences de bien-être, de productivité et d'efficacité des individus. L'adéquation entre l'offre et la demande, entre les usagers et les services, n'est cependant pas toujours claire, objective et rationnelle. Dans notre système de soins il existe une différence entre cantons et entre villes et campagnes par rapport au nombre de médecins par habitant. La concentration médicale, en effet, ne correspond pas forcément aux besoins de la population, ni à sa morbidité, mais semble bien conditionner, dans un contexte donné, la consommation des soins. Ces différences impliquent des mécanismes complexes de gestion de l'offre et de la demande.

La santé de l'homme est la résultante de l'interaction continuelle et complexe entre les différentes dimensions psychiques, somatiques, relationnelles, écologiques. Relations sociales et environnement jouent un rôle tout aussi déterminant dans la genèse de la maladie que le biologique et le psychologique.

Les besoins de santé pour une population donnée sont difficilement quantifiables. L'usage est directement impliqué dans la détermination des besoins de santé change, rencontre des problèmes et des difficultés, les dépasse ou en devient la victime en fonction d'opportunités et de conditions qui dépendent à la fois de ses ressources internes, des moments historiques et des disponibilités économiques. A leur tour la disponibilité des services de soins et leur accès contri-

buent à moduler les demandes des malades.

Chaque service, dans un contexte donné, stimule des représentations chez les usagers, génère des attentes, facilite ou restreint son accès, agit concrètement lorsqu'il intervient, sur les individus, les familles et les groupes sociaux.

La perception du besoin de la part de l'utilisateur, ainsi que sa traduction en demande, sont donc influencées par l'offre des différents systèmes de santé existants, par la représentation sociale qu'ils véhiculent, par la culture qu'ils proposent, par les processus qui interviennent pour promouvoir la santé.

La dégradation de la situation économique va jouer un rôle considérable, dans la perception des besoins et de la réponse des services. Le réseau des services, en Suisse, est dense et ses performances de haute qualité. La crise va conduire à une redistribution des ressources: la rationalisation de ces ressources est, certes, nécessaire et n'entraînera pas de variations qualitatives dans l'offre. Elle obligera les services à répondre de manière plus sélective aux demandes des malades.

Le renchérissement du système sanitaire pourrait par exemple pousser les usagers vers des systèmes de santé alternatifs qui ne sont pas, de toute façon, remboursables et vers les thérapies où les visites chez les médecins sont moins fréquentes. Les usagers ont désormais conscience que dans un proche avenir la gestion des coûts de la santé et la situation des finances publiques vont imposer de plus grands sacrifices. Ceux-ci n'auront pas les mêmes répercussions sur toutes les classes sociales.

Au moment de crise économique, de restrictions budgétaires, on court le risque de voir apparaître des inégalités dans les traitements médicaux et de négliger le respect des exigences de l'utilisateur et de ses besoins.

Respect de la réciprocité dans les relations de soins

Même dans une position de faiblesse économique, l'utilisateur malade et

souffrant garde entière son exigence d'autonomie. Chaque malade a son idée sur ce qui lui est utile, sa représentation des services de santé, une stratégie personnelle sur la manière de les utiliser.

Le reconnaître comme un interlocuteur réel est une condition pour établir un contact réciproque, et pouvoir ainsi négocier et construire une relation d'aide. Les situations graves et d'urgence, qui mettent l'individu dans une situation plus particulière de dépendance du système de soins et du médecin, rendent habituellement le malade peu apte à manifester son appréciation, à exprimer ses besoins. Pourtant, une définition négociée du besoin, un consensus entre malade et soignant pour les modalités d'interventions améliorent grandement la qualité des soins.

Une telle attitude s'avère d'autant plus nécessaire, d'un point de vue éthique, que la situation socio-économique se dégrade et que les compétences sociales de certaines classes de personnes – comme les chômeurs et les marginaux – risquent d'être moins reconnues et moins prises en compte.

Age, sexe, statut social et utilisation des services de santé

Les caractéristiques démographiques et sociales des usagers déterminent les modalités par lesquelles ils accèdent aux services de santé et les utilisent.

Il existe, en d'autres termes, une structure socialement déterminée d'utilisation des services; cette structure est conditionnée simultanément par les usagers et les services. Les conditions sociales, la classe économique, l'âge et le sexe, le domicile d'appartenance, le niveau de scolarité et les codes culturels des malades définissent la pertinence des services aux besoins exprimés. L'existence et le style de fonctionnement des hôpitaux, des cabinets médicaux, des services paramédicaux et leur distribution géographique dans une région donnée, organisent, à leur tour, les modalités d'utilisation des services de soins.

Or, l'analyse de l'utilisation des services (1, 2, 3) permet de reconstituer des «cohérences» socialement différenciées entre populations et services. A partir de ces analyses, on relève qu'il y a des services qui apparaissent plus facilement utilisables par des groupes sociaux favorisés, lorsque des groupes défavorisés et démunis ont des difficultés à avoir accès à ces mêmes services ou en sont exclus. L'accès aux soins de santé n'est donc pas déterminé uniquement par l'état de santé de la population.

L'analyse de l'utilisation reproduit la distribution des risques de morbidité dans la population générale. En premier lieu, l'âge détermine de manière significative l'utilisation des services.

En Italie, Tosi (4) a mis en évidence une courbe qui réplique, du moins en partie, celle de la mortalité par âges de la population: utilisation élevée pendant l'enfance, décroissance rapide lors de la deuxième enfance; ensuite augmentation progressive avec une utilisation très importante chez les sujets âgés. Il y a aussi une utilisation plus élevée chez la femme en fonction d'une morbidité qualitativement et quantitativement différente de celle des hommes en fonction de variables culturelles qui permettent aux femmes de recourir de manières différentes aux services de santé.

Chômage, santé et accès aux soins

Les tendances à l'utilisation des services de santé vont-elles être modifiées par la crise économique et le chômage?

Dans les périodes de récession économique la population la plus touchée par la crise semble être celle des jeunes et des vieux.

Les femmes aussi représentent une catégorie à risque. Elles sont les premières atteintes par le chômage et dans la plupart des cas elles n'ont pas un emploi correspondant à leur niveau de formation. Les étrangers et les minorités constituent un autre groupe à risque économique.

Le chômage, comme conséquence de la crise économique, constitue, comme crainte du possible ou comme réalité, un facteur de stress majeur et conduit à des répercussions sur la santé des populations touchées.

C'est dans ces situations que les différences dans l'utilisation des services de soins deviennent plus importantes selon la stratification sociale. En Italie, par exemple, les classes aisées recourent plus aux services médicaux tan-

dis que les classes démunies y accèdent encore moins (3).

Le chômage, lorsqu'il frappe des individus des classes aisées, risque d'augmenter l'utilisation intensive de services spécialisés tandis que, dans les classes moins aisées, il diminue les recours aux services des soins et prive cette population d'un soutien médical et psychosocial adapté en contribuant à son ultérieure marginalisation.

Dans une autre enquête en Italie (5), on a de plus mis en évidence que les mesures de médecine préventive, lorsqu'elles nécessitent une participation financière, sont les premières à être négligées par toutes les classes sociales.

En période de crise économique la morbidité, surtout la morbidité psychiatrique, semble devenir plus importante. Dans cette conjoncture les médecins devraient pouvoir offrir des soins équitablement distribués à toutes les couches de la population. Les requêtes dont les médecins sont l'objet, les besoins de santé qui leur sont exprimés ne représentent pas nécessairement les besoins de santé de l'ensemble de la population. En particulier les besoins spécifiques des chômeurs et des marginaux restent à étudier.

Conclusions

Le chômage est une perte et la révélation soudaine de quelque chose qui ne va pas dans la structure et le système de valeur des individus. La représentation que l'on peut avoir du chômage ne correspond pas toujours à la réalité.

Penser que le chômeur peut avoir du bon temps, se détendre, vaquer à ses intérêts personnels sans les contraintes d'horaire qui sont les nôtres, relève de la méconnaissance de l'importance psychologique du travail comme constitutif de valeur sociale et d'estime de soi. La valeur que l'on s'attribue est étroitement liée aux rôles et aux fonctions que l'on remplit dans une collectivité. Le travail lui-même détient une position dominante dans l'échelle des valeurs dans notre société. Dans une société fondée essentiellement sur des rapports de pouvoir assumer le rôle dévalorisant de celui qui perd, de celui qui est contraint à demander des allocations, au prix parfois de la honte, de requêtes humiliantes, de soupçons de paresse est quelque chose d'intolérable. «Le chômeur sait qu'il constitue un poids pour lui-même et pour la société qui doit témoigner à son égard la solidarité voulue par la loi.» (6)

Il a de lui-même, et il donne de lui-même à l'extérieur, l'image d'une personne qui s'apparente à un raté, à un improductif.

Exprimer des besoins de santé lorsqu'on se sent ainsi dévalorisé, déprimé, peut constituer une difficulté majeure.

En conclusion, si le chômage touche toutes les classes sociales, les services de soins ne seront pas également accessibles aux différentes couches de la population ni pertinemment utilisés en fonction des besoins. Cette constatation vise à rendre attentifs les médecins à la manière dont leurs convictions, leur humanisme, et leur sens de la solidarité facilitent l'expression des besoins de santé des malades et leur accès aux soins.

