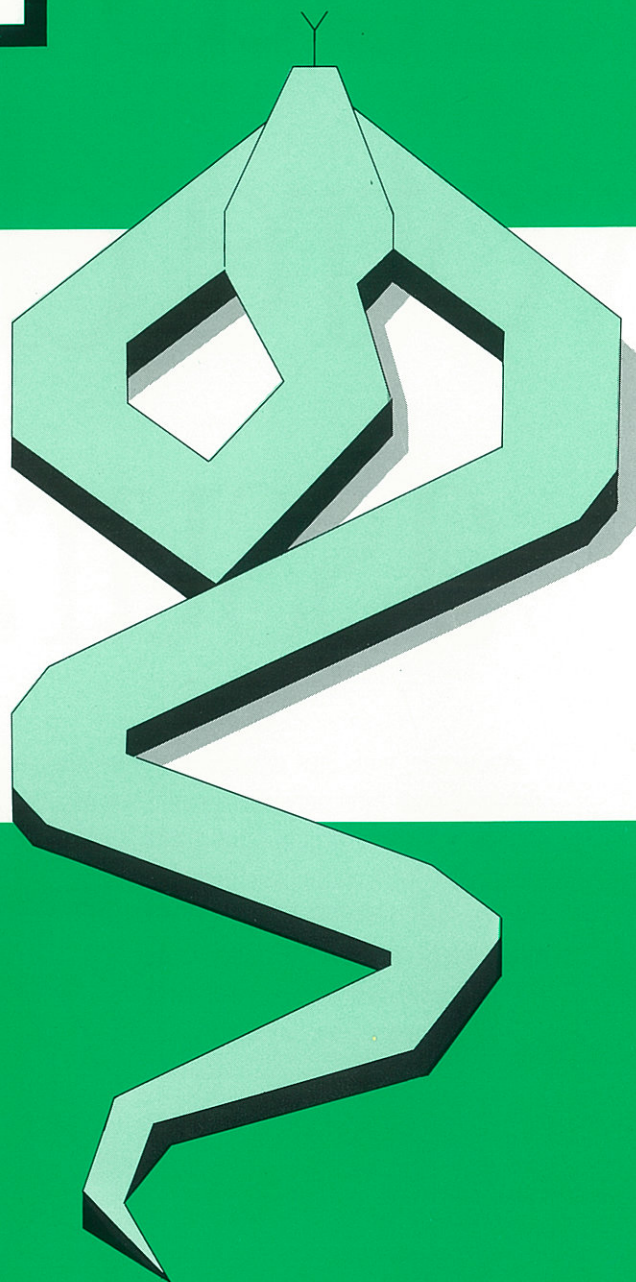


**COURRIER**  
**DU M** **ÉDECIN**  
**VAUDOIS**

numéro 6

juin - 94

ORGANE  
DE LA SOCIÉTÉ  
VAUDOISE  
DE MÉDECINE



**DIEU  
ET LES MÉDECINS**

**ÉCONOMICITÉ DE TRAITEMENT**

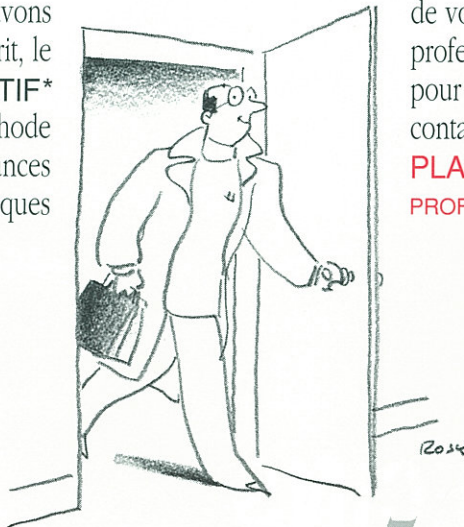


# Et si nous faisons votre check-up assurances?

Avouez-le: vous êtes réputé pour votre diagnostic médical, mais bien perplexe quant à vos assurances personnelles. C'est pourquoi nous avons créé, pour votre tranquillité d'esprit, le **PLAN DE SÉCURITÉ ÉVOLUTIF\*** PROFESSIONS DE SANTÉ. Une méthode d'évaluation de vos assurances personnelles, de vos risques

et de votre prévoyance, adaptée à votre profession. Un véritable plan général de votre épargne et

de vos placements financiers. Votre vie professionnelle vous laisse peu de temps pour faire votre propre check-up. Prenez contact avec nous pour établir votre **PLAN DE SÉCURITÉ ÉVOLUTIF\*** PROFESSIONS DE SANTÉ.



Direction générale - 16, av. Eugène-Pittard - 1211 Genève 25 - Tél. 022 / 704 24 24



**Genevoise**  
ASSURANCES



# Editorial

## Dieu et les médecins

*Où les médecins et Dieu... Dans ce numéro du Courrier du Médecin vaudois, nous avons souhaité nous arrêter un instant et poser quelques questions avec un peu de recul sur nos pratiques quotidiennes. Quel est le sens que nous voulons donner à notre pratique médicale? Des bonnes paroles au scanner, nous jouons au jour le jour avec une identité multiple: sommes-nous toujours bien conscients de nos limites? de nos valeurs? de nos croyances?*

*Dans les faits nous nous heurtons tous les jours à la question du sens: sens de la maladie, de la mort, de la rencontre thérapeutique, de la guérison. Il nous a semblé utile de confronter quelques points de vue, de théologie en médecine, autour du sacré et du profane dans l'approche des patients.*

*Deux articles mettront en perspective de façon complémentaire depuis les origines les rapports entre Dieu et les médecins, l'un sur la sacralisation de la médecine et l'éthique médicale depuis Hippocrate, l'autre sur la profanation de la médecine, du chaman à l'approche scientifique.*

*Deux articles nous feront ensuite côtoyer les patients au niveau existentiel: l'un nous rappellera que le christianisme offre une base commune aux médecins et aux malades pour interroger le sens spirituel de la maladie, l'autre nous montrera que la rencontre du médecin, du patient et de la question du sens se fait bien souvent à l'occasion de la mort.*

*Les migrations nous font rencontrer d'autres formes de croyances que les nôtres: la science des religions permet-elle de vaincre cette difficulté dans la rencontre avec l'autre?*

*Et le psychiatre-psychothérapeute, n'est-ce pas lui qui a pris le relais laïc de la charge pastorale? N'est-ce pas à lui, à la suite de Freud, de montrer que toutes ces questions religieuses sont des archaïsmes à dépasser rapidement par la raison scientifique? Ou au contraire n'est-ce pas à lui à réhabiliter la place de la parole et du sens, à l'interface du sacré et du profane, par l'interprétation?*

*A l'heure où nous sommes tant interpellés au niveau des coûts de nos pratiques, n'est-il pas fondamentalement important de rappeler que la relation d'aide et le soin font partie des valeurs tout à fait centrales de la civilisation?*

*Puisse la lecture du présent numéro contribuer à nous aider à définir le sens de nos pratiques médicales dans un esprit d'ouverture à l'altérité, chacun selon notre équation personnelle.*

Dr Jacques Besson

### Dieu et Mammon:

**Le CMV est malheureusement dans les chiffres rouges!**

Afin de tenter de rééquilibrer la situation financière, nous sommes dans l'obligation d'annuler la parution du numéro 7 d'août 1994.

Nous comptons sur la compréhension de nos lecteurs.

Le calendrier médical de la période du 22.8 au 23.9 vous parviendra par le biais d'une circulaire.

# Sommaire

1

Editorial  
Dieu et les médecins

3

Dossier  
La sacralisation  
de la médecine

Profanation  
de la médecine

Les médecins et la mort

Des médecins et des  
malades, théologiens?

Science des religions

Le sens et la parole

17

Opinions

18

Courrier

19

Nouvelles du comité  
Non au référendum

Economicité  
du traitement

23

Communiqués

24

Calendrier médical  
vaudois



## **CENTRE MÉDICAL DE VIDY**

Route de Chavannes 11 – 1007 Lausanne – Tél. 021/622 88 88  
Parking à disposition au Centre Vidy-Med (à 100 m du giratoire de la Maladière)

Prise en charge pluridisciplinaire par le biais d'un réseau médical et paramédical avec des médecins investis dans leur outil de travail et concernés dans la gestion de celui-ci.

### **VIDY UP**

**Prise en charge personnalisée**  
par des médecins généralistes et spécialistes FMH  
installés sur place

**Centre d'urgences médico-chirurgicales**  
ouvert de 7 à 23 heures la semaine  
et de 9 à 23 heures le week-end et jours fériés

### **VIDY FIT**

**Service de physio-kinésithérapie**  
équipé spécialement pour assumer les cas aigus

**Centre de rééducation fonctionnelle et isocinétique**  
Programme de réhabilitation active post-traumatique  
postopératoire, rééducation des lombalgies,  
prise en charge des obèses, etc.

**Unité de médecine du sport**  
ouvert de 7 à 20 heures la semaine  
et de 9 à 13 heures le samedi

### **VIDY ORTHO**

Toute l'orthopédie technique sur mesure  
et préfabriquée

**Supports plantaires**  
Prothèse, orthèse, corset

**Spécialiste en bas varices**  
Location cannes anglaises, chaise roulante, etc.  
Vente de matériel médico-sanitaire



# Dossier

## La sacralisation de la médecine dans le monde désenchanté de la technique

De tout temps, la médecine a entretenu des rapports ambigus avec la religion et avec le sacré. Le serment d'Hippocrate (460-377 env. av. J.-C.), constamment remanié par la tradition hippocratique, ne contient pas que des règles pratiques, touchant la pharmacopée, l'euthanasie et l'avortement; il assimile le secret médical à une « chose sacrée » et place l'ensemble de l'art médical sous l'invocation des dieux de son époque (« Je jure, par Apollon médecin, par Esculape, par Hygie et Panacée, par tous les dieux et toutes les déesses... »)<sup>1</sup>.

Cette sacralisation de la médecine visait à souligner le rôle cardinal du médecin et sa responsabilité foncière dans le colloque médical avec le patient. Elle n'avait pas pour but et pour fonction de soumettre la pratique médicale à une thérapeutique sacrée ou spirituelle. Dans les écrits médicaux du Corpus hippocratique, la tendance est nettement perceptible, qui refuse toute explication des maladies par le sacré et s'efforce de reconstruire l'étiologie spécifique de chacune d'entre elles. L'exemple peut-être le plus frappant est celui de l'épilepsie, cette « maladie sacrée » comme on voulait la nommer, mais ramenée à ses seules causalités neurophysiologiques, contre toute explication démonologique<sup>2</sup>.

La genèse fulgurante de la médecine moderne, avec ses déploiements successifs (méthode expérimentale, naissance de la clinique, antibiotiques, miniaturisation et informatisation, procréation artificielle, génie génétique) a fait éclater les cadres traditionnels de l'art médical. La médecine est devenue une science à prédominance naturaliste. Le corps humain a été subdivisé en une multiplicité d'organes et de mécanismes chimiques, physiologiques ou autres. Ce fractionnement toujours plus subtil fait perdre de vue la globalité

du corps, ses équilibres systémiques et surtout sa relation au sujet. L'appel à des médecines parallèles ou alternatives est symptomatique de malaise. Dans beaucoup de modèles ou de thérapies à caractère holistique, on peut d'ailleurs noter une forte aspiration à une réconciliation de l'art médical et de la spiritualité; comme si la critique postmoderne de la médecine scientifique visait à établir de manière beaucoup plus vaste une « nouvelle alliance » (Isabelle Stengers-Ilya Prigogine) entre le savoir, le savoir-faire et le savoir-être.