*Dr M. Vannotti, médecin adjoint,
Division autonome de médecine
psychosociale et PMU Lausanne*

Bibliographie

1. E. Ranci Origosa, «L'accesso ai Servizi Socio-Sanitari», *Prospettive sociali e Sanitarie* 6, 1-2, 1991.
2. C. Ranci, «Disuguaglianze Sociali e uso dei Servizi», *Prospettive sociali e Sanitarie* 6, 2-6, 1991.
3. A. Tosi, «Disuguaglianze nell'accesso ai Servizi sociali in E. Ranci origosa», *Welfare state e Politiche sociali in Italia*, Milano. Angeli, 1990.
4. A. Tosi, «Abitazioni, reti sociali, luoghi in Social Survey in Lombardia», IRER, Milano, 1988.
5. V. Luksic, «Les Italiens s'adaptent à la crise in «Espace Européen», *Le Monde*, 29.5.1993.
6. L. Borel, «Editorial», *La Vie protestante*, Neuchâtel 47.3, 1992.

À REMETTRE POUR DÉBUT JANVIER 1994

à l'ouest de Lausanne

Dans le cadre d'un cabinet médical de groupe en pleine activité, et suite au départ pour changement d'activité professionnelle d'un des deux associés, reprise de la consultation par

MÉDECIN INTERNISTE OU GÉNÉRALISTE

Conditions à discuter. Ecrire sous chiffre **CM-693-HS** aux Editions de la Tour SA, case postale 880, 1001 Lausanne.

Crise du chômage: quelle répercussion sur l'assurance invalidité?

Jamais, dans notre pays, le nombre de chômeurs n'a été aussi élevé qu'aujourd'hui. Au plus fort de la crise économique des années 30, la Suisse comptait 80 000 chômeurs, soit 4,1% de la population; au mois de février 1993, ils étaient 147 500, soit 4,8%. A cette date, 26,1% d'entre eux étaient inscrits depuis sept à douze mois et 12,9% depuis plus d'un an.

Les trois piliers de la sécurité sociale des chômeurs

Entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1984, la nouvelle conception du système de l'assurance chômage fédérale (AC), a pour principe d'être devenue obligatoire pour tous les salariés.

Elle a pour but d'atténuer momentanément les conséquences économiques de la perte d'emploi par le biais d'indemnités. Dès le 1^{er} avril 1993, le nombre maximal d'indemnités journalières a passé de 300 à 400, soit une durée de huitante semaines. En complément à ce revenu de substitution, l'AC doit soutenir les chômeurs dans leur recherche d'un nouvel emploi. Ces prestations sont allouées sous forme de compensation de frais de cours, d'allocations d'initiation à un nouveau travail ainsi que de contribution d'encouragement à la mobilité professionnelle. La durée de ces prestations est généralement fixée à six mois.

Actuellement, la sécurité sociale des chômeurs repose également sur deux autres piliers: l'assistance (cantonale) dans 19 cantons, en particulier Vaud, et l'aide sociale (communale). Ces aides sont accordées après que les prestations fédérales, respectivement cantonales ont été épuisées.

Nature de la crise du chômage et son impact sur la santé!

Le chômage qui sévit aujourd'hui à l'échelle planétaire a non seulement une origine conjoncturelle mais également structurelle. La perspective

Pour le seul canton de Vaud, le nombre de demandes AI pour adultes s'élevait à 2240 en 1989. Ce nombre s'est élevé à 2530 en 1990, 3042 en 1991 et 3962 en 1992, soit un accroissement de 76,9%!

d'une reprise est plus qu'incertaine. Chaque jour de nombreux postes de travail disparaissent et il ne s'en crée guère de nouveaux. Des groupes entiers de chômeuses et de chômeurs, particulièrement les plus de 40 ans et les sans formation, ont très peu de chances de pouvoir se réinsérer après licenciement. Il en va de même pour les personnes atteintes chroniquement dans leur santé.

La mise au chômage, plus qu'une simple fatalité, signifie dévalorisation, perte de confiance en soi et fuite de l'espoir à un moment crucial où il convient de mobiliser ses ressources pour la réussite d'une réinsertion professionnelle. Dans de telles circonstances, il n'est pas étonnant d'observer soit l'apparition soit l'exacerbation de lombalgies, de cervicalgies chroniques, d'autres troubles somatoformes ou d'un état anxio-dépressif chez un chômeur à l'approche de la fin de droit. Nul doute dès lors que l'état de santé des chômeurs soit devenu l'un des éléments à compter dans la gestion de la crise de l'emploi. En effet, la pratique courante des offices du chômage veut que tout chômeur en traitement présente un certificat médical attestant de son aptitude au travail. Il s'agit là de la garantie médicale pour que l'AC puisse déterminer le droit aux prestations financières et l'aide éventuelle à la réinsertion professionnelle. Cette précaution d'usage

revêt une importance capitale pour l'aide aux chômeurs qui sélectionnera précocement les personnes susceptibles d'être prises en charge par l'assurance invalidité (AI).

Le régime de l'assurance invalidité

Selon l'article 4 de la Loi sur l'assurance invalidité (LAI), l'invalidité est définie comme une diminution de la capacité du gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident.

La perte de la capacité de gain et le rapport de causalité adéquate entre l'atteinte à la santé et l'incapacité de gain sont donc des critères déterminants de l'invalidité. Ainsi, toute affection, qu'elle soit primaire ou réactionnelle, engendre une invalidité, lorsque d'après les constatations médicales,

- on ne peut plus raisonnablement exiger d'un patient qu'il utilise ses capacités sur le marché du travail en général, et que
- malgré les mesures thérapeutiques, et que
- malgré les mesures professionnelles raisonnablement exigibles, l'incapacité de travail partielle ou totale est de longue durée.

Le droit à une rente débute au plus tôt dès que l'assuré a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins, pendant une année sans interruption notable. Sont assurés AI les personnes qui sont assurées à titre obligatoire ou facultatif à l'assurance vieillesse et survivants.

Recours abusifs aux prestations AI

Parallèlement à l'aggravation de la crise du chômage, le nombre de demandes de prestations AI s'est considérablement élevé au cours de ces dernières années. Pour le seul canton de Vaud, le nombre de demandes AI pour

adultes s'élevait à 2240 en 1989. Ce nombre s'est élevé à 2530 en 1990, 3042 en 1991 et 3962 en 1992, soit un accroissement de 76,9%!

L'augmentation des demandes de rente, la pression des services sociaux envers leurs assurés pour le dépôt d'une demande AI, la démotivation de certains patients qui, «à leur âge», après d'éventuels refus à leurs offres d'emploi optent pour la rente, sont certes des arguments en faveur de cette hypothèse. Critiquer de tels abus est évidemment aisé d'un point de vue général mais bien plus délicat au plan individuel. En effet, pour le médecin amené à remplir le questionnaire médical, l'énoncé du diagnostic pose rarement problème car il existe des critères objectifs. En revanche, l'évalua-

tion de la capacité de travail raisonnablement exigible est moins aisée. Il s'agit là d'une notion éminemment subjective faisant appel à des considérations pouvant déborder le cadre strictement médical. Force est de constater que parfois le médecin ne se prononce pas quant à la capacité de travail mais anticipe sur le droit à la rente! Dans la majorité des cas, l'appréciation déterminante appartient au médecin traitant qui est considéré comme le mieux à même de juger de l'importance des plaintes et de leurs répercussions au plan fonctionnel et par conséquent sur la capacité résiduelle de travail dans un emploi tel qu'exercé jusqu'ici ou dans une activité adaptée. Il arrive sans doute que la «mise à l'AI» de tels patients consti-

tue une issue thérapeutique «à bien plaisir» en réponse à une demande sociale.

D'autres arguments paraissent plus compréhensibles: le déséquilibre du marché du travail avec son cortège de bouleversements tels que restriction du personnel pour le même nombre de tâches, suppression de postes «allégés», éradication de certaines fonctions désormais informatisées, etc., ne va pas sans un surcroît de stress et d'insécurité chez les employés dont les capacités d'adaptation sont limitées. Il n'est pas étonnant dès lors que, malgré leurs problèmes de santé, bon nombre de personnes qui avaient trouvé un emploi durant la haute conjoncture se retrouvent parmi les premiers licenciés. De telles personnes montrent généralement, au début du moins, de réelles motivations pour retrouver une activité adaptée à leur handicap. Malheureusement le nombre de postes qui leur sont offerts dans les entreprises a notablement diminué. A titre illustratif, pour l'Office de réadaptation professionnelle de l'AI du canton de Vaud le nombre de placements a passé de 534 en 1991 à 451 en 1992.

De fait, l'octroi de rentes AI pour combler la diminution du nombre des postes de travail dans une période qui n'est plus celle du plein emploi semble bien une issue de secours. Cette solution comporte malheureusement le risque de générer des invalides «à vie», l'opinion sachant si bien qu'une rente accordée n'est que rarement retirée. Le recours immodéré à une telle pratique ne pourra sans doute pas survivre longtemps sans contre-mesures dictées par l'importance et la durée de son coût économique.

Vers une réforme de notre système de sécurité sociale?

En somme, l'imprévisibilité et la gravité de la crise actuelle, dont la tendance à moyen terme est incertaine, ne fait qu'accentuer les faiblesses de la sécurité sociale du chômeur. Bien des lacunes persistent, en particulier en matière d'assurance maladie des chômeurs. L'AI ne représente qu'un palliatif trop imparfait pour qu'elle absorbe plus largement les chômeurs qui bénéficieraient ainsi d'une retraite anticipée sans cotisations spécifiques! N'y a-t-il donc pas là un argument de plus visant à la refonte de notre système de sécurité sociale?

Dr R. Darioli, professeur associé,
responsable de l'enseignement
de l'asséculoogie

Gestion du contentieux

Nous vous rappelons qu'au mois d'octobre 1992, la FVCM avait accepté de recommander à ses membres ce qui suit:

«La situation économique s'étant fortement dégradée ces derniers mois, les médecins sont de plus en plus confrontés à des patients qui ne les remboursent pas. La situation la plus grave cependant est celle où le patient utilise à d'autres fins l'argent que sa caisse maladie lui a versé pour honorer sa créance envers le médecin. Ces pratiques déplorables ont malheureusement tendance à se répandre, plus particulièrement en milieu urbain.

» S'il n'appartient pas aux caisses maladie de se substituer aux médecins pour régler leurs problèmes de contentieux, il est cependant dans l'intérêt du tiers payeur que l'argent consacré au remboursement des prestations médicales ne soit pas utilisé à d'autres fins. Vivement préoccupée par l'évolution de ce phénomène, la FVCM entend lutter, conjointement avec ses partenaires, contre toutes formes d'abus.

» Les moyens d'intervention restent cependant limités. Les propositions de la SVM (acquiescement des factures avant remboursement, chèques barrés, etc.) sont difficilement praticables, en raison des complications et des frais administratifs qu'elles engendreraient. Une solution faisant appel à un système informatisé du type «carte de crédit», permettant la lecture rapide d'informations et de transactions directes, n'est envisageable qu'à long terme et à l'échelon national.

» Sur le plan juridique, le problème pourrait être résolu dans l'hypothèse où les statuts de la caisse maladie, ou même le décompte à l'assuré, mentionnaient que «l'argent versé est destiné exclusivement à payer les soins...». En cas de détournement des montants remboursés à d'autres fins, il y aurait alors responsabilité pénale de l'assuré.

» Enfin, il convient de rappeler que le paiement direct des notes d'honoraires au médecin est envisageable (art. 7 de la Convention) *lorsqu'il y a forte présomption d'abus de la part de l'assuré ou autre vraisemblance de non-paiement du médecin*. Cette définition plus large de la notion «cas particulier» doit permettre aux caisses d'étudier chaque demande dans un esprit d'ouverture, sans pour autant contrevenir aux dispositions conventionnelles. Toutefois, s'il s'avère que l'assuré est en contentieux avec sa caisse, le mode de paiement en «tiers-garant» doit absolument être maintenu, le médecin n'ayant pas à payer les cotisations d'assurance maladie à la place de l'assuré.»

Nous venons d'apprendre que la Caisse vaudoise a finalement suivi ces conseils et que les décomptes à l'intention des assurés comportent désormais la mention suivante:

«Les prestations de la caisse sont destinées exclusivement au paiement des fournisseurs de soins.»

Cette attitude responsable de la Caisse vaudoise devrait permettre ainsi au médecin de poursuivre pénalement le patient ayant détourné les fonds pour d'autres usages.

Opinions

Consommation et adéquation des soins chirurgicaux

En date du 15 mai 1993, le *Nouveau Quotidien* publiait un article d'Anna Lietti qui s'inspirait d'une enquête effectuée au Tessin. Cet article, au titre accrocheur «Les médecins vous poussent sur le billard. Mais eux n'y vont pas...», a amené le comité, d'une part, le groupement des chirurgiens, d'autre part, et le médecin cité dans l'article à mettre en question la ligne rédactionnelle et l'objectivité de ce journal.

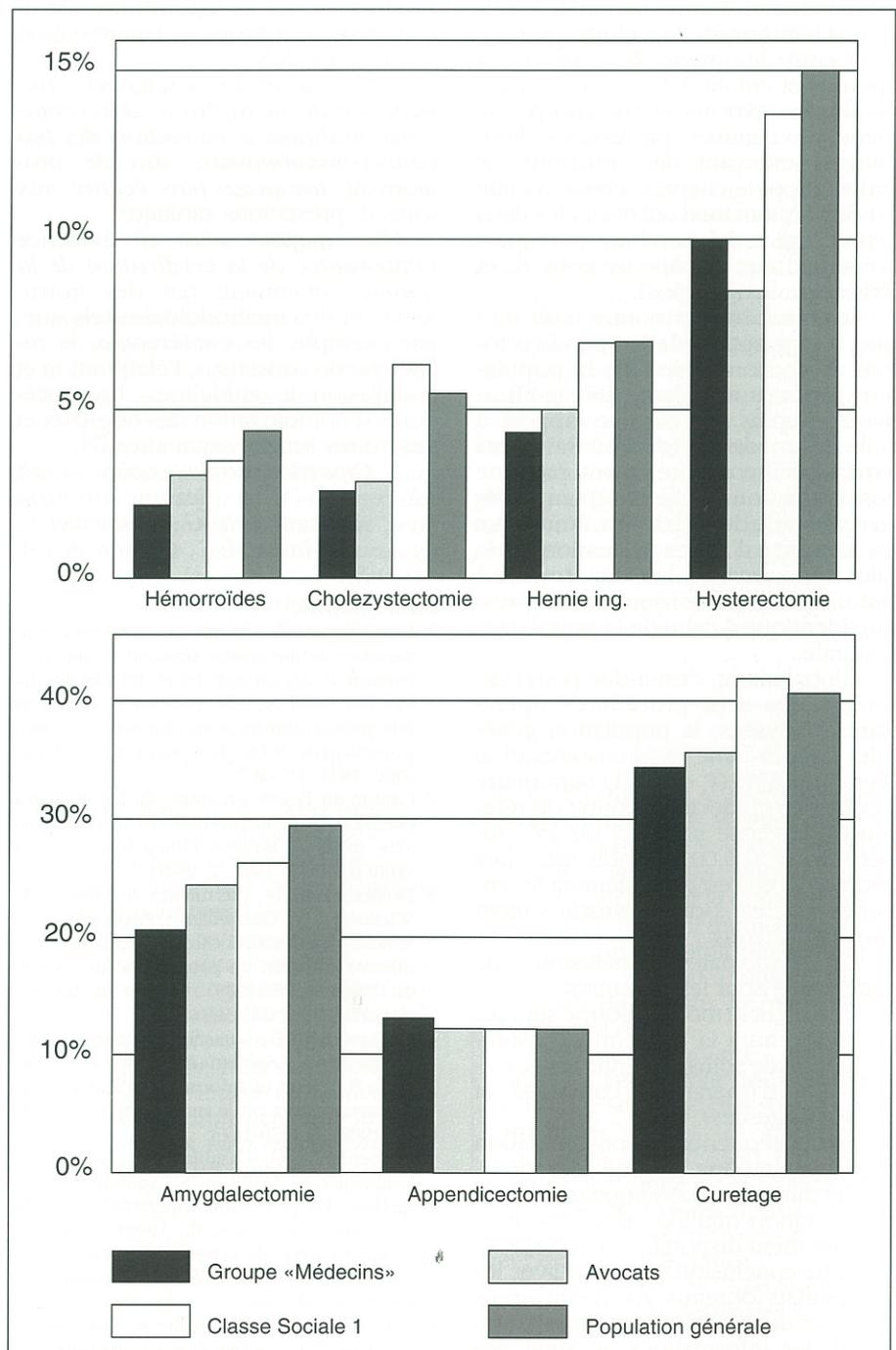
A titre d'information, nous publions ci-après l'extrait de l'enquête tel qu'il est paru dans le *Bulletin de l'Office fédéral de la santé publique* le 17 mai. Nous publions également la lettre du Dr Ghavami qui, à notre connaissance, n'a pas paru dans le journal, et, finalement, la lettre du Dr G. Conne, qui s'est étonné de la manière dont ses propos ont été traduits.

Résumé de l'enquête

Le Département des affaires sociales du canton du Tessin œuvre depuis des années pour améliorer le niveau d'information en matière sanitaire des consommateurs, notamment par la mise en œuvre, depuis 1984, d'un programme de promotion de la santé destiné à toute la population du canton. Ce programme vise à une meilleure autogestion de la santé [1] par la promotion des droits des patients et du «deuxième avis médical» [2], en vue de garantir un accès plus éclairé à la consommation de soins et de prestations.

Plusieurs études ont été ainsi conduites pour mesurer l'impact des actions auprès de la population [3] ainsi que dans le but d'augmenter le niveau des connaissances empiriques sur les thèmes de la consommation de prestations sanitaires, de l'adéquation des soins aux besoins et sur celui de la médecine inutile [4, 5].