### La contribution du judaïsme et du christianisme

Dans les écrits bibliques, le phénomène humain de la maladie joue un rôle tout à fait important. L'intérêt central n'y est pas d'ordre médical ou étiologique, mais spirituel et personnel. Dans la maladie, quelle qu'elle soit, se dit en effet quelque chose d'essentiel sur le sens de l'existence humaine. Les Psaumes, en particulier, insistent sur la pleine humanité des malades et sur l'enjeu existentiel de leur situation<sup>3</sup>. La plainte individuelle, comme dans le livre de Job, exprime l'infinie douleur, le profond sentiment d'abandon et le désarroi du malade.

Le réalisme biblique dépeint la situation du malade sans rien cacher de sa détresse. Dès lors, l'émergence possible de la mort, au cœur de toute maladie, fait l'objet d'une énonciation explicite. Il n'est pas question, dans une telle optique, de dissimuler la mortalité humaine, ni comme possibilité fondamentale, ni comme éventualité concrète. C'est dans cet entre-deux de la maladie et de la mort que se dit la question du sens de l'existence, que se profile l'horizon d'une vie signifiante et renouvelée.

Cette spiritualisation de la maladie n'a donc rien à voir avec une occultation du mal et de la mort. Mais elle ne fait pas non plus l'impasse sur le rapport difficile de l'homme souffrant à Dieu. Dans le Psaume 38, la problématique de la faute vient subtilement se greffer sur celle de la maladie. S'adressant à Dieu sur le mode de la prière, le psalmiste ne se contente pas de s'interroger sur le sens de sa maladie et de demander la guérison. Il va jusqu'à reconnaître l'existence d'un lien entre sa maladie et ses fautes.

Cette association heurte profondément notre sensibilité moderne. Nous faisons tout ce qui en notre pouvoir pour dissocier la maladie et la faute, de peur de déchaîner des mécanismes de culpabilisation et de discrimination. On sait l'importance de telles précautions face à une « maladie » comme le sida, porteuse de tous les malentendus et de toutes les intolérances<sup>4</sup>.

L'extraordinaire, c'est que le texte biblique ne tombe pas dans le piège des équations discriminatoires. Tout au contraire: en faisant appel à Dieu pour lui confesser ses fautes, le psalmiste demande protection contre ses ennemis. Aussi vrai que sa maladie l'isole socialement, sa faute, elle, apparaît comme un obstacle réel entre Dieu et lui.

<sup>1</sup> Cf. Hippocrate, *De l'Art médical*, Paris, Librairie Générale Française, 1994, pp. 82-83.

<sup>2</sup> « De la maladie sacrée », in *op. cit.*, pp. 125-142.

<sup>3</sup> Cf. Robert Martin-Achard, *Approche des Psaumes*, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1969.

<sup>4</sup> Cf. D. Müller, *Les lieux de l'action, éthique et religion dans une société pluraliste*, Genève, Labor et Fides, 1992, pp. 143-159 (« Les enjeux éthiques du sida »).



Il ne saurait donc être question d'utiliser pareils textes pour montrer du doigt les malades au nom d'une quelconque causalité morale. Il s'agit de bien autre chose: dans l'intériorité de son rapport à soi et à Dieu, voici un malade singulier qui, en je, s'interroge sur sa faute au lieu de rejeter sa détresse sur la faute des autres ou de Dieu. C'est du rétablissement de sa relation avec Dieu que dépend sa guérison, sa guérison sociale (le réconciliant avec ses ennemis) bien plus encore que sa guérison physique.

La maladie nous apparaît dans la Bible comme une occasion de changement et de réconciliation. Jésus lui-même n'est pas à comprendre comme un thérapeute professionnel, visant à réduire à tout prix le nombre des malades et des maladies. Il n'est pas un guérisseur comme les autres, obsédé par son taux de réussite et par les statistiques ambiguës de la santé publique. Quand il guérit, c'est pour dresser des signes, afin que les oreilles et les yeux des malades s'ouvrent sur le sens ultime de leur existence. Mais cette activité de guérisseur est une menace pour Jésus: elle signale le conflit engagé avec les pouvoirs religieux, garants d'un sabbat sans concession et d'une Loi sans dérogation. Jésus ouvre l'existence des gens qu'il guérit, mais il leur ordonne de ne pas en parler (Marc 7:36) ou de ne pas renouer avec son entourage (Marc 8:26).

L'attitude de Jésus envers un enfant probablement épileptique (Marc 9:14-29) est tout sauf médicale. Il ne se demande pas, comme le Corpus hippocratique, quelle est l'origine neurophysiologique de cette maladie. Il n'hésite pas une seconde à voir en elle l'effet d'un esprit impur. Jésus semble bel et bien participer ici d'une mentalité «préhippocratique». Loin de démythologiser la maladie sacrée, il en ratifie l'étiologie religieuse. Retour en arrière? Mentalité archaïque, que ni la culture hippocratique ancienne, ni la culture médicale moderne, ne nous permettent de suivre? Sans doute, si l'on se place du point de vue strictement médical et scientifique. Mais le texte nous dit bien autre chose. L'accent n'est pas sur l'enfant malade, mais sur son entourage. Le point décisif concerne la foi du père, non la possession de l'enfant. Dans le Psaume 38, on avait affaire à la prière d'un malade à son Dieu. Ici, le vrai malade, c'est le père, écartelé entre sa croyance aux esprits impurs et sa foi en Dieu. Jésus chasse le démon, non pas afin de sacraliser l'épilepsie, mais afin de désacraliser nos peurs et de faire place à la foi. Pour renaitre à

la santé, l'enfant doit passer par une seconde mort (Marc 2:26: «L'enfant devint comme mort»); le travail de deuil de son corps renvoie au travail de deuil de son père. Jésus le prend par la main, le redonnant à la foi de son père. La guérison d'une maladie sacrée signifie ici le redéploiement d'un espace familial marqué du sceau nouveau de la confiance.

Comment, dans un tel récit, ne pas voir la trace prémonitoire d'une thérapie de famille, plutôt que la fuite en avant dans une théorie nosographique?

#### L'éthique séculière, remède à la sacralisation de la médecine?

Ce rapide survol de la tradition juive et chrétienne ne permet pas de trancher la question très controversée des relations entre la médecine hippocratique et la christianisation occidentale de la médecine. Tout au plus aura-t-on pu saisir à quel point le regard sur l'homme s'est fait plus délibérément existentiel et théocentrique dans la culture judéo-chrétienne. Il en résulte, positivement, une approche plus globale de l'être humain, dont la maladie n'est qu'un symptôme, certes décisif, par rapport à une dynamique plus large. Le christianisme, en principe, n'avait rien de quoi banaliser la maladie, ou de la spiritualiser au mauvais sens du terme. Le fait est pourtant que différentes formes de piété chrétienne, centrées sur la mort du Christ en croix, en sont venues à désincarner l'homme malade, soit en utilisant sa maladie comme levier de sa conversion, soit en la renvoyant à une faute morale ou religieuse censée expliquer de l'extérieur son ordre de causalité.

La médecine moderne est née, en partie, de la protestation légitime contre cette confusion de l'art médical et de la thérapie. Mais, du même coup, elle s'est jetée, souvent à son insu, dans une autosacralisation de substitution. N'ayant pas réglé ses comptes avec les sources religieuses de la médecine antique, ni avec les débordements du christianisme établi, elle s'est infiltrée dans la brèche qui s'ouvrait devant elle.

Cette brèche était aussi celle de la modernité tout entière, du moins si on la comprend avant tout, à la suite de Max Weber, comme une entreprise de rationalisation et, avec l'École de Francfort, comme le déploiement univoque et irrésistible de la rationalité instrumentale. La médecine moderne s'est alignée sur cette idée d'une croissance linéaire du progrès scientifique, sans voir que, dans cette course en avant, elle croyait combler une faille fondamentalement béante. Au lieu

d'accepter l'incertitude liée à la condition humaine et donc aussi l'incertitude médicale elle-même, face à la mortalité même, la médecine a pu être tentée de colmater son insécurité par une multiplication infinie des technologies.

Le développement fulgurant des biotechnologies est un indice très fort de cette stratégie d'occultation. Il en va de même de l'essor de l'expérimentation sur l'être humain: cette pratique s'est à tel point banalisée que le contrôle des commissions d'éthique fait l'effet d'un emplâtre sur une jambe de bois. C'est à se demander si ces commissions ne vont pas se transformer elles-mêmes en un simple placebo! Le danger existe bel et bien que cette extension infinie de la médecine expérimentale occulte toute différence entre la visée thérapeutique de la médecine et la visée scientifique de la recherche.

Beaucoup pensent que l'éthique sert ici de contrepoids à cette sacralisation rampante de la médecine. Mais il faut être conscient du glissement qui s'est opéré récemment, faisant en quelque sorte de l'éthique, supposée universelle et univoque, le substitut de la religion. Une sacralisation implicite de l'éthique pourrait n'être que l'autre face de la sacralisation croissante de la médecine et de la science.

Pour échapper à ce danger, il est important de reconnaître la pluralité des modèles éthiques en présence, et d'entrer franchement dans l'ère d'une éthique de la discussion des valeurs, du dialogue interculturel et du conflit des interprétations. L'éthique n'est pas plus une que la médecine, que la science ou que la religion. C'est pourquoi il est urgent de faire place à une discussion publique des problèmes actuels de la médecine et de la science. Dans ce débat, les différentes conceptions philosophiques, religieuses et éthiques devront être entendues. Ma conviction profonde, c'est que nous n'échapperons pas aux effets pervers de la sacralisation de la médecine en faisant recours à une éthique minimaliste, soi-disant neutre et séculière, qui ne serait que le revers de la sacralisation refusée. Nous devons bien plutôt accepter le risque du dialogue entre les sciences, les médecines, les théologies et les éthiques: à la sacralisation des unes et des autres, il nous faudra substituer la conscience respective de leurs limites, et d'une transcendance possible affleurant au cœur de notre commune finitude, comme trace de sens, d'altérité et de non calculable.