C'est dans ce cadre qu'une étude originale comparant la consommation de soins chirurgicaux des médecins et de leurs familles (épouses et enfants) avec celle de la population générale et



de groupes choisis de consommateurs (avocats, autres «professionnels») a été conduite et vient d'être publiée [6]. L'idée de base est que le médecin soit le seul consommateur informé sur le marché sanitaire. En conséquence sa façon de consommer pourrait être retenue comme «idéale» et représenter ainsi une référence. L'étude tessinoise, conduite par le Service de la santé publique (Sezione sanitaria) avec la collaboration de l'Institut de médecine sociale et préventive de l'Université de Zurich, a comparé la consommation de sept procédures chirurgicales très communes et non urgentes (amygdalectomie, appendicectomie, curetage, hystérectomie, hernie inguinale, excision d'hémorroïdes et cholecystectomie) entre les médecins (avec leurs épouses et enfants), la population générale, les avocats et un groupe de membres d'autres professions libérales et exerçant des fonctions de cadres (appelé ci-après «classe sociale 1»). 5898 cas au total ont été inclus dans l'étude qui a été conduite par questionnaire (taux de réponse entre 82 et 95% selon les groupes).

Les résultats ont montré (voir fig.) que, à l'exception de l'appendicectomie, la consommation de la population générale a toujours été significativement plus élevée par rapport à celle des médecins (de 19 à 84%). Les avocats, au contraire, n'ont pas une consommation significativement différente de celle des médecins, tandis que les membres d'autres professions libérales appartenant à la classe sociale 1 ont un profil de consommation presque identique à celui de la population générale.

Globalement, c'est-à-dire pour l'ensemble des sept procédures opératoires analysées, la population générale accuse une surconsommation d'environ 33% ($P < 0,001$) supérieure à celle des médecins (groupe de référence), la classe sociale 1 de 25% supérieure ($P < 0,001$), tandis que chez les avocats elle est de seulement 5% supérieure, c'est-à-dire *statistiquement non significative*.

Les principales conclusions de cette étude sont les suivantes:

1. Le patient le moins informé sera celui qui aura la plus forte consommation de soins chirurgicaux (c'est-à-dire d'opérations courantes et non urgentes).
2. En conséquence, la consommation de prestations chirurgicales pourrait diminuer à condition qu'une information qualifiée devienne plus largement disponible et accessible. Cette conclusion concorde avec les résultats obtenus au Tessin après avoir donné à toute la population [4] des informations au sujet des

taux d'hystérectomie (ce qui a entraîné une baisse des taux opératoires d'environ 30%).

3. L'indication opératoire semble changer selon le statut social et professionnel du patient.

En effet, les taux opératoires des avocats ne diffèrent pratiquement pas de ceux des médecins. Tout se passe comme si ces derniers semblaient être moins enclins à poser une indication opératoire lorsqu'il s'agit d'opérer un patient «spécial» comme c'est le cas pour l'avocat (c'est-à-dire un membre d'une profession libérale en mesure de causer des problèmes, notamment légaux, si des complications survenaient en raison de l'intervention chirurgicale).

Ces conclusions soulignent *l'importance de la diffusion d'informations qualifiées à l'attention des patients-consommateurs* afin de promouvoir *un accès plus éclairé* aux soins et prestations sanitaires.

Elles mettent aussi en évidence *l'importance de la vérification de la qualité* notamment par des instruments et des méthodologies tels que, par exemple, les conférences, la recherche de consensus, l'élaboration et la diffusion de «guidelines», les procédures d'homologation des hôpitaux et des autres services sanitaires [7].

Dipartimento delle opere sociali
Sezione sanitaria
Domenighetti G., Gutzwiller F.,
Martinoli S., Casabianca A.

Bibliographie

1. Domenighetti G., Paccaud F.: The Swiss experience in the health promotion and prevention at subnational level. In: Dekker E., Van der Werff A., eds. Policies for health in European countries with pluralistic systems. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 1991; 157-167.
2. Canton du Tessin: brochure sur les droits des patients et sur la promotion du «deuxième avis» médical. Bulletin Office fédéral de la santé publique 1991; 7, 93-94.
3. Domenighetti G., Casabianca A., Villaret M., Wietlisbach V., Gutzwiller F., Paccaud F.: Prévention des maladies cardio-vasculaires: première évaluation du programme du canton du Tessin (1984-1989). Cahiers médico-sociaux 1991; 35, 293-309.
4. Domenighetti G., Luraschi P., Casabianca A., Gutzwiller F., Spinetti A., Pedrinis E., Repetto F.: Effect of information campaign by the mass media on hysterectomy rates. Lancet 1988; II, 1470-1473.
5. Domenighetti G., Casabianca A., Luraschi P., Gutzwiller F., Martinoli S., Spinelli A.: Fréquence des procédures opératoires dans la population du canton du Tessin. Projet du Fonds national de la recherche scientifique n. 3.946-0.84. Bellinzona: Dipartimento Opere Sociali, 1989.
6. Domenighetti G., Gutzwiller F., Martinoli S., Casabianca A.: Revisiting the most informed

Enquête permanente sur les frais d'exploitation des cabinets

A la suite de plusieurs téléphones, nous tenons à préciser que cette enquête porte sur **deux ans**. Les formulaires *blancs* correspondent à 1991 et les formulaires *jaunes* à 1992.

Veillez également à bien vouloir remplir les pages concernant l'activité du cabinet. Le temps consacré à l'activité *productive* doit être indiqué en heure pleine et les fractions d'heure en 1/4 d'heure et **non pas le tout en 1/4 d'heure**.

consumer of surgical services: the physician-patient. Int. J. Technol. Assess. Health Care, Erscheint Mitte 1993/sera publié mi-année 1993.

7. Durand-Zaleski I., Audet A. M., Greefield S., Jolly D.: L'évaluation de la qualité des soins aux Etats-Unis. Rev. épidém. et Santé publ. 1991; 39, 467-476.

Monsieur le Rédacteur en chef,

Le 15 mai 1993, sous la signature de M^{me} Anna Lietti, vous avez publié un article aux titres accrocheurs intitulés «Les médecins vous poussent sur le billard. Mais eux n'y vont pas...» «Quand les médecins opèrent à la tête du client, leur porte-monnaie est en santé.»

Le rapport, par votre collaboratrice, de l'enquête tessinoise: «Consommation et adéquation des soins chirurgicaux», nous semble tout à fait erroné, et sa déduction très hâtive. Comparer la profession des patients ne suffit pas pour évaluer la prévalence d'une pathologie et de son traitement. Il faut tenir compte aussi d'autres facteurs importants tels que: l'incidence familiale, l'âge, la race, les conditions d'hygiène, d'alimentation et de prévention, le tabagisme, le sédentarisme, etc. Les médecins appliquent plus volontiers à eux-mêmes et à leurs familles toutes les recommandations d'hygiène et de prévoyance qu'ils font habituellement à leurs patients. Par ailleurs, ils peuvent se permettre certains risques concernant leurs familles, car en cas de maladie, ils ont la possibilité de les surveiller de près et quotidiennement, ce qui est moins aisément réalisable avec les patients sans les hospitaliser.

Affirmer que 33% de certaines opérations à froid sont pratiquées inutile-

ment, sans apporter d'explication objective sur les facteurs étiologiques des maladies, mais prétendant comme seule motivation «la santé du portemonnaie» du chirurgien, aura pour effet d'ébranler la confiance des patients en leurs médecins. Cette confiance est la base des relations médecin-malade, et elle est indispensable à l'exercice de la médecine.

Tout acte médical, de la prescription d'un médicament à une opération, se fait sur la base d'un diagnostic précis, lequel nécessite des investigations cliniques et paracliniques. Le patient est considéré dans son ensemble, en l'interrogeant sur ses plaintes actuelles et passées, ses conditions de vie et d'environnement. L'exemple de notre confrère de Bussigny en est la preuve qui, après avoir vu, examiné et questionné sa jeune patiente, arrive à exclure une appendicite. En cas de doute, il aurait sans doute demandé l'avis d'un chirurgien, qui par sa spécialisation aurait confirmé ou infirmé la suspicion du diagnostic. Cela se confirme par les propos du chirurgien des Cadolles, qui dit être souvent amené à infirmer le diagnostic de ses confrères généralistes ou internistes, et d'expliquer aux malades que le traitement opportun de leur pathologie n'est pas chirurgical.

Je n'ai pas encore connu de patient sautant de joie à l'annonce d'une opération et encore moins ceux qui en réclament. Tout traitement inadéquat, médical ou chirurgical, peut avoir des conséquences indésirables. Par contre s'il est justifié, il doit être entrepris. Une hernie inguinale ou des calculs vésiculaires symptomatiques, provoquant des «crises de foie», ne peuvent être traités que par une opération. Cela de préférence avant un épisode aigu d'incarcération de hernie ou d'infection de la vésicule ou jaunisse, car la situation deviendrait compliquée et l'intervention conséquente, entraînant une hospitalisation plus longue avec un risque plus élevé de morbidité.

Les propos du médecin cantonal de Genève me laissent perplexe et méritent éclaircissement:

1. Aucun chirurgien n'opère ses patients sans leur avoir expliqué au préalable ce qu'il envisage d'entreprendre, et surtout sans leur accord.
2. Si un médecin cantonal possède des preuves d'une intervention «pour beurre» ou «faire la peau», il a les possibilités et le devoir de réagir et même de retirer l'autorisation de pratique du chirurgien charlatan. Si ce n'est pas le cas, il s'abstient de tenir des propos prêtant à confusion.
Pour terminer, je dois rassurer tous

nos concitoyens sur la qualité de la médecine suisse qui, de l'aveu de tout le monde, est une des meilleures. Preuve en est le nombre élevé d'étrangers qui viennent en Suisse pour se faire soigner. Bien que votre article le laisse sous-entendre, la proportion de malbonnêtes n'est pas plus élevée chez les médecins que chez les autres catégories socioprofessionnelles.