*Denis Müller, professeur d'éthique,  
Faculté de théologie  
de l'Université de Lausanne*



# Profanation de la médecine

*Dieu a créé le microcosme pour qu'il manifeste tous les mystères de la nature, afin que devienne visible ce qui est invisible.*

(Paracelse, XII, 59)

Un beau matin, vous êtes hospitalisé en urgence pour une coronaire bouchée. On vous la dilate un bon coup, on vous installe dans une belle chambre avec vue sur le lac, on vous soigne avec compétence et efficacité pendant deux semaines. Vous appréciez la diligence de vos soignants. C'est d'ailleurs la première fois que vous expérimentez la condition de malade hospitalisé. Comme les autres patients, vous voilà d'un côté rassuré, et même fort reconnaissant d'être encore en vie, mais d'un autre côté, contrit, vaguement inquiet devant l'imposante machinerie hospitalière, avec sa technologie futuriste et son fonctionnalisme sans âme. Que de compétence, certes, mais que de froideur! L'une de ces données serait-elle par hasard la condition obligée de l'autre? Et vous revivez, une fois de plus, cette attente exaspérante dans un couloir borgne, pendant plus d'une heure, aux côtés d'un autre coronarien tout aussi énervé que vous, sans que personne ne daigne vous donner la moindre explication - cela juste avant un «petit scanner» ou une «ergométrie de routine». Ensuite, maints spécialistes défilent à votre chevet. Dans le tas, vous ne savez plus comment repérer votre véritable médecin-soignant. Et comme nombre de vos patients, vous voilà à votre tour séparé, clivé, morcelé, vous voilà mosaïque éclatée (autre façon de décrire le «syndrome de compensation»). Vous vous dites dans votre barbe: «Tout ça fonctionne, mais il y manque quelque chose.» Bon, mais quoi? Et vous vous prenez à réfléchir sur votre condition de médecin et de malade en même temps.

Vous vous dites qu'en se spécialisant, la médecine a donné le jour à une approche de plus en plus compartimentée de la santé, et qu'un des effets pervers de cette fragmentation est que le malade se voit sans cesse renvoyé d'un spécialiste à l'autre. Chacun de ces spécialistes fait preuve de hautes compétences techniques, mais devient oublieux de l'intégrité du malade, songeant trop rarement à relier les diverses interventions entre elles, à rejoindre le patient au lieu de s'en distancer, ou au moins à l'aider à saisir le sens de ce qui lui advient, la

cohérence du kaléidoscope thérapeutique dont il est le point de mire. Et vous êtes bien perplexe à l'idée que le malade, fragilisé par ce morcellement de son identité, accusant des signes de détresse, va être bientôt, par le même processus logique, adressé à un spécialiste de plus, le psychiatre, dont la tâche consistera à le rassurer, le rééquilibrer ou le rendre plus «compliant». Comment? A coups de benzodiazépines? En essayant de reconstruire par le dialogue thérapeutique la signification des multiples interventions dont il est l'objet? En situant l'ensemble de ces événements dans sa propre trajectoire biographique, dans son histoire personnelle et familiale - lâchons le mot, dans son destin? Il n'y a pas de doute: le psychiatre est devenu (avec l'aumônier qui, lui, l'est resté imperturbablement) l'un des derniers gardiens du sens dans nos hôpitaux james bondiens.

Vous vous souvenez pourtant que, dans les temps anciens, cela ne se passait pas ainsi. Le médecin n'était guère un technicien, ou si peu. Il pratiquait son art tout en restant préoccupé d'humanisme, de philosophie, et même de religion. Il devait apprendre le latin (langue fétiche d'un humanisme à la Montaigne ou à la Rabelais, désormais bannie des études de médecine). Empreint d'une certaine humilité (je ne parle pas des médocastres moqués par Molière, mais des bons médecins de jadis), il s'efforçait de panser correctement le malade, en priant Dieu de faire le reste - pour paraphraser le célèbre aphorisme de Paré.

Alors, vous vous grattez l'occiput, en vous demandant comment la médecine en est venue à se débarrasser de toute préoccupation philosophique ou théologique. Vous vous interrogez sur la nature du processus qui se trouve en amont du phénomène. Vous voilà en pleine cogitation épistémologique, discipline fondamentale qui bat son plein aujourd'hui, et qui désigne non seulement l'art de connaître, mais une attitude de l'esprit, une opération mentale indispensable à n'importe quelle pratique, presque une idéologie, une *Weltanschauung*. En l'occurrence, ici, l'épistémologie de la médecine contemporaine prend ses sources dans la science. Elle revendique même orgueilleusement cette filiation, fait siennes son ambition de rationalité, sa façon objective de décrire le monde et les phénomènes, donc les maux et leurs remèdes.

Jadis, la médecine ne prétendait pas à tant de rationalité et d'objectivité pure. Dès l'Antiquité la plus reculée, elle apparaissait dotée d'un caractère sacré. Sous toutes les latitudes, sa forme la plus primitive était le *chamanisme*<sup>1</sup>, comme l'attestent les textes et les autres traces de l'Histoire. A la fois prêtre et guérisseur, le chaman était le médiateur des forces visibles et invisibles du monde, l'intercesseur précieux entre les morts, les vivants, les forces cosmiques, telluriques, animales, végétales ou minérales. Par l'extase (sorte de transe hypnotique), comme par d'autres pratiques sacrées (ablutions, danses, invocations, fumées, décoctions, cataplasmes, «mort» rituelle, scarifications, sacrifices, implication de l'ensemble du clan dans le processus thérapeutique), le chaman n'en exerçait pas moins son pouvoir avec humilité. Loin de lui l'ambition de tout comprendre et de tout expliquer: il fallait surtout être capable de brasser convenablement le mystère du monde, en restaurant le lien entre tous les phénomènes. En d'autres termes, le chaman était le garant du lien sacramentel de chaque être vivant avec le monde (Eliade M., 1968), du fameux *pattern which connects* dont parle Bateson.

C'est bien entendu Hippocrate (porté par la rationalité des penseurs grecs) qui a inauguré la scission décisive entre la médecine et les pratiques chamaniques. Rejetant la pensée prélogique et animiste de cette médecine «obscurantiste», le maître de Cos a introduit la rigueur de l'observation et la vérification clinique, se fiant exclusivement aux données concrètes, visibles et objectivables. En même temps, l'idée d'établir le lien entre les choses allait céder le pas à l'attitude opposée: pour être à même de comprendre et de soigner correctement, il fallait non seulement évacuer le mystère, mais distinguer les phénomènes observables en les séparant les uns des autres.

<sup>1</sup> Terme d'origine sibérienne, désignant pour tout le nord planétaire un ensemble de pratiques regroupant les tâches sacrées et thérapeutiques du prêtre-guérisseur. On retrouve aujourd'hui une survivance évidente du chamanisme dans nombre de sociétés traditionnelles qui perpétuent ces pratiques médico-magiques, avec des appellations différentes du chaman («nganga», «médecine-man», «witch-doctor», «marabout», etc.).



D'autres grandes étapes de l'Histoire allaient confirmer cette orientation rationnelle de la médecine et sa tendance au clivage analytique: en vrac, les découvertes et le *Zeitgeist* de la Renaissance, le doute méthodique de Descartes (dont la deuxième règle consistait précisément à «diviser les difficultés pour les mieux résoudre»), le scepticisme doublé de la soif encyclopédique du Siècle des Lumières, le positivisme d'Auguste Comte, les vérifications expérimentales de Claude Bernard. La mentalité du médecin changeait: il allait dorénavant se réclamer de la science, abandonnant la philosophie, la magie ou la religion aux penseurs, aux théologiens et aux psychiatres (cette sous-espèce bizarre de médecins, louches et blêmes, gardiens de la folie). Et surtout, plus que jamais, il allait être confirmé dans cette façon si particulière de penser, qui consiste à diviser pour comprendre.

A ce point de votre réflexion, vous récapitulez ce que l'on vous a enseigné dès la première année de médecine: la méthode expérimentale de la science consiste à confronter de façon permanente les résultats de toute expérience à l'hypothèse de départ, ce qui permettra une nouvelle avancée théorique, elle-même confrontée au résultat auquel elle donne naissance. Ajoutez à cela un instrument d'analyse statistique, dont l'objet sera de distinguer les véritables effets du bruit de fond (mécanisme aujourd'hui amplifié par l'informatique), et voilà résumé l'essentiel du raisonnement scientifique. Réjouissez-vous: il vous permettra de pénétrer toujours plus avant dans les profondeurs de mère Nature, d'éliminer les erreurs en passant, et de progresser avec foi vers «le jour radieux où la Vérité sortira nue, de son puits (de science)» (Benveniste J., 1989).

Pour soigner avec efficacité, vous avez appris à séparer le malade de son environnement naturel, à le subdiviser en un esprit et un corps, en appareils et en systèmes, en organes et en tissus, en cellules et en noyaux, en mitochondries et en molécules. Vous êtes devenu un expert en matière de division, vous savez démonter et remonter l'organisme humain comme un jeu de mecano. Grâce à quoi, vous êtes parvenu à guérir la tuberculose, la lèpre et la syphilis, à éradiquer la variole, à augmenter l'espérance de vie, à diminuer la mortalité infantile. Vous avez réussi à isoler la double hélice de l'ADN, les antigènes leucocytaires, la transcriptase inverse des virus. Vous voilà même capable de programmer les naissances différées de jumeaux, en implantant leurs embryons congelés à un intervalle de quelques années, requis par le planning familial et le sacro-saint confort de nos sociétés de

consommation, avec leur fameux slogan de «qualité de vie» dont on vous rebat les oreilles.

Auriez-vous, ce faisant, jeté le bébé avec l'eau de la bassine? Auriez-vous perdu le sens des choses, ce fameux sens qui relie l'*ordo rerum* des Anciens? Auriez-vous ignoré le désir bêtement répandu d'appartenir, de provenir de quelque chose, de quelqu'un? Auriez-vous bafoué le besoin, propre à toute vie, de rester connectée à toutes les instances du monde, visibles et invisibles, de Cassiopée à la couche d'ozone de l'atmosphère, et jusqu'à la chlorophylle qui permet de respirer, en passant par le surfactant pulmonaire et une constellation de quarks? Auriez-vous perdu le sens du sacré, cette «catégorie de la sensibilité» comme le définissait Roger Caillois, ce sens souverain qui permet d'identifier «la force diffuse et indéterminée qui donne à chaque objet son excellence dans sa fonction, qui rend le canot rapide, l'arme meurtrière, l'aliment nourrissant» (1950)? Qu'est donc devenue cette substance fondamentale, ce protoplasme invisible, ce tissu conjonctif impalpable du monde, votre âme? La médecine, en s'inféodant à la science, a fait certes d'immenses progrès. Mais elle a été en même temps profanée, jetée hors de son propre temple.

Mais est-il écrit qu'elle doit rester à jamais assujettie à la science? Ne pourrait-elle pas s'en dégager, sans en perdre les bénéfices pour autant? Se la réappropriant, sans y laisser son âme<sup>2</sup>, en maintenant la tête hors de l'objectivité pure et des statistiques, pour respirer de nouveau l'air du large, retrouver l'élan intuitif et la liberté de mouvement? Cela permettrait peut-être à chaque médecin de refaire un peu de place à cette sensibilité particulière de l'esprit et du cœur, de redevenir cet «homme de l'art» de naguère, de redécouvrir son patient dans son intégrité et sa dignité. Cela vous permettrait, hypocrite lecteur, mon semblable, mon frère, de renouer avec le mystère sacré du monde, celui-là même que votre ancêtre, le chaman, savait si bien «remuer» pour faire venir la pluie ou pour secourir ses malades.