Je n'ose croire que votre journal habituellement sérieux et objectif se laisse tenter par des sujets à scandale, pour améliorer «la santé de son portemonnaie». Par contre, si votre but est d'informer la population, il faut rester impartial. Par exemple, prévoir une rubrique médicale, où des spécialistes expliqueraient les pathologies, leur prévention et leur traitement.

Dans l'espoir que cette lettre sera publiée dans vos colonnes, je vous présente, Monsieur le Rédacteur en chef, mes sentiments les meilleurs.

Pour le groupement
des chirurgiens de la SVM
Dr B. Ghavami
Président

Monsieur le Rédacteur,

Permettez-moi de revenir sur l'article de Mme Anna Lietti intitulé «Les médecins vous poussent sur le billard», paru le samedi 15 mai.

Sur le fond d'abord. S'il est vrai que les résultats de cette enquête sont troublants, il est difficile d'en tirer des conclusions monolithiques. On peut penser que le médecin se protège mieux contre les éventuels effets secondaires de notre pratique, on dira que certains n'hésitent pas à tirer des bénéfices en opérant parfois un peu rapidement. Parmi ces tentatives de réponse, on n'a pas évoqué un élément qui me paraît important: nombreux sont les médecins qui pratiquent ce métier par peur de la mort – ils n'en sont pas moins respectables pour autant – se consacrant aux autres, ils se négligent eux-mêmes, s'espérant immortels. Et sans doute d'autres explications sont également possibles.

Les propos de votre journaliste amènent le lecteur, une fois de plus, à se méfier de notre corporation dans son ensemble, à se présenter en victime de machinations alors qu'il y aurait urgence à chercher, plus subtilement, à mieux se comprendre mutuellement. Il en va de la confiance et de la sérénité des patients, éléments essentiels à la santé de tout un chacun. A contrario, l'anxiété et la méfiance générées à la lecture de l'article participent à coup sûr à la multiplication des actes et donc des coûts médicaux.

Je laisse à votre appréciation ce thème qui n'apparaît presque jamais dans les colonnes de votre journal où

la polémique devrait pourtant toujours céder le pas à la réflexion. Mais peut-être en va-t-il de même du travail de journaliste comme celui du médecin: décider et agir dans l'urgence imposée. Il reste que, dans le doute, il est souvent aussi urgent d'attendre.

Quant à la forme, je tiens surtout à revenir sur certaines phrases de votre journaliste, dont j'apprécie souvent l'humour et la distanciation, mais qui n'a pas mesuré, semble-t-il, la portée de ses propos. Elle parle de ces trop rares médecins qui... Au nom de mes très nombreux «rares» collègues médecins ou chirurgiens, je plaide, comme eux, pour une médecine de qualité où le temps consacré à la relation humaine permet un usage adéquat de nos moyens diagnostiques ou thérapeutiques.

En aucun cas je ne prétends me situer au-dessus de la mêlée comme détenteur de la vérité ni comme juge de mes confrères. Ce métier est exigeant, nos responsabilités souvent fortement engagées, nos décisions difficiles à prendre. Je crains que mes confrères, et je les comprendrais, trouvent dans cet article une critique abusive de leur pratique. Je tiens à souligner ici que mon intention n'a pas été de les discréditer. Trop souvent, nos propos sont l'objet d'interprétations qui dépassent l'intention de leur auteur.

Dorénavant, quelle que soit l'urgence, j'exigerai un droit de regard sur toute publication concernant mes propos et j'encourage mes confrères à en faire autant.

Dr G. Conne

Dernière minute

Le président et le secrétaire général ont rencontré M. Pilet, rédacteur en chef du *Nouveau Quotidien*, le 7 juin 1993. Selon lui, les articles concernant le domaine médical sont liés à l'inquiétude engendrée dans le public par les coûts de la santé. Attentif à tous les phénomènes de société, le *NQ* se doit d'en faire l'écho.

Afin de permettre au *NQ*, comme à l'ensemble de la presse, de fonder ses enquêtes sur des informations fiables et nuancées, nous avons réaffirmé à M. Pilet l'ouverture du comité de la SVM, et de son secrétariat général, aux questions des journalistes. Voyons si un réel dialogue s'instaure.

Le président
et le secrétaire général

M. AMREIN

Orthopédiste-bandagiste

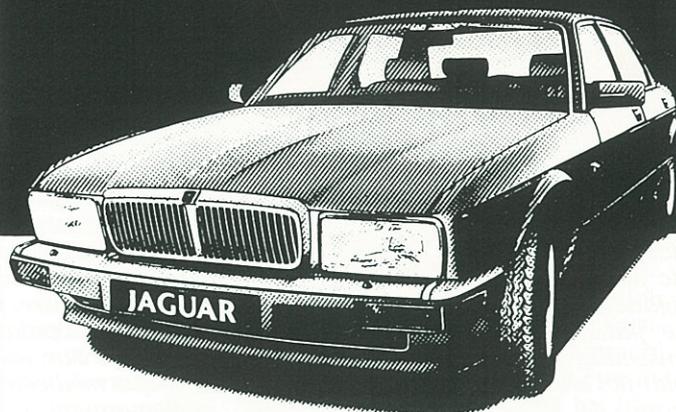


Atelier spécialisé pour la fabrication de prothèses,
appareils et corsets orthopédiques, lombostats
en tissus, supports plantaires, bandages
Location de cannes anglaises

**Tous bas et manchons de compression
(varices et drainages lymphatiques)**

14, rue de la Borde – 1018 Lausanne
Tél. 36 85 75 – Fax 36 20 02

Garage Racing
H. Buchmann
1032 Romanel
Tél. 021-731 31 81



**Votre spécialiste
depuis 25 ans**

Agence officielle



RANGE ROVER
DISCOVERY



INSTITUT DE PHYSIOLOGIE
FACULTÉ DE MÉDECINE

Université de Genève



Faculté de Médecine de Genève

NUTRITION HUMAINE

COURS UNIVERSITAIRE DE FORMATION CONTINUE

6 MODULES D'UNE À DEUX SEMAINES
DE NOVEMBRE 1993 À AVRIL 1994

A l'intention des

- Médecins
- Pharmacien(ne)s
- Biologistes
- Chimistes
- Biochimistes
- Ingénieurs en sciences alimentaires
- Dietéticien(ne)s

Délai d'inscription: 30 juin 1993

Pour tous renseignements, prière de contacter
Dr Yves Schutz, Institut de physiologie
Rue du Bugnon 7, CH-1005 Lausanne
Tél. 021/313 28 24 (matin) – 021/313 28 49/47 (après-midi)
Fax 021/313 28 65

**Imprimerie
Bron SA
Lausanne**



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

Tél. 021 652 99 44

Nouvelles de la Faculté

Professeur Jean-Marie Matthieu

Récemment, l'Université de Lausanne a promu le Dr Jean-Marie Matthieu au titre de professeur ordinaire «à titre personnel». Né en 1940, le professeur J.-M. Matthieu a fait ses études de médecine à Lausanne puis sa formation post-graduée de pédiatre à Lausanne, Berne et aux Etats-Unis. En 1977, il obtient le titre de privat-docent et, en 1980, celui de professeur associé. Médecin adjoint dans le Service de pédiatrie du CHUV, il consacre son activité clinique aux enfants souffrant de maladies métaboliques. Son domaine de recherche porte sur la myéline, constituant enrobant les axones qui sont des prolongements de la cellule nerveuse. L'intérêt du laboratoire qu'il dirige se concentre sur le développement et les maladies de cette substance, particulièrement dans la sclérose en plaques. Une de ses contributions récentes est le clonage et la caractérisation d'un nouvel antigène myélinique suspect de jouer un rôle dans cette dernière maladie. Auteur et coauteur de plus de 140 articles, titulaire de plusieurs distinctions, notamment du Prix Robert Bing de l'Académie suisse des sciences médicales, sa renommée est internationale.

Le doyen: professeur C. Perret

Professeur Jean-Pierre Mach

Né en 1935, le professeur Jean-Pierre Mach a fait ses études de médecine à Genève. Après des stages cliniques à Genève et à Boston, il entre à l'Institut de biochimie de la Faculté de médecine de Lausanne en 1967 où il devient professeur assistant en 1971, puis professeur associé dès 1976. Lauréat 1980 du Prix de la Ligue suisse contre le cancer, il est membre de plusieurs conseils scientifiques en Suisse et à l'étranger. Il est auteur et coauteur de 177 publications. Considéré comme un des leaders actuels dans les domaines de l'immunodiagnostic et de l'immunothérapie, il consacre l'essentiel de ses recherches à l'étude de la

fixation d'anticorps marqués sur des tumeurs et à l'utilisation de cette méthode dans les diagnostics et le traitement des tumeurs humaines, particulièrement des cancers colo-rectaux. Il a notamment été le premier à démontrer la localisation spécifique dans la tumeur *in vivo* d'anticorps radiomarqués dirigés contre l'antigène carcinoembryonnaire (CEA), et le premier à utiliser des anticorps monoclonaux radiomarqués dans la détection des carcinomes humains. Ses qualités de chercheur et d'enseignant lui valent sa promotion au titre de professeur ordinaire «à titre personnel» de la Faculté de médecine.

Le doyen: professeur C. Perret

Professeur Jean-Pierre Guignard

Le Conseil d'Etat, dans sa séance du 16 avril 1993, a nommé le Dr Jean-Pierre Guignard, professeur associé, en qualité de professeur ordinaire «à titre personnel», chef de l'Unité de néphrologie du Service de pédiatrie du CHUV.

Le professeur Jean-Pierre Guignard a créé, puis développé l'Unité de néphrologie pédiatrique de la Faculté de médecine de Lausanne. Il en a fait rapidement un centre d'excellence reconnu en Suisse et à l'étranger. Le professeur Jean-Pierre Guignard s'est particulièrement intéressé au problème du développement de la fonction rénale pendant la période néo-natale qui soulève des problèmes diagnostiques et thérapeutiques tout à fait spécifiques. Ses recherches, tant dans le domaine de la clinique que dans celui de la recherche de base en ont fait un des leaders reconnus dans le domaine. La possibilité de traiter les maladies rénales chez les enfants et les petits enfants dans les meilleures conditions attire à Lausanne de nombreux collègues qui viennent s'y former pour quelques mois ou une année.

En attribuant le titre de professeur ordinaire «à titre personnel», la Faculté de médecine, suivie par le Conseil d'Etat, reconnaît ses mérites au professeur Jean-Pierre Guignard.

Le doyen: professeur C. Perret

Code de déontologie de la SVM

Le comité de la SVM est très heureux de vous annoncer les résultats de la votation générale concernant le projet de code de déontologie remplaçant les «Règles et usages»:

Bulletins distribués	1528
Bulletins rentrés	731
Bulletins blancs	2
Bulletin nul	1

Le code de déontologie a été accepté par 681 voix contre 47 non.

*Le code de déontologie entre donc immédiatement en vigueur.
Le comité de la SVM*

Erratum

Rectificatif adresse:

Dans *CMV* du mois de mai 5/93, p. 14, l'adresse de la **Fondation pour le dépistage du cancer du sein** est: Bugnon 21, Lausanne.

Ne pas mentionner «Service des hospices cantonaux».

Dans l'article de M. J.-P. Diserens, p. 4, dernier paragraphe, il fallait lire:

Alors *quid* des résultats et de l'avenir du secteur hospitalier privé?

Nos excuses à l'auteur.

À LOUER CENTRE LAUSANNE (GARE)

CABINET MÉDICAL

(équipé radiologie, laboratoire, secrétariat).

Vue sur le lac, calme, place de parc, pas de reprise.

Convient particulièrement à orthopédiste, neurologue.

Ecrire sous chiffre **CM-693-MB** aux Editions de la Tour SA, case postale 880, 1001 Lausanne.

Communiqués

Vous avez dit «GRAAP»?

Je suis très reconnaissante au *Courrier du Médecin vaudois* de nous permettre de vous présenter le travail de notre association.

«J'ai à mon actif quinze ans de psychiatrie, des allées et venues entre mon studio et l'hôpital. J'ai un médecin physique et un psy, tous deux s'accordent pour dire que je suis psychotique; finalement, il faut bien l'avouer, je dois être schizophrène. Je suis seul, très seul, et la vie n'a guère de sens.»

«J'ai 22 ans, cela fait trois ans que je me bats contre des fantômes. J'ai tout dû lâcher: études, sport, copains. J'ai grossi de dix kilos. Je ne sais pas ce que j'ai, mais je ne suis pas fou. Je ne peux plus travailler, je n'ai plus goût à rien.»

«Dites-nous, est-ce que mon fils peut guérir? Que va-t-il devenir, c'est quoi une psychose? Qu'avons-nous fait de faux?»

Ainsi s'expriment quelques membres du GRAAP.

Le GRAAP – Groupe d'accueil et d'action psychiatrique – c'est avant tout une association de personnes concernées par la psychiatrie. Ensemble, elles partagent leurs questions, leurs angoisses, leurs expériences. Elles mettent aussi en commun leur espoir, leur rêve, leur force...

Le GRAAP, c'est plus de 200 membres actifs dont le 82% sont au bénéfice d'une rente AI pour raison psychiatrique. C'est aussi près de 4000 personnes et institutions en Suisse romande qui sont intéressées ou soutiennent son action.

Créée en 1987, notre association est soutenue financièrement par l'OFAS, la Ville de Lausanne et l'Etat de Vaud. Avec ce soutien, nous couvrons les frais liés aux salaires et loyers. Des dons privés nous permettent de financer nos actions. Je profite de remercier particulièrement la Société vaudoise de médecine qui vient de nous verser un don substantiel.

Le GRAAP fonctionne selon les principes de l'autogestion: quatorze personnes sur les quinze que compte le comité sont des personnes concernées par la psychiatrie.

Toutes les personnes salariées ont dû «payer leurs galons» en s'engageant activement pendant plusieurs mois comme bénévoles. Les professionnels

sont au nombre de cinq: deux ex-patients, l'un animateur, l'autre aide de bureau; deux conseillères en cuisine (proches parents de patients), une assistante sociale: tous travaillent à mi-temps.

Nos membres sont des personnes qui connaissent l'isolement, l'oisiveté; elles sont à la recherche d'un sens pour leur vie; elles se perçoivent souvent comme des récepteurs de soins et d'aides, éléments passifs, voire irresponsables. Elles sont habitées souvent par un fort sentiment d'échec, de doute, d'indignité. Elles se sentent rejetées, les hors-jeux de notre communauté.

Au GRAAP, nous avons ensemble pris le contre-pied de cette analyse dévalorisante et posons comme principe: que l'expérience psychiatrique est un réservoir de connaissances digne d'être prise en compte; que les patients psychiques sont aussi un maillon utile dans notre société; qu'ils peuvent (ré)apprendre l'exercice des responsabilités sociales et personnelles pour autant qu'on leur en donne l'occasion. A partir d'un lieu d'échanges et de partage, nous avons décidé ensemble d'ouvrir un restaurant, Au Grain de Sel. Ce restaurant est une aubaine, il nous donne l'occasion de travailler (lutte contre l'oisiveté), de rencontrer des gens (lutte contre l'isolement), de s'entraider, de développer ses aptitudes, de prendre des responsabilités, de se faire du souci pour autre chose que pour sa propre personne, de s'exprimer, d'exister pour les autres, etc.

A part ce restaurant, nous avons développé d'autres activités:

- un congrès annuel qui rassemble environ 500 personnes, des spécialistes tout comme M. et M^{me} Tout-le-Monde;
- des rencontres pour proches (Yverdon et Lausanne) une fois par mois;
- des expositions de peintures sur les murs du Grain de Sel, des cabarets une fois par mois;
- des groupes de recherche spirituelle, d'écriture, de chant, de jeux d'échecs, de promenades, de vacances, un atelier de pâtisserie, des fêtes, etc.;
- un *réseau de l'amitié* qui compte trois aides sociales (patients faiblement rémunérés) qui ont fait plus de six cents visites l'an passé à d'autres patients en proie à une période sévère d'isolement. Le but de

ce réseau est non seulement d'offrir une présence humaine mais aussi de tenter de redonner l'envie des contacts sociaux et de rejoindre la communauté des hommes. L'expérience personnelle de ces aides sociales est primordiale, toutes, elles ont connu directement les affres de cet isolement.

Si au départ, certains médecins ont craint que le GRAAP vienne mettre des bâtons dans les roues et contester les pratiques psychiatriques, ces quatre ans d'expérience nous ont permis de prouver notre détermination à créer des alliances pour lutter contre la maladie et notre volonté de mettre nous aussi, notre pierre à la construction d'une psychiatrie toujours plus humaine.

«Sans le GRAAP, il y a longtemps que j'aurais rechuté...»

«Sans le Grain de Sel, j'aurais dû remettre mon studio et aller vivre en foyer...»

«Je rouspète toujours contre le Grain de Sel, mais finalement, c'est là ma famille...»

«Ici, on nous accepte comme on est...»

«Pour moi le GRAAP, c'est une véritable école de solidarité.»

Notre restaurant est ouvert à tous, tous les jours, sauf le jeudi: Au Grain de Sel, 13, route Alois-Fauquez, à Lausanne.

Moyennant une finance de Fr. 20.-, vous recevrez notre agenda bimestriel des activités proposées au GRAAP.

Nos comptes rendus de congrès («La schizophrénie, qu'est-ce que c'est?», «L'angoisse, pourquoi?», «Vivre avec...», «Les proches ont la parole», «La dépression, en savoir plus») sont disponibles pour Fr. 10.- au Secrétariat du GRAAP, ainsi que le rapport d'activités et diverses documentations. La soussignée reste à votre disposition pour toute collaboration souhaitée.

Madeleine Pont

Secrétariat: Madeleine Pont, assistante sociale, 45, avenue Ruchonnet, 1003 Lausanne, tél. 021/20 00 92, le matin; Patrice Leroux, président, 1003 Lausanne, tél. 021/23 51 39.