*D<sup>r</sup> Gérard Salem, privat-docent*

<sup>2</sup> Cela est possible en louchant du côté des récents développements de la science, ceux qui précisément redonnent toute sa valeur à l'indéterminisme et au mystère, qui dénoncent le mythe absurde d'un monde quantitativement déterminé, dont la signification sera complètement épuisée un jour. C'est notamment dans la foulée de la physique quantique, de l'astrophysique, de la cybernétique, des méditations inspirées de savants tels que Planck, Bohm et Schrödinger, que l'anthropologue Gregory Bateson, animé d'une vision écosystémique, montre que la science ne prouve rien, et qu'elle ne fait que sonder l'univers (1979).

#### Petite bibliographie

Bateson G., *La Nature et la Pensée*, Seuil, Paris, 1979.

Benveniste J., «La vérité scientifique, faux vrai passeport pour de vraies frontières», in *Traverses* n° 47, pp. 58-67, Ed. Centre G.-Pompidou, Paris, 1989.

Caillois R., *L'Homme et le Sacré*, Gallimard, Paris, 1950.

Eliade M., *Le Chamanisme*, Payot, Paris, 1968.

### Très belle villa à Epalinges

situation très tranquille.

9 pièces dont 1 app. de 3 pièces  
1 app. de 6 pièces

1500 m<sup>2</sup> de terrain arborisé.

Prix à débattre.

**Tél. 784 23 96**

### Infirmière en soins généraux

cherche emploi à temps partiel  
(40-50 %)

**Tél. 021/ 311 73 90**

### CABINET MÉDICAL à Lausanne-Montchoisi

de 7 pièces, environ 133 m<sup>2</sup>, partiellement agencé et aménagé, pas de reprise, pour date à convenir, avec caves, balcon et jardin privé. Loyer Fr. 2350.- + charges. Parc, garage et chambres sur demande. Possibilité ultérieure d'obtenir un logement contigu. Tél. 021/312 33 62. Gérance Jean Bucher, Lausanne.

### Secrétaire médicale/ employée de commerce (CFC)

*Stable, dynamique, discrète, cherche activité à plein temps ou temps partiel dans cabinet médical privé (région lausannoise ou Jura vaudois).*

Dossier complet sera adressé sur demande.

Ecrire sous chiffre 150694, Editions de la Tour SA, case postale 880, 1001 Lausanne.



## Les médecins et la mort

De toute évidence il s'agit d'un des sujets les plus difficiles à traiter, surtout en quelques lignes. C'est banal de rappeler que la médecine, et les médecins avec elle, ont évolué ces cinquante dernières années avec un monde qui a progressivement troqué sa foi en un au-delà fait d'éternité, contre une foi en un ici-bas dont la durée serait garantie par les succès scientifiques.

La mort est ainsi devenue le terme de souffrances physiques ou existentielles, après un long processus de dégénérescence dû à la maladie ou au vieillissement.

Heureusement, plus récemment, à la faveur de la sensibilité écologique, de la prise en charge de leur santé par les «consommateurs», du pouvoir renforcé des soignants, de la limitation des ressources et de l'émergence de la psychologie médicale et du renouveau éthique, l'intervention technico-médicale a suscité une sorte de contrepoids, un nouvel Eldorado, proposant une définition de la vie, et de la mort, basée sur la «qualité», plutôt que sur la quantité.

Cela correspond également à l'ouverture, toujours très actuelle, des dossiers difficiles, dits bioéthiques, qui touchent aussi à l'euthanasie, à l'acharnement thérapeutique, et au moment clé du passage du curatif au palliatif. Mais il n'y est jamais beaucoup question de la mort elle-même, puisque le médecin veut surtout s'adresser au processus qui la précède, à ce qui est vécu à l'intérieur de ses murs, à ce qu'il est convenu d'appeler la phase terminale.

La nouvelle philosophie des soins se double désormais d'une attention, non plus seulement au corps du malade, mais à toute la personne, dans une forme de pari holistique

qui voit s'interpénétrer les réalités biologiques, sociales et émotionnelles, voire existentielles. C'est une réconciliation de l'âme et du corps qui avaient été dissociés par la rationalité curative.

Ce pari se joue autour du mourant par des procédures qui, en plus de contrôler la douleur, définissent les contours psychosociaux de l'expérience de l'avant-mort: pour la personne, c'est vivre le plus possible consciente, prévenir sa mort sociale, et faciliter le deuil des survivants. Si bien que l'accent est mis surtout sur «la façon dont les gens s'adaptent à une maladie terminale, et sur les manières de les assister au quotidien» (Saunders, 1985).

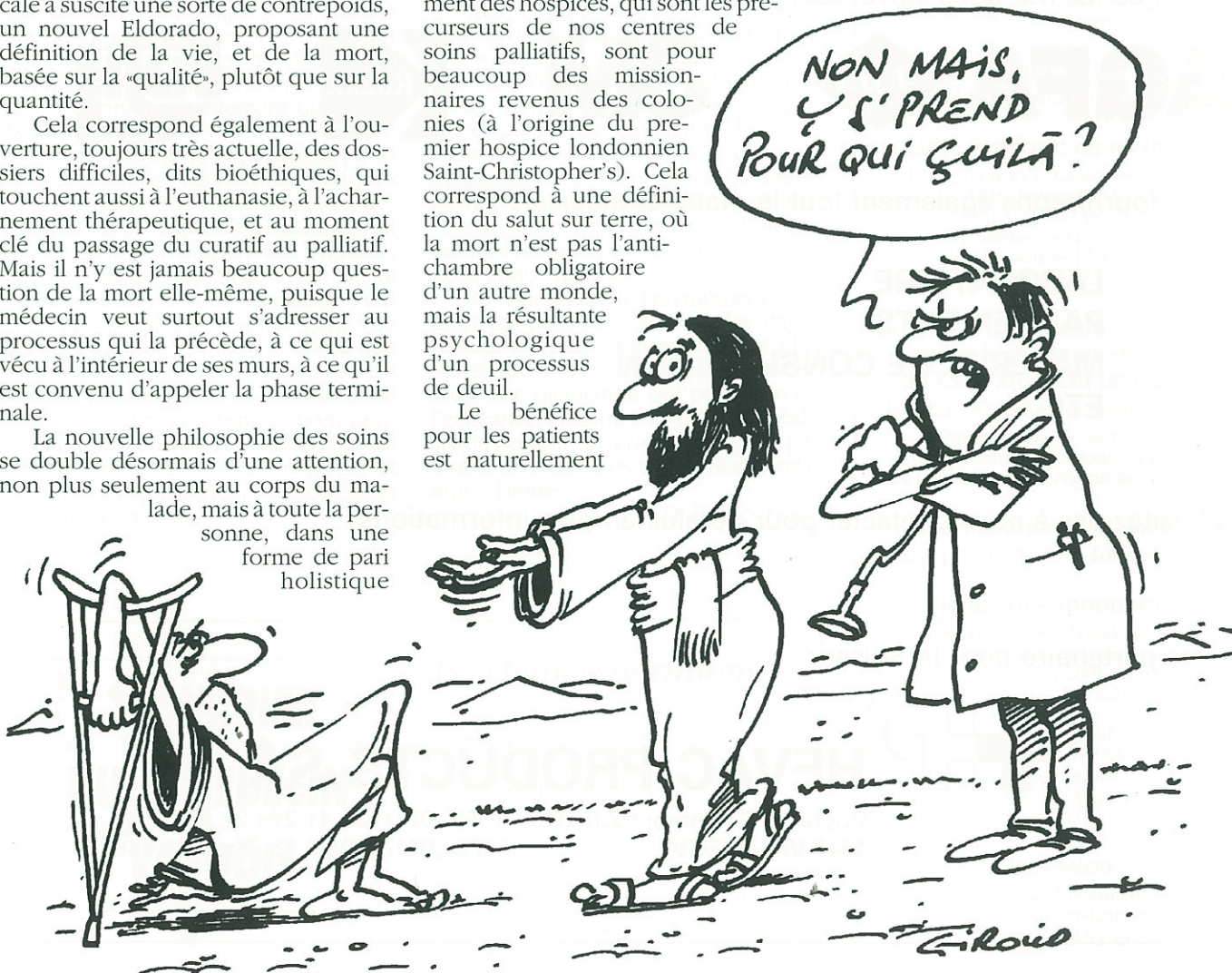
Le processus du «bien mourir» devient ainsi une métaphorisation de la mort elle-même.

Il est intéressant de rappeler, à cet égard, que les inspirateurs du mouvement des hospices, qui sont les précurseurs de nos centres de soins palliatifs, sont pour beaucoup des missionnaires revenus des colonies (à l'origine du premier hospice londonien Saint-Christopher's). Cela correspond à une définition du salut sur terre, où la mort n'est pas l'anti-chambre obligatoire d'un autre monde, mais la résultante psychologique d'un processus de deuil.

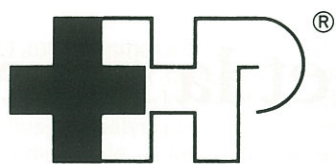
Le bénéfice pour les patients est naturellement

indiscutable, par l'adoucissement des dernières semaines de vie. Pour les soignants également, puisqu'ils savent à nouveau que faire quand il n'y avait plus rien à faire!

On est néanmoins frappé (s'agissant toujours de mort), par l'évacuation du facteur temps, puisqu'il s'agit de vivre au jour le jour, par l'idéalisation de la mort sans souffrance, et par une nouvelle forme de professionnalisation. Il faut en effet aux médecins et aux soignants qui s'en occupent, une grande compétence pour comprendre le mourir et en faciliter la trajectoire. On n'est ainsi plus terrorisé par la mort, on sonde plutôt les degrés de peur qu'elle provoque; on veut tellement l'apprivoiser qu'on en extirpe souvent sa spécificité, qui est bien l'aliénation, l'annihilation, la fin. Si on n'y prête garde, le risque est grand







**HEVAC  
PRODUCTS SA**

# QUALITÉ / SERVICE / PRIX

Fourniture de produits radiographiques :

**Konica** = films et écrans

**TETENAL** = produits de développement

Ainsi que les marques suivantes :

**AGFA** 

**3M**



Nous fournissons également tout le matériel médical :

**LABORATOIRE  
PANSEMENTS  
MATÉRIEL DE CONSULTATION  
ETC.**

N'hésitez pas à nous contacter pour de plus amples informations !

Votre partenaire pour la Suisse :



**HEVAC PRODUCTS SA**

Route du Grammont Z.I. « C »  
1844 VILLENEUVE

Tél. 021/960 41 21 / 22 / 23  
Fax 021/960 30 15 Tlx : 453 248



d'évacuer toute la question du sens de l'existence, qui va toujours de pair avec le thème des limites, et des échéances implacables. Ce qui fait peur, ce n'est plus tant la mort comme telle, et toute sa dimension irrationnelle et tragique, mais son refus et le trouble qui s'installe avec elle.

La crainte est ainsi grande que la boucle ne se referme, et qu'en s'en approchant même avec finesse, empathie et qualité, les «nouveaux» médecins, et les «nouveaux» soignants, n'aient pas réussi à faire mieux qu'à évacuer une nouvelle fois une mort, certes évoquée, en croyant la saisir à bras le corps.

Etant médecin moi-même, et m'étant également passionné pour les soins palliatifs, je n'ai peut-être pas les moyens personnels, malgré mon éducation, de dépasser ce «state of the art». La mort demeure et demeurera pour nous un mystère avec lequel toutes les grandes traditions religieuses et philosophiques se sont confrontées.