Au Grain de Sel, 13, route Alois-Fauquez, 1018 Lausanne, tél. 021/36 95 98, bus n° 3 ou 8.

Horaire: lundi, 9 h. à 20 h.; mardi et mercredi, 9 h. à 23 h.; jeudi, fermé; vendredi, 9 h. à 20 h.; samedi et dimanche, 14 h. à 20 h.

Assemblée générale du 6 mai 1993

Nouveaux membres titulaires

M^{mes} et MM. Mohand Allak,
Marc-André Althaus,
Luce Altweg-Denoréaz,
Yolanda Baez-Mendieta,
Jacques Baudat,
Ferdinand Beffa,
Dominique Beuret,
Guido Bondolfi,
Pierre Cagli,
Juan Chamero,
Suzanne Chapallaz,
Jean-Jacques Cheseaux,
Roger Darioli,
Stéphane Olivier David,
Gian Dorta,
Françoise Dubois-Arber,
Hassen El-Achachi,
Martha Emery,
Claire-Lise Fawer,
Patrick Francioli,
Serge Gabellon,
Rolf-Christian Gaillard,
Christiane Garin,
Brigitte Gasser,
Ulrich Gasser,
Willy Gilgien,
Jean-Philippe Guinard,
Jean-Michel Hostettler,
Robert-Charles Janzer,
Xavier Jeanrenaud,
Hans Knecht,
Raoul Koegel,

Anne-Marie Kurt,
Pierre-André Lauener,
Isabelle de Lorme,
Olivier Louis,
Sheila Lustenberger,
Marino Marini,
Andreas Meyer,
Blaise Julien Meyrat,
Martine Monnat-Diserens,
Andrea Mueller,
Jean-Marie Offner,
Francis Perruchoud,
Bertrand Piguët,
Ralf Polikar,
Angelo de Quattro,
Gian-Paolo Ravelli,
Katharina Roth,
Thérèse Rougemont,
Patrick Rueff,
Michèle Saiah,
Brigitte Santos-Eggimann,
Marc Schapira,
Jürg Schlaepfer,
Myriam Schluep,
Dominique Schmid,
Daniel Schorderet,
Jacques Stalder,
Vladimir Velebit,
François Vuille,
Gérard Wagner,
Martin Weyeneth,
Jean-Daniel Zbinden.

Membres associés

M^{me} et MM. Guy Evéquoz,
José-Manuel Garcia,
Renata Maria Raaflaub-Gmür,

Martin Rickenbach,
Marc Subilia.

GMO et GIV

Les comités des Groupements de pédiatres, omnipraticiens et internistes vaudois se sont réunis le 22 avril dernier. Dans le contexte d'une revalorisation de la médecine de premier recours par rapport à une médecine technique et superspécialisée et dans l'idée de défendre d'éventuels intérêts communs, le but fixé était de voir s'il existait des aspects identiques à notre activité de médecins de première intention, qui représentons plus de la moitié des médecins de la SVM.

Sans évoquer la spécificité de l'activité médicale de chaque groupement, cette réunion a confirmé les nombreux intérêts communs à ces différents praticiens, qui sont tous, entre autres, des médecins de première intention, en contact direct avec leurs patients, soucieux d'exercer une médecine de qualité et économique, qui

est grandement facilitée par une bonne connaissance de l'environnement familial et psychosocial du patient.

Les préoccupations communes qui ont été abordées ont porté sur plusieurs sujets:

- Le rôle du médecin lui-même, sa disponibilité y compris en dehors des heures ouvrables, la nécessité de prendre en compte le temps dans la consultation, la prise en charge économique de cette médecine de premier recours par rapport à une prise en charge hospitalière ou spécialisée, la nécessité pour ce médecin de gérer des polyopathologies et d'en faire la synthèse.
- Les relations du médecin de première intention avec ses confrères spécialisés, les EMS, les CMS, les différents centres médico-chirurgicaux, les hôpitaux, en particulier pour une meilleure coordination

entre hôpitaux et médecine ambulatoire.

- Enfin, ont été abordées des questions touchant à la formation professionnelle, à l'enseignement aux étudiants de cette médecine de premier recours, et à la politique professionnelle, en particulier nos relations avec la SVM, la FMH et nos partenaires sociaux.

Ces différents sujets communs, qui n'ont pu être qu'esquissés, ont semblé suffisamment importants et mobilisateurs aux membres présents pour justifier la poursuite régulière de réunions communes.

D^r A. Senff

*Président du Groupement
des internistes vaudois*

D^r J.-B. Drapel

*Président du Groupement des
pédiatres*

D^r J.-P. Pavillon

*Président du Groupement des
omnipraticiens*

Assemblée générale du 6 mai 1993

Sous la présidence du D^r P. W. Loup, l'assemblée générale s'est déroulée en présence de 270 membres et futurs membres.

- **Accession à l'honorariat:** 11 membres sont devenus membres honoraires. Il s'agit de M^{mes} et MM. François Aguet, Madeleine Cuendet, Pierre Delacoste, Albert Dentan, Charles-Albert Mahaim, Jean-Maurice Paschoud, Erica Schweizer, Daniel Tappy, Georges Thilo, Albert Vollenweider et Claude Wild.
- **Votation sur l'admission du D^r C. Baraschi, Villars:** ayant vu sa demande d'admission être refusée à deux reprises, ce médecin en a appelé à l'assemblée générale afin qu'elle se prononce par un vote conformément à l'art. 6, al. 5 des statuts. Après avoir entendu, d'une part, le président du Conseil de discipline et, d'autre part, le D^r Baraschi, l'assemblée générale se prononça au bulletin secret. Son admission fut rejetée par 120 voix sur 185 bulletins rentrés (39 oui, 26 blancs).
- **Elections statutaires:** Le D^r Pierre Vallon a été élu à la présidence de la SVM en remplacement du D^r P. W. Loup, président sortant. Le D^r Didier Morin a été élu comme membre du comité. En remplacement du D^r J. Diserens, le D^r Alain Rivier a été élu à la présidence du Conseil de discipline. En remplacement des D^{rs} J. Dise-

rens, P. Martinelli, C. Willa, les D^{rs} Pierre-Yves Chamot, Gilles Lorenz, Jacques Perrin ont été élus au Conseil de discipline.

Les D^{rs} Jean-Philippe Mobs et Michel Badan ont été élus à la Commission des affaires professionnelles (CPAP).

Le D^r Pierre William Loup est élu délégué à la Chambre médicale suisse en remplacement du D^r P. Vallon qui prend le siège revenant de droit au président de la SVM.

Le D^r Patrick Olivier Rosselet est élu délégué suppléant à la Chambre médicale suisse.

- **Critères d'admission au sein de la SVM:** le comité a proposé à l'assemblée générale de relever les exigences minimales de formation postgraduée pour être membre ordinaire de la SVM. A une quasi-unanimité, moins deux oppositions et six abstentions, l'assemblée accepte les nouvelles conditions, à savoir *trois années effectuées dans un établissement reconnu par la FMH*. La modification est entrée en vigueur immédiatement.
- **Rapport de la Commission des cartels**

Le président présente M^e U. Nordmann-Zimmermann qui fait partie de la Commission des cartels.

La susmentionnée débute sa conférence par un exposé économique sur la notion de marché cartellaire. Pour endiguer les coûts croissants de la santé, la commission a décidé d'intervenir au niveau de la liberté d'accès au marché et du traitement médical à appliquer. Mettant en cause les conventions tarifaires, elle entend stimuler la concurrence permettant aux caisses maladie de signer librement des contrats avec les médecins de leur choix. Par ce biais, la commission espère libéraliser les tarifs des médecins obligés de s'en tenir à la norme pour être agréés par les caisses maladie. Le système du tiers payant devra permettre, par ailleurs, une sensibilisation du patient face au coût du traitement. Ces propositions n'englobent pas les secteurs hospitaliers et pharmaceutiques qui sont du ressort public.

M. Loup remercie M^e Nordmann d'être venue prendre la parole devant le corps médical. Il s'étonne que la Commission des cartels n'ait pas jugé utile d'entamer des dis-

cussions avec les sociétés cantonales, avant de prendre ses résolutions. Cette attitude va à l'encontre d'un dialogue constructif.

M^{me} Nordmann répondit qu'il s'agissait purement d'une question de temps, la commission souhaitant faire paraître ce rapport avant la révision de la LAM. Le président tient à rappeler que la Convention a essentiellement été créée dans le but de protéger les patients démunis. Après avoir répondu à des questions suscitées par son exposé, M^e Nordmann remercie la SVM de son accueil malgré l'ambiance houleuse qui a prévalu tout au long de son exposé.

URGENT: À REMETTRE CABINET MÉDICAL

de médecine générale (petite ville de La Côte).

Très bien équipé, locaux spacieux et modernes, clientèle importante.

Ecrire sous chiffre **CM-693-JP** aux Editions de la Tour SA, case postale 880, 1001 Lausanne.

Calendrier médical vaudois

Période du 28 juin
au 20 juillet 1993
N° 6/93

MARDI 29 JUIN

12 h.: Colloque de l'Hôpital de Nyon. – Salle du Corjon de l'hôpital. – D^r Michel Claeys: «L'asthme bronchique: de la pathologie au traitement.»