S'inscrivant dans cette trajectoire historique, la médecine peut quand même aller un pas plus loin. On le voit dans nos psychothérapies, se confronter, même sans réponse, à un mystère, sous toutes ses formes, qu'elles soient manifestes ou secrètes, est fondamental, et donne véritablement du sens à la vie.

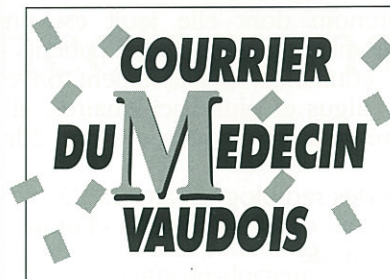
En ce faisant nous pourrions peut-être déjà apaiser les non-dits toxiques et terrorisants que notre société a développé à ce sujet. On redécouvrira ainsi ce que la plupart des cultures, dans l'histoire humaine, a fait de la mort, soit un point culminant de l'expérience personnelle. Elles l'ont vue en effet comme le moment où ce que nous avons appris de l'existence se révèle d'une manière ou d'une autre. Ce que nous saurons en dire, ou en penser, témoignera de la philosophie de vie que nous avons développée, et aussi à quelle profondeur de sens nous sommes parvenus.

Après avoir entraîné la médecine à ne plus considérer la mort comme un échec, et à avoir ainsi indéniablement révolutionné les soins, il est maintenant impérieux d'affronter ce mystère de la mort avec nos patients. Il nous permet d'accéder à la dimension ontologique, qui sommeille en chacun de nous. Pouvoir toucher à cette fibre, modifier considérablement la rencontre avec autrui, car on y découvre une communauté de vue possible, celle du destin et de l'espérance humaine partagés.

Au moment où la médecine s'avère impuissante à modifier le devenir d'un malade, travailler avec le vécu des gens réactualise d'autres perspectives, exprimées dans leurs choix et leurs opinions, leurs désirs et leurs émotions, leurs réussites et leurs échecs. Ce tissu d'expériences offre une trame et finalement un sens à ce qu'ils sont. C'est ainsi que leurs histoires raffermissent l'identité des patients et donnent une valeur symbolique à leur vie. Cette «narrativité de soi avec l'autre» a le pouvoir d'inspirer certaines ouvertures et de se projeter dans un dépassement des limites. Elle a une autorité qui la situe au-delà du devenir destructeur, et donc au-delà de la séparation, de la maladie et de la mort. Face aux souffrances, la parole, et la réécriture de l'histoire, ne sont pas des preuves, ni des actions, mais elles correspondent à une revisitation de la vie, à une transmutation de la douleur en pensée, à la recherche d'une plénitude assagée. De fait, la narrativité nous renvoie aussi aux origines mêmes de la vie, dans les premiers rapports à la mort, qui nous concernent tous.

En conclusion, le vrai moment de la mort est peut-être celui où les expériences les plus profondes et les plus bénéfiques ont l'occasion de s'exprimer. C'est une méditation qui peut faire de l'échéance, l'instant d'une grande réalisation personnelle et spirituelle, non pas tout seul, mais dans une véritable relation à l'autre.

*Dr Patrice Guex*



*Organe de la  
Société vaudoise de médecine*

#### Comité de la SVM

Dr Pierre Vallon, président  
Dr Patrick Rosselet, vice-président  
Dr J.-M. Mermoud, secrétaire  
Dr Daniel Beck, trésorier  
Dr D. Laufer  
Dr Benoît Leimgruber  
Professeur A. Pécoud  
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

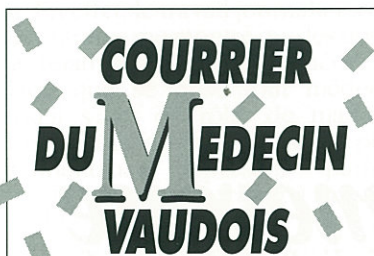
#### Régie des annonces

Suisse romande: Marcel Louviot  
Editions de la Tour Lausanne SA  
Case postale 880, 1001 Lausanne  
Tél. 021/652 99 41 - Fax 021/652 73 23

Suisse allemande:  
SUNERGIA (ETSA)  
Mathieu Janin  
Case postale 361, CH-9435 Heerbrugg  
Tel. & Fax 071/72 57 66

#### Impression

Bron-Marendaz Imprimeurs SA  
1052 Le Mont-sur-Lausanne  
Tél. 021/652 99 44



#### *Prochaines parutions:*

N° 8/94  
21 septembre 1994  
(délai rédactionnel:  
29 août 1994)

N° 9/94  
19 octobre 1994  
(délai rédactionnel:  
26 septembre 1994)



# CLG+ Clinique de La Source

En constante évolution pour s'adapter aux techniques de pointe et aux souhaits de ses patients, La Source a conservé ses traditions d'accueil et de qualité des soins.

Le renom dont elle jouit est une garantie pour les nombreux médecins et patients qui lui accordent leur confiance. Etablissement privé de soins généraux aigus et pluridisciplinaires, elle comprend 118 lits répartis en chambres à 1 ou 2 lits.

L'un des radiologues attachés à La Source parvenant au terme de sa carrière, la clinique met au concours le poste de

## Médecin radiologue FMH

au bénéfice d'une expérience confirmée dans les techniques du scanner et de l'IRM, à même d'organiser l'avenir et d'assumer l'extension de ce service.

Entrée en fonctions: à convenir.

Pour de plus amples renseignements, vous pouvez prendre contact avec M. le Dr C. Willa, président de la Fondation ou adresser votre dossier à M. M. R. Walther, directeur de la Clinique de La Source, av. Vinet 30, 1004 Lausanne, tél. 021/641 33 33.



## Un secrétariat médical à la carte... ...de la facture au bilan

en passant par  
les rapports médicaux et le contentieux

partiel ou total,  
occasionnel ou permanent,  
entièrement modulable,  
toujours personnalisé

### Administration

facturation,  
contrôle débiteurs,  
créanciers,  
paiements,  
gestion  
du personnel,  
salaires, etc.

### Gestion

Contact avec  
les assurances,  
les banques,  
bilan,  
impôt,  
etc.

### Secrétariat

Correspondance  
rapports  
médicaux,  
articles,  
expertises,  
fichiers d'adresses,  
etc.

**Denise Rösti**

Ch. de Chauderon 37 - 1603 Grandvaux  
Tél. 021/799 14 48 - Fax 021/799 36 70

A tous  
les membres  
de la SVM

## Des assurances sur mesure

Profitez de nos offres exclusives d'assurances et choisissez la meilleure solution.

### RC professionnelle:

- prestations complémentaires (faute grave)
- couverture d'objets en leasing
- dommages aux locaux loués
- défense juridique
- participation aux excédents

### Assurance maladie et accident:

Couverture illimitée des frais médicaux en cas de maladie ou d'accident dans le monde entier (privé) pour les médecins, les membres de la famille (enfants majeurs compris) et le personnel.

### Contactez-nous:

Lausanne	021 / 342 09 09
Morges	021 / 803 06 81
Montreux	021 / 961 18 18
Nyon	022 / 361 08 08
Yverdon	024 / 21 79 06



**Genevoise**  
ASSURANCES



# Des médecins et des malades, théologiens?

Le présent article situe l'art médical en regard du mystère de la personne, de la vie spirituelle ou de son absence, dans l'épreuve de la maladie et devant la mort. Au plan de la responsabilité médicale, on ne saurait s'arrêter à une définition du patient-objet, à laquelle porte le développement et le progrès de la biologie. Il est rappelé que le domaine concerné ne peut être réduit à un simple domaine d'incertitudes, puisqu'il concerne aussi bien le médecin que le malade, égaux devant la maladie.

## De la signification personnelle de la maladie et de la guérison

La pointe de cet article, fondée sur une vision patristique de l'homme et de la maladie, puisée à la tradition vivante de l'Eglise orthodoxe, va au-delà du point de vue médical strict. Ayant connu cependant le mystère de l'existence humaine et la dimension libre de l'esprit chez nos malades, peut-être pouvons-nous, en nous appuyant simultanément sur le point de vue de l'expérience, attendre en retour de cette vision spirituelle des pères des points de repères utiles sur ce que nous faisons et acquérir un sens plus net de notre condition de médecin. Notre conscience est alors de «faire ce qui est humain», mais au sein d'une réalité plus grande que celle que la médecine seule peut cerner, plus profonde, et qui nous échappe le plus souvent. En effet, le travail journalier avec mes confrères me montre que les questions relatives à la relation médecin-malade que se pose tout médecin lorsqu'il s'agit de rôle, de manière d'être, de limites, rejoint des sujets plus fondamentaux dépassant parfois même l'éthique et touchant à un plan métaphysique ou spirituel.

Qu'il s'agisse du malade ou du médecin, ce qui n'atteint pas le domaine de la personne et donc de la transcendance se dissout rapidement dans la platitude qui engendre à coup sûr

aussi l'incompétence. Un philosophe chrétien de la liberté, Nicolas Berdiaev, a écrit: *«La libération comprise comme un allègement total du fardeau de la vie, comme l'obtention du contentement, entraîne inéluctablement la victoire de la platitude, car il en résulte un abandon de la profondeur et de l'originalité, en faveur de l'embourgeoisement. La quotidienneté sociale a beau se flatter de ce processus et voir en lui le signe de son triomphe et le résultat de son organisation, il n'en demeure pas moins à l'antipode de la liberté spirituelle, laquelle engendre en nous le sentiment aigu de l'abîme qui sépare notre monde banal du monde divin.»*<sup>1</sup> Alors, Dieu et les médecins, parlons-en.

Sommes-nous des théologiens (ou des philosophes), fût-ce sans le savoir? Oui, si l'on réfléchit un instant à la condition du médecin face à son malade. Ainsi quelles sont les représentations que nous nous faisons de la maladie chez nos patients et d'où viennent-elles? Par exemple, la reconnaissance de la dignité humaine de la personne, malgré des atteintes physiques ou mentales sévères défigurant cette dernière – et déclenchant la peur – n'est-elle pas encore et toujours du domaine de la responsabilité médicale, mais quel est son fondement?

A l'inverse, le malheur de l'existence que nous pouvons côtoyer est-il une maladie à médicaliser et jusqu'où? Quelle est la valeur symbolique d'une conduite d'échec, d'un tentamen, des maladies du comportement de la consommation de la drogue ou d'un refus d'un traitement? Quelle place laissons-nous à la liberté (créative) des malades psychiatriques, qu'est-ce que l'autoguérison? Autant de questions qu'il paraît difficile d'éluider dans un art professionnel que même la vision biopsychosociale du patient ne suffit parfois pas seule à appréhender (ni surtout la définition OMS de la santé) et qui peut concerner un plan plus profond. Par ailleurs, l'approche «scientifique» en médecine n'implique-t-elle pas le recours aux sciences humaines et quel est ce recours devant la condition mortelle et la souffrance? Dans ses cours aux étudiants, le professeur Pierre-Bernard

Schneider attirait l'attention sur l'étymologie du titre de «docteur»: *celui qui enseigne*, que nous reconnaissons les patients. Alors, faut-il mieux être théologien en le sachant ou pour employer une métaphore raccourcie empruntée à l'informatique: *«théologien par défaut»*. Quant aux malades ce sont certainement des théologiens «existentiels», lorsqu'ils trouvent le moyen de vivre, d'éprouver de la joie, avec leur maladie, leurs pertes ou leur handicap.

Quelqu'un a dit que l'homme est condamné à penser; les questions touchant à la vie et la mort en médecine demandent un travail sur soi que l'on peut appeler «théologique», dans la mesure où nul n'échappe au questionnement métaphysique révélé par les épreuves humaines et à la réponse que leur donne chaque personne.

La justesse en ce domaine est sans cesse à retrouver par la volonté d'assumer la tension devant les événements, où le paradoxe redresse constamment les idées reçues et où les progrès reposent notamment dans la nécessité de la propre transformation spirituelle intérieure du médecin. Il faut savoir s'incliner devant les mystères qui dépassent toutes intelligences aussi bien le Mystère de Dieu que celui de la mort que nous constatons et qui sera un jour la nôtre. Certains ont peut-être entendu à la Radio romande la réponse apportée de cette femme, se disant agnostique, à un enfant de deux ans atteint d'une maladie incurable qui demandait s'il y avait quelque chose après la mort: «La preuve que la vie qui suit est belle et glorieuse, c'est que personne n'en revient...» Au-delà des mots employés et de l'astuce qu'ils auraient pu trahir (qui pourrait croire que cette réponse ait été calculée) se profile un fait de la conscience.

Le premier devoir dans la relation médecin-malade (devoir de formation que l'on est en droit de demander au

<sup>1</sup> *De la Destination de l'Homme*, p. 234, L'Age d'Homme, Lausanne, 1979. (Cité aussi par Marc Andronikof dans *Transplantation d'organe et éthique chrétienne*, Ed. de l'Ancre, 1993, un livre écrit par un médecin et théologien orthodoxe que je voudrais recommander ici.)



médecin) est l'abandon dans la relation des représentations qui viennent du «moi» et non de la personne, précisément pour permettre le langage de personne à personne. Cette attitude intérieure prépare le discernement et l'objectivité requises pour un acte de responsabilité médicale, sans disparition des «sujets-personnes» – contrairement à la condition expérimentale<sup>2</sup>. C'est ici ma conviction, la vertu d'une maladie est d'apporter une purification des puissances imaginatives qui parasitent l'âme, et à certains égards elle remplit la fonction d'un moment révélateur privilégié.

Les malades eux-mêmes, par leur courage et leur vision de la maladie, nous enseignent mieux qu'une académie pour que nous puissions enseigner à notre tour par une manière d'être – transmettant des références apprises de l'expérience qui sont une aide estimable pour d'autres patients. Il y a donc une vérité de la dimension spirituelle de l'Homme, vérité révélée dans l'épreuve! J'ai remarqué aussi que dès que l'on considère le malade comme une personne, immédiatement se développe un sentiment d'amitié exigeant. Je le vois dans la pratique de tous mes confrères, mais je constate aussi que souvent, par pudeur, certains préfèrent ne pas laisser transparaître leur propre part auprès du malade, comme si nous partagions un secret qui est d'une telle évidence qu'il ne faudrait pas s'y arrêter.

Le médecin communie nécessairement aux épreuves de son malade, même s'il doit savoir reprendre la distance pour agir. Que dire alors de l'inspiration nécessaire à engager ce qu'il y a à faire? Repose-t-elle toujours cette inspiration sur le seul travail intellectuel de diagnostic, de recherche et d'application d'une science? Mais, nous nous trouvons le plus souvent dans un domaine d'incertitude assez grand... D'autre part, lequel d'entre nous, quand les choses évoluent mal, c'est-à-dire d'une autre manière que prévu, n'a-t-il jamais été pris de vertige? Quel recours dans ces circonstances si ce n'est *ce que je suis*? Il y a parfois, malgré notre carapace, à ce moment des «cris de prière authentiques», qui procurent immédiatement ou plus tard la certitude donnée dans le cœur de ne pas être abandonné.

Le cœur pour les mystiques est l'organe de connaissance et de stabilité spirituelles et ne se réduit pas à l'affectivité. Le médecin n'est certes pas seul et il est bon de faire appel à d'autres lorsque l'on se trouve devant une impasse, mais tout n'est pas partageable et le médecin reste souvent seul devant ses propres impuissances, devant la douleur du malade dont il est témoin et finalement devant Dieu.

Ainsi, la modestie, qualité du bon médecin, consiste-t-elle d'abord à faire en toute situation ce qui est humain en conservant la conscience du mystère (et parfois en «collaborant dans la solution avec *un Mystère personnel plus grand que nous*»). Un philosophe cynique athénien donne une belle leçon d'humilité en enseignant ses disciples par un acte: ce philosophe avait pour seule activité le fait de sauter chaque jour au-dessus d'un cours d'eau. Quand on lui demandait le sens de cette action, le philosophe répondait: «Quand je mets le pied dans l'eau, je dis – *c'est Moi* et quand je parviens de l'autre côté indemne je dis – *c'est Dieu*.»

D'où vient en effet que les os fracturés mis sous certaines conditions de contrainte se réparent, comme aussi la fermeture des plaies? D'où vient la guérison ou l'échec de guérison? La médecine est un paramètre, l'attitude du malade est un paramètre, la nature est un paramètre – reproductible dans le meilleur des cas et susceptible d'être décrit sous forme statistique – mais qui décide de l'heure de notre vie ou de notre mort? Pour le médecin expérimenté, au-delà de ce qui semble une injustice, c'est une affaire entre le sujet et Dieu. Je ne le dis pas seulement, qu'on ne s'y trompe pas, pour mes confrères croyants, mais aussi pour ceux qui sont encore agnostiques et qui ont d'autres mots pour décrire la même réalité inconnaissable dans son essence par des moyens humains et dans laquelle nous nous mouvons et nous faisons des choix.

Pour qui est attentif, un surcroît d'épreuve peut naître du fait que l'âme se maintient dans l'ignorance de l'amour de Dieu qui se propose à elle (parfois à travers l'action d'un semblable) ou qu'elle n'a pas dépassé l'hésitation dans l'inconnu de l'épreuve, alors que le courage dans cet inconnu au contraire commence à changer la nature même des choses. Les médecins engagés dans l'accompagnement de malades au pronostic à terme inéluctable comme le Sida se trouvent plongés dans une réalité humaine de chaque moment, où la dimension transcendante de la personne l'emporte, jusque dans le monde des valeurs spirituelles. Notre société ne s'y trompe pas, le Sida est révélateur d'autre chose... concernant l'homme, sa dignité et sa destinée.

Mais osons-nous, nous qui sommes abreuvés d'approches scientifiques, en tirer les conséquences: le rapport de la médecine et de la spiritualité? Un article tel que celui-ci est l'occasion de mesurer notre responsabilité personnelle et peut-être notre rôle en tant que médecin de ne pas nous laisser

enclorre par la société dans des vérités partielles sur l'homme, ou d'y participer nous-mêmes par une sorte de renonciation à considérer ce qui est transcendant dans l'homme.

Un jour que comme jeune interne je visitais tard le soir les malades en fin de vie, ne sachant trop que dire à un patient cirrhotique pour lequel mes confrères avaient décidé de cesser toute thérapeutique, ne conservant qu'une hydratation, il vint dans mon esprit de lui parler «des plantes auxquelles un excès de soleil est nocif et qui recomposent leurs forces en bénéficiant de l'ombre et d'un léger souffle d'air», l'image liturgique des «verts pâturages» du psaume s'imposa subitement. Alors j'entendis un soupir de soulagement dans la pièce: c'était un voisin dans le lit d'en face qui s'exclama: «Que cela fait du bien d'entendre de telles paroles... merci docteur.» Je pris conscience alors du stress biologique que nous imposons à nos malades, ne les laissant plus souffler par l'apport d'autre chose...

Dans mes années cliniques, et confronté aujourd'hui à l'invalidité, un moment clé de la vie où souvent tout l'extérieur – ce tuteur social de l'existence – bascule, j'ai toujours été très sensible non seulement aux maladies, mais au rapport de l'homme avec la maladie. J'ai vu aussi des guérisons que l'on peut dire miraculeuses, mais j'ai surtout vu le miracle inoubliable de la joie spirituelle chez de grands souffrants.

Avant de terminer, un avertissement. Le malade se trouve dans un état d'infériorité: il n'est pas permis de profiter de cet avantage pour affilier le malade à nos pensées ou à nos théories – fussent-elles des théories qui se disent médicales.

Pour conclusion, je citerai un moine du désert (IV<sup>e</sup> siècle): «Celui qui est parvenu à une prière pure, celui qui sans compter accomplit un ministère pour ses frères et celui qui rend grâce à Dieu dans la maladie, ces trois accomplissent la même œuvre.»

Dr F. Méan,  
Service de la santé publique

<sup>2</sup> Cette qualité du médecin était autrefois enseignée aux étudiants par les meilleurs des professeurs de la Faculté, considérés comme des maîtres: le premier outil du médecin est *sa propre personne*. Au moment où les plus avisés estiment qu'un nouveau virage devrait être donné aux études de médecine et à la sélection des étudiants basée trop exclusivement sur le contrôle des connaissances (questionnaires à choix multiples), il serait peut-être urgent de revoir la copie. De même les conditions de travail des médecins hospitaliers devraient-elles ménager en la reconnaissant et en la favorisant cette dimension nécessaire de la pratique de l'art médical.



# Sciences des religions, formation complémentaire à la médecine?

Il est de plus en plus à la mode dans les milieux médicaux de s'intéresser à l'ethnologie, l'anthropologie, la sociologie. Ce qui semble nous interpeller est la confrontation à la problématique de patients immigrés qui nous contraignent à voir le problème de la maladie sous un autre angle. Il m'est rapidement apparu dans ma pratique qu'à la peur de la maladie ou de la mort et à la recherche d'explications s'associent inmanquablement une réponse apportée par la religion. C'est ce que je tente de vérifier en m'intéressant à une autre approche de l'homme, celle des religions.

## En quête de «l'homme paradigmatique»

Quelques images surgissent de mon passé d'étudiante en médecine lorsque je recherche les origines de mon intérêt pour la science des religions.

La première est celle d'un enfant turc microcéphale qui nous est présenté comme septième enfant d'une famille souffrant d'une pareille pathologie et cela «parce que les parents pratiquent une religion qui interdit la contraception».

La seconde représente un père éthiopien auquel je tends une ordonnance par laquelle je prescris des antibiotiques pour soigner l'angine de son fils. Il vient d'arriver en Suisse et semble insatisfait en regardant mon bout de papier. Il m'explique alors que chez lui on tombe malade lorsqu'il y a un problème dans la famille ou avec les ancêtres.

La troisième est celle d'un homme suisse d'une soixantaine d'années, très érudit, ayant quitté notre pays pendant la Seconde Guerre mondiale pour s'engager dans la résistance, ayant perdu un fils quelques années avant son hospitalisation. Il est diabétique et est hospitalisé depuis des mois pour une gangrène du pied... et il m'explique «qu'il a survécu à tant de choses et qu'il faut bien qu'il le paie maintenant».