12 h. 15: Colloque de la Division d'immunologie et d'allergie. – Salle de séminaires n° 2, niveau 8, CHUV. – D^r Y. Chvatchko: «Réponse des lymphocytes T murins au super-antigène M1s-1a.»

15 h. 30: Séminaire de la Division d'endocrinologie et du métabolisme. – Salle de colloques, BH19, CHUV. – D^r Luc Tappy: «Les interactions entre les acides aminés et le métabolisme des hydrates de carbone.»

MERCREDI 30 JUIN

17 h. 15: Colloque ORL. – CHUV, dans le cadre des colloques du Département des services de chirurgie. – Auditoire 2 Tissot, NH8. – D^r E. Brossard: «Apport de la panendoscopie en oncologie ORL et broncho-œsophagienne.»

17 h. 30: Colloque du Service de radio-

diagnostique. – Auditoire 3 Olivier, niveau 8, CHUV. – Professeur C. Flower (Cambridge): «Pulmonary eosinophilia.»

JEUDI 1^{ER} JUILLET

8 h.-9 h.: Colloque de l'Hôpital de Morges. – Auditoire de l'ESIM. – Professeur B. Ruedi: «L'impuissance.»

9 h. 45-10 h. 45: Colloque de la Polyclinique médicale universitaire. – Auditoire de la PMU, César-Roux 19. – D^r B. Mosimann: «Neuropeptides et pathologies pulmonaires.» D^r C. Francillon: «Quelques nouveaux aspects sur le rhume des foins.»

12 h. 30: Colloque du Département de médecine interne et de la Polyclinique médicale. – Salle de séminaires 6 (BDFM), CHUV. – Colloque de littérature: «Stéroïdes en inhalation dans la BPCO. / Pneumonie radique: une pneumonie par hypersensibilité? / Méningite TBC et hypopituitarisme.»

14 h. 15-17 h. 45: Séminaire de la Division d'hypertension du CHUV. – Salle de l'Ancien Pressoir, château de Coppet. –

«Risques nyctéméraux des complications cardio-vasculaires» et «Conséquences pratiques.»

VENDREDI 2 JUILLET

12 h. 15: Séminaire de l'Institut de pharmacologie et de toxicologie. – Salle de conférences, entrée C3, Bugnon 27, Université de Lausanne. – D^r G. C. Weir (Boston): «The fate of transplanted islets.»

JEUDI 19 AOÛT

12 h.-13 h.: Colloque de pneumologie du Département de médecine interne et de la Polyclinique médicale. – Salle de séminaires 2, CHUV. – Professeur S. Ahlstedt (Suède): «Monitoring of asthma», colloque commun avec la Division d'immuno-allergologie.

Nous vous prions de nous faire parvenir vos annonces de colloques pour la période du 23 août au 24 septembre 1993 avant le lundi 9 août 1993. Merci.



**AMBULANCES
ALPHA SA**
Lausanne
021/36 71 71

**URGENCES
TRANSPORTS**

Rapatriements Suisse et étranger

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

Devis gratuit

Location d'oxygène

24 heures sur 24

RECONNUE
PAR LA F.M.H

**ECOLE
M&NERVA**
ECOLE D'ASSISTANTES MEDICALES
FONDÉE EN 1949



Membre de la
Fédération
Européenne
Des Ecoles

COURS

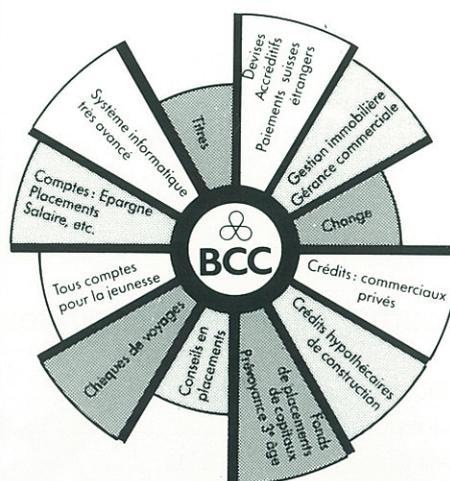
**D'ASSISTANTES MÉDICALES
D'AIDES VÉTÉRINAIRES
DE SECRÉTAIRES MÉDICALES**

Renseignements et documentation:

Tél. (021) 312 24 61

Petit-Chêne 22 - 1003 Lausanne

les services BCC



1003 Lausanne

Rue Saint-Laurent 21

20 65 41

1800 Vevey

Av. du Gén.-Guisan 15

921 41 41

1400 Yverdon

Rue du Lac 35

(024) 21 51 88

BCC GZB

Banque Centrale Coopérative Société Anonyme



Votre agence BMW

JAN-AUTOS SA

Petit Rocher 6, 1004 Lausanne

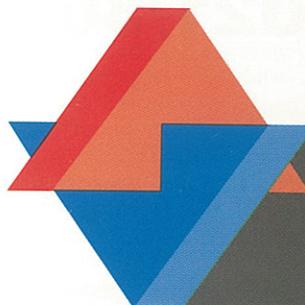
Tél. 021-25.56.43

La plus belle vitrine au centre ville!

Toute la gamme BMW, du nouveau coupé Série 3 à la fabuleuse 850 i en passant par la nouvelle et dynamique Série 5 Touring

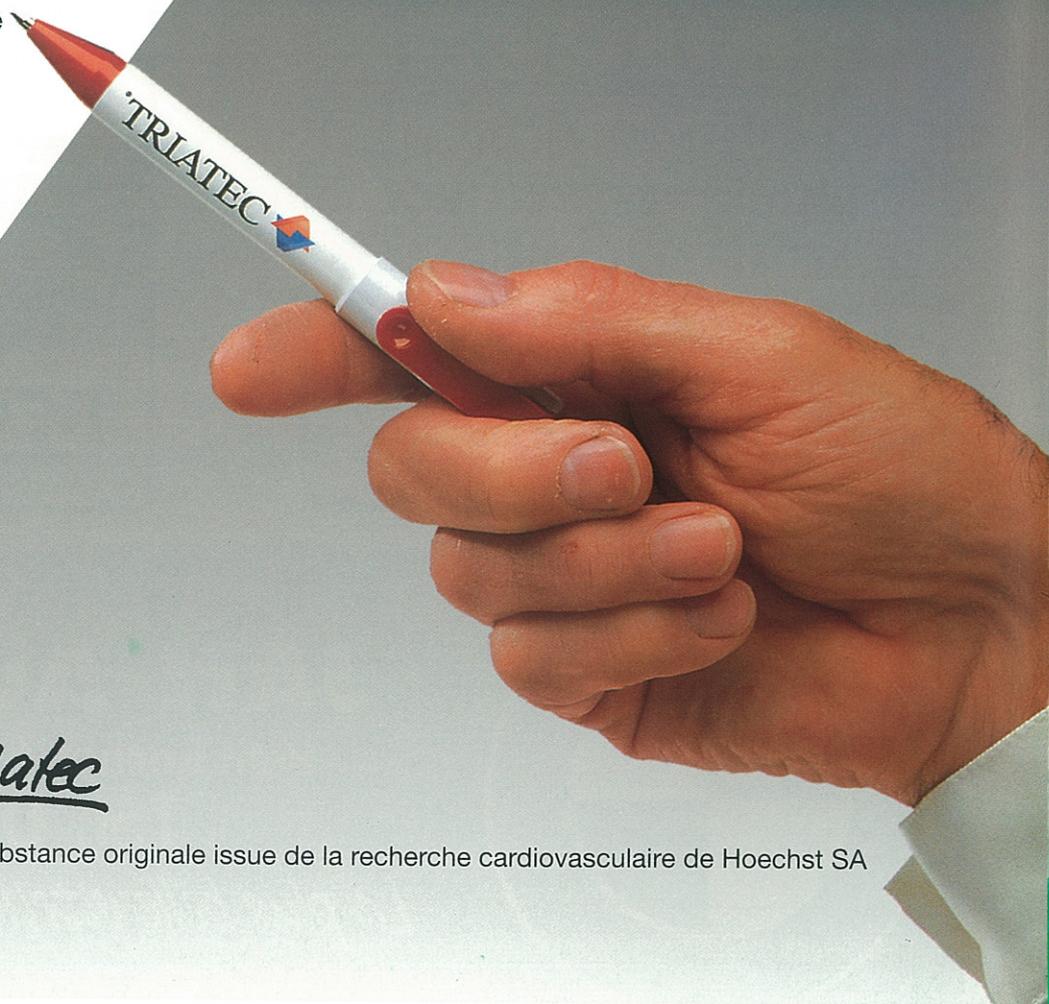
Hypertension

Ramipril
® **TRIAATEC**
Inhibiteur de l'enzyme de conversion à
spécificité tissulaire



Triatec® – documentation sur demande:

- concernant l'efficacité clinique ainsi que que les effets qui complètent l'action antihypertensive et qui portent sur les organes menacés (**cœur, vaisseaux, reins**)
- à propos des résultats de recherches soulignant l'importance de **la bradykinine** sur le plan cardiovasculaire



Rp.

Triatec

Une substance originale issue de la recherche cardiovasculaire de Hoechst SA