Je rêvais d'être médecin pour soigner l'homme et je réalise tout d'un coup qu'il n'est pas seul, qu'il ne suffit pas de tenir compte de sa famille,

de son milieu social pour parler un langage qu'il comprenne, qu'il est lié à autre chose par la foi... Ame liée à Dieu, aux dieux, aux ancêtres, aux vies antérieures, par un lien souvent invisible mais incontournable. Dans un premier temps, je m'intéresse à sa divinité pour réaliser très rapidement que le rapport que l'homme entretient avec elle est individuel, que le mystère de son influence sur l'être humain est à appréhender à travers les questions que l'homme pose à la religion qu'il se crée. Envie donc de rencontrer l'«homme paradigmatique», celui qui se situe dans le questionnement, pour ensuite pouvoir créer un espace de rencontre en me plaçant aux côtés de ses réponses.

## Faculté de science des religions

C'est en constatant que dans la pratique on n'est confronté qu'à des réponses que j'ai décidé d'en prendre mon parti et de m'intéresser à toutes les réponses pour retrouver l'homme questionnant. Je me suis donc inscrite dans la toute nouvelle Faculté de science des religions à Lausanne. Celle-ci existe depuis deux ans et nous sommes quatre étudiants à suivre un programme de cours relativement libre, tantôt en compagnie d'étudiants en théologie tantôt avec ceux de lettres ou de sociologie.

Passer des grands auditoriums impersonnels aux intimes petites salles de cours, quitter la pratique quotidienne en tant que médecin assistant en psychiatrie où la confrontation à chaque patient incite à un agir, à une prise de décision, pour se retrouver dans le monde de la parole écoutée, analysée, observée; repasser de la pratique à la théorie est une chute vertigineuse et souvent frustrante. Je pense à ce jour, que j'attendais tant, où un moine bouddhiste (ayant étudié cette philosophie religion à l'Université avant de la pratiquer) venait répondre à nos questions sur des textes qu'on nous avait distribués. Une anecdote avait retenu mon attention: Bouddha souffrait d'un mal de reins terrible. Cela était dû au fait qu'il avait sciemment blessé un athlète aux reins dans une vie antérieure. La question que je

me posais était de savoir s'il avait le droit de guérir avant d'avoir expié sa faute. Le moine ne pouvait me répondre. Il s'est mis à réfléchir à haute voix, imaginant que si un médicament existe, l'homme puni a le droit de s'en servir. Automatiquement j'ai fait un parallélisme avec la réflexion d'un collègue bouddhiste à peine arrivé en Suisse qui m'expliquait que les médicaments ne font d'effet que si l'on sait pourquoi on est malade. Un doute m'envahit en écoutant le moine: avais-je choisi la bonne voie pour trouver l'homme dans la science des religions où la dogmatique, la description du monde semblaient tellement prévaloir sur l'homme au quotidien?

J'ai pu fréquenter un séminaire sur le christianisme en Afrique dont le propos était justement de voir à quel point les questions des Occidentaux et des Africains nécessitent des réponses différentes, même dans l'adhésion à une même religion. Contrairement au bouddhiste, l'Africain malade n'interroge pas son passé mais le fonctionnement familial. D'autre part, il considère que le Blanc a sa façon de soigner qu'il ne comprendra jamais mais à laquelle il doit se soumettre. Un autre souvenir me vient à l'esprit: un médecin assistant camerounais venu se former en psychiatrie à Lausanne répondit un jour à ma question:

– Est-ce que la psychiatrie, chez vous, est semblable à la nôtre?

– Oui, nous avons les mêmes médicaments.

– Et les écoles psychiatriques auxquelles vous faites référence?

– Nous ne faisons pas de psychothérapie, c'est le sorcier qui s'en charge.

Après des semaines de cours sur le christianisme en Afrique où enfin on abordait la relation de l'individu à la religion et de son regard sur le monde, on me fit remarquer qu'il fallait que je me méfie de ce que j'étais en train d'ingurgiter, le cours ayant une forte connotation politique. J'avais appris à reconnaître à quelle école médicale appartiennent les enseignants, je sais que dans le service où je travaille, nous avons une approche donnée du patient mais qu'il en existe d'autres, mais



j'avais la naïveté de croire que ma quête de l'homme essentiel suivrait des chemins neutres... Erreur.

#### Psychiatrie et religion

Par moments, je clive mon existence: il y a les jours pour les religions et puis ceux que je consacre à la pratique médicale. Le lien est parfois trop difficile à faire, et souvent aussi chaque domaine me passionne en soi, j'ai envie de l'approfondir seul, oubliant ma quête première ou la reléguant dans un futur pour l'instant incertain où, enfin compétente dans les deux domaines, je pourrai les réunir.

D'autre part, c'est souvent handicapant d'aborder la médecine uniquement du point de vue des religions ou la religion uniquement du point de vue médical. En effet, alors que je présentais un séminaire à l'Université, les étudiants me firent remarquer que j'avais mis l'accent sur tout ce qui avait trait à la santé. Du haut de mes six ans et demi d'études et un an et demi de pratique médicale, j'avais le sentiment d'avoir effleuré le sujet et d'avoir laissé trop de questions ouvertes. A l'inverse, il m'est arrivé de ne pas oser poser

directement un diagnostic en ce qui concernait un patient africain qui avait consulté en urgence et cela parce que je pensais que les idées qu'il évoquait sont considérées chez nous comme délirantes, mais que du point de vue d'un homme dont la famille est aussi constituée de morts, d'ancêtres, elles étaient normales. On dit souvent des jeunes assistants qu'ils ont tendance à poser plus souvent le diagnostic de telle ou telle pathologie et cela de façon directement proportionnelle à la connaissance qu'ils en ont. Je suis un peu tombée dans ce travers, évoqué dans le groupe santé et migration du 3<sup>e</sup> Congrès de médecine psychosomatique par une psychiatre turque, qui faisait remarquer que nous avons une certaine tendance à oublier qu'un ressortissant étranger qui consulte un psychiatre ne représente pas la majorité, présente souvent une pathologie réelle, et que tout respect de la culture ne doit pas aboutir à l'absence d'un diagnostic.

Cela m'a conduit à réaliser que pratiquer la psychiatrie et étudier les religions me confrontent à une difficulté plus grande que si je pratiquais une

autre branche dans la médecine: le savoir que j'acquière à l'Université ne me sert pas seulement à créer un contrat thérapeutique avec l'homme qui consulte, mais interfère aussi avec la démarche diagnostique.

#### Conclusion

Le bien-fondé de mon choix est encore incertain. Mon périple dans le monde des religions s'avère souvent troublant plus que rassurant, et sous le foisonnement de dogmes, il est parfois difficile de retrouver la voie médicale. Il existe toutefois un espace ouvert aux théologiens en devenir et aux médecins pour se rencontrer, c'est le cours d'éthique. (Ce cours n'existe pas pour les étudiants en médecine.) En le fréquentant j'ai réalisé qu'en nous penchant côte à côte sur des situations concrètes il devenait possible de trouver un langage commun pour nous interroger sur les limites et les ouvertures qu'apportent les systèmes de croyance aux prises en charge thérapeutiques.

*Alessandra Duc,  
médecin assistante en 2<sup>e</sup> année  
à la PPU-B*

## RÉSULTATS DE LA VOTATION GÉNÉRALE

Le texte du nouvel alinéa à l'article 17 des statuts de la SVM a été accepté.

Sur 991 bulletins rentrés, le Conseil de discipline a enregistré  
895 réponses positives, 94 non, 2 abstentions.

Les statuts sont modifiés en conséquence dès à présent.

## Société suisse des médecins homéopathes

### COURS D'HOMÉOPATHIE

Pour médecins et étudiants en médecine.  
Cours d'introduction: 4, 5 et 19 novembre 1994  
Fr. 400.- (étudiants Fr. 200.-)

Renseignements: Ecole suisse romande d'homéopathie uniciste  
Dr R. Ney 1092 Belmont  
Tél. 021/728 65 65 Fax 021/729 79 40



# Le sens et la parole

«... Je veux protéger l'analyse contre les médecins [et] contre les prêtres. Je voudrais lui assigner un statut qui n'existe pas encore, le statut de pasteurs d'âmes séculiers qui n'auraient pas besoin d'être médecins et pas le droit d'être prêtres.»

S. Freud, lettre au pasteur O. Pfister du 25 novembre 1928.

«... Je ne crois pas que la psychanalyse élimine l'art, la philosophie, la religion, mais qu'elle contribue à les épurer. [...] Au fond, vous servez exactement le même but de vie que moi et agissez «comme si» il existait un sens de la vie et de l'univers...»

Pasteur O. Pfister, lettre à S. Freud du 9 février 1929.

## Introduction

Psychiatre, médecin de l'âme, était le statut revendiqué par Socrate. Aujourd'hui la cure d'âme dans le champ des religions, et les techniques psychothérapeutiques dans le champ des sciences humaines, posent la question de comment les concilier autour de thèmes communs, comme la place du désir, le sens de la figure du père, la loi, la faute, la culpabilité...

## Le débat entre psychiatrie et religion

Ce débat est avant tout celui entre psychanalyse et religion. Et même avant tout celui de S. Freud et de la religion, puisque le père de

la psychanalyse en a posé les fondements, depuis *Totem et Tabou* en 1912, jusqu'à *Moïse et le Monothéisme*, en 1938. Pour Freud, l'homme, ne pouvant supporter son état de faiblesse et son abandon devant les exigences cruelles de la nature et de la société, se réfugie dans une régression infantile en projetant sur Dieu son besoin (ambivalent) de protection et de sécurité. La religion serait ainsi une névrose obsessionnelle de l'humanité, trouvant son origine dans la révolte contre le père, l'angoisse et la culpabilité en découlant, trouvant une solution dans les pratiques religieuses. Cette position de la psychanalyse n'a pas beaucoup varié depuis lors.





Ainsi, pour la psychologie scientifique, la réalité divine est à interpréter dans le monde psychique du sujet, voire dans l'inconscient, faisant de la pensée religieuse, indissociable de la nature humaine, une étape vers la maturation et l'accès à une pensée objective et scientifique. Inversement pour la religion, la psychologie est un instrument parmi d'autres pour accéder à une compréhension de l'esprit, de son rapport au divin et à la question du sens.

Ce débat a été l'objet de la plus longue correspondance de S. Freud, de 1909 à 1939, avec le pasteur zurichois Oskar Pfister, zwinglien et psychanalyste. On trouve dans cet échange beaucoup d'idées modernes concernant les rapports entre psychologie et pratiques religieuses; c'est dans ce cadre que Freud avait écrit *L'Avenir d'une Illusion*, à quoi Pfister avait répondu par *L'Illusion d'un Avenir*. Dans la correspondance, Freud s'avouera «pasteur d'âmes séculier», concédera que la psychanalyse n'est pas plus religieuse qu'irreligieuse, et Pfister lui reprochera son positivisme et son incapacité à s'inscrire dans «de plus grands ensembles».

Le débat reste actuel, et se risque entre réductionnisme psychologique et réductionnisme religieux. L'œuvre de C.-G. Jung, à travers les notions d'archétype et d'inconscient collectif, court d'ailleurs le double risque, ses détracteurs voyant en lui une sorte de gnostique psychologique. Les travaux psychanalytiques sur le développement affectif primaire et sur la genèse du narcissisme permettent de mieux approcher les rapports entre objectivité et subjectivité, entre «dedans et dehors», entre instinct de vie et instinct de mort. Les recherches sur les processus de sublimation restent rares et embryonnaires pour aborder les vastes questions posées par l'édifice de la culture, des arts et des religions.

Quant à la question de la réalité divine, elle reste simplement à l'écart la plupart du temps, même si après J. Lacan, on ose évoquer une «présentification de l'absence»...

## Approches spirituelles

Aux Etats-Unis, sur fond de New Age, apparaissent de nouvelles thérapies à coloration spirituelle, cherchant un accès plus direct au divin, posant les questions d'identité non plus seulement dans les rapports à la famille et à la culture, mais aussi dans les rapports au cosmos. A un moment où la psychiatrie scientifique privilégie lâbas nettement les recherches sur la

biologie de l'esprit, l'engouement pour les nouvelles psychothérapies à teinte mystique accentue le clivage entre la psychiatrie traditionnelle et ses marges.

En Europe, on assiste toutefois à un intérêt croissant pour ces questions, comme en témoigne les succès de librairie d'une F. Dolto (par exemple *L'Evangile au risque de la Psychanalyse*) en France, et surtout du Père E. Drewerman, en Allemagne (dont nous avons quelques traductions en français, comme *La Parole qui guérit*).

Certains vont même plus loin: comment interpréter la psychanalyse à la lumière des religions? L'actuel éclatement des sociétés psychanalytiques en groupuscules divergents n'est pas sans rappeler les sectes religieuses. Certaines questions actuelles rappellent celles de Pfister à Freud: que faire du transfert du transfert? Ne vaut-il pas mieux le laisser porter jusqu'au champ religieux plutôt que de courir le risque d'une fixation sur le maître, le gourou ou la chapelle?

## Clinique des systèmes de croyance

«Etes-vous croyant? Si oui, pourquoi? Si non, pourquoi pas?» est une question type de psychiatres américains éclectiques, pour lesquels l'investigation du système de croyance des patients, comme une dimension naturelle de la vie psychique, devrait faire partie de toute investigation. En Europe également, on en arrive à penser qu'il y a autant de raisons pathologiques d'être athée que d'être croyant, et plusieurs auteurs concèdent la possibilité d'une foi adulte, débarrassée des avatars de l'infantile.

## Autour du lien

Il est troublant de constater à quel point peuvent converger les visions du monde de l'anthropologie chrétienne et de l'anthropologie psychanalytique: par exemple autour de l'importance du lien. «Religion» nous renvoie en effet à l'étymologie «qui relie», et ne dit-on pas «fou à lier» pour celui dont le morcellement interne lui a fait perdre le sens? Car on sait maintenant l'étroite relation qu'il y a entre la richesse (et la conflictualité) des liens avec l'environnement pendant le développement affectif précoce, et la richesse (et la conflictualité) des liens internes dans la vie psychique du sujet. A l'extrême, on pourrait se repré-

senter beaucoup de troubles psychologiques comme des «maladies d'amour». Cette clinique du lien concerne beaucoup de concepts communs à la théologie et à la psychanalyse qui nous rappellent nos insuffisances liées à notre condition humaine: angoisse de morcellement, de séparation, de castration, qui peuvent être conjuguées tant sur le mode individuel et psychologique, que collectif et philosophique, en renvoyant ainsi aux rapports de l'humanité avec Dieu.

## Place de la parole

Pour le psychothérapeute dans la pratique, il s'agit de rester rigoureux quant au cadre et à la nature de la demande: on se situera davantage dans l'analyse des rapports du sujet à la religion, que de la religion elle-même. L'interprétation restera dans la sphère privée et, en mettant des mots sur les choses, la parole viendra apporter un sens à l'histoire du sujet, un sens privé et précis, correcteur des traumatismes hérités avant tout du vécu de l'enfance.

Cette parole thérapeutique, ajoutant du sens par l'interprétation, ne devrait-elle pas être inscrite (comme le souhaitait le pasteur Pfister) dans de plus grands ensembles philosophiques, métaphysiques? La parole sacrée et révélée, comme le message évangélique, n'est-elle pas la parole collective et publique ajoutant du sens à l'univers par l'interprétation tant pour les individus que pour l'humanité tout entière? Il y aurait là en tout cas matière à réflexion éthique pour inscrire la dimension thérapeutique dans la direction d'une humanité plus fraternelle.

## Conclusion

A l'interface du sacré et du profane, on trouve la question du sens: sens privé dans les psychothérapies, sens privé et à inscrire dans de plus grands ensembles pour les approches religieuses. Dans les deux cas, le sens est apporté par une parole, sacrée ou profane, qui donne à interpréter le sujet dans son histoire. Les systèmes de croyance, quant à eux, renvoient chacun à son équation personnelle, même épurée, en toute liberté. Ainsi, le christianisme et l'anthropologie psychanalytique proposent-ils conjointement un cheminement de l'angoisse à la confiance.

*D<sup>r</sup> Jacques Besson*



# Opinions

## Liste des analyses OFAS

La Fédération vaudoise des caisses maladie revendique que la nouvelle liste des analyses de l'OFAS soit intégrée dans notre nomenclature médicale tarifée en remplacement du tarif laboratoire conventionnel actuel et elle présente cette revendication comme quelque chose de logique, quasi automatique et presque obligatoire. Cette position nous apparaît comme totalement indéfendable pour les raisons suivantes:

1. Jusqu'à plus ample informé, le tarif médical vaudois fait l'objet d'une convention qui n'a, pour l'instant, pas été dénoncée.
2. Une nouvelle loi sur l'assurance maladie (LAMA) a été votée par le Parlement. Nul ne peut prévoir si elle entrera en vigueur et, si oui, quand. Si elle entre en vigueur, l'article 104 prévoit que les conventions existantes resteront valables et que c'est le Conseil fédéral qui fixera la date à laquelle elles devront être adaptées au nouveau droit. La revendication des caisses maladie semble donc pour le moins prématurée.
3. Même si la LAMA entre en vigueur, son article 52 alinéa 3 précise que «le Conseil fédéral désigne les analyses effectuées au cabinet du médecin pour lesquelles le tarif peut être fixé d'après les articles 46 et 48» (donc par convention tarifaire différente de la liste des analyses). Ainsi même dans le cadre de la nouvelle LAMA, l'application telle quelle de la liste des analyses au laboratoire des cabinets médicaux ne serait pas automatique. Outre ces arguments juridiques, plusieurs points de nature économique nous semblent importants:
4. Le corps médical a participé à l'élaboration de la nouvelle liste des analyses dans le cadre général d'une révision globale des tarifs médicaux basée sur les principes de l'économie d'entreprise. Cette révision globale devrait permettre d'établir des tarifs médicaux sur une base plus objective qu'auparavant.

5. Puisqu'elle présente une telle revendication, la FVCM considère certainement que la nouvelle liste des analyses est plus proche de la réalité des coûts que ne l'est notre tarif conventionnel actuel pour le laboratoire. Nous considérons pour notre part que les prestations générales de notre NMT ne correspondent pas non plus à la réalité des coûts dans le sens qu'elles sont massivement sous-évaluées. Nos tarifs médicaux actuels ont une base autant historique qu'objective, la sous-évaluation de certaines prestations étant compensée par la surévaluation d'autres. Une telle situation n'est pas adéquate et une tarification sur un mode plus objectif est certainement souhaitable, mais l'adaptation ne peut se faire dans un seul secteur.

6. On peut espérer que le projet GRAT aboutira à un réaménagement équilibré des tarifs où toutes les prestations, générales et spéciales, seront évaluées à leur coût réel. En refusant récemment d'entrer en matière sur la revalorisation des prestations générales, la FVCM montre bien que sa recherche de la vérité des coûts est pour le moins unilatérale.

7. Les prestations de laboratoire pour les examens courants d'hématologie et de chimie sont surtout utilisés par les généralistes et les internistes généraux, lesquels par contre n'utilisent qu'assez peu les autres prestations spéciales. L'introduction sans compensation de la nouvelle liste des analyses lèserait donc principalement ces spécialités qui sont comparativement parmi les moins favorisées de notre corporation.

En conclusion, nous demandons au comité de la SVM de refuser d'entrer en matière sur l'actuelle revendication de la FVCM, à moins que celle-ci n'accepte d'introduire simultanément une revalorisation des prestations générales, portant sélectivement sur les positions utilisées essentiellement par les médecins de premier recours.

Si la FVCM acceptait une telle éventualité, nos trois comités seraient

à la disposition de la SVM pour étudier les modalités d'une telle revalorisation.

*Les comités des groupements  
d'omnipraticiens vaudois, des  
internistes vaudois et des pédiatres  
vaudois*

Ndlr: Cette position a été présentée telle quelle à la FVCM qui a réservé sa réponse.

## Révision de la LAMA: vox populi!

*La dernière tentative de révision de l'assurance maladie date de 1987. Faut-il rappeler qu'à l'époque le Conseil fédéral, les Chambres, les partis politiques souhaitaient cette révision qui, suite à un référendum, a été rejetée par 71% des votants? Du côté des médecins, seul un petit groupe, dont nous faisons partie, s'était opposé à cette révision. Non seulement la FMH était pour la révision mais elle avait tout fait pour éviter qu'un débat démocratique ait lieu dans le milieu médical. L'argument principal pour accepter la révision était que si elle était refusée par le peuple, l'initiative des caisses maladie serait certainement acceptée, ce qui serait bien pire que la révision. Les années passent mais les mentalités restent. La révision a été rejetée par le peuple ainsi que l'initiative des caisses maladie. Et maintenant qu'une nouvelle révision est là, qui est tout aussi inacceptable que celle de 1987, c'est le spectre de l'initiative socialiste qu'on nous brandit pour faire passer cette nouvelle révision! Certes, l'initiative socialiste qui prévoit un prélèvement des primes en pourcent du salaire est totalement inacceptable mais la population suisse n'est certainement pas prête à accepter l'introduction d'une «sécurité sociale» dans le pays alors qu'on voit les faillites de ces systèmes de médecine étatique dans les pays environnants. Le spectre n'est donc pas si terrible qu'on veut bien le faire croire. En réalité, il s'agit d'un prétexte pour éviter une votation populaire. Sans entrer dans les détails qui rendent la révision inacceptable dans sa version ac-*



tuelle et que j'ai eu l'occasion d'exprimer dans ces colonnes, il me semble inconcevable de faire passer une loi qui rend l'assurance maladie obligatoire, va augmenter les primes d'une bonne partie de la population et risque de créer une médecine à deux vitesses sans que le peuple soit consulté. Une nouvelle loi sur l'assurance maladie

risque de régir notre pratique pour des dizaines d'années et le moins que l'on puisse faire est de demander au peuple son avis. On l'a sollicité pour bien moins que cela! Or, la seule manière de le faire est de s'opposer à la loi en faisant un référendum. Chacun doit se sentir concerné. Pour celles et ceux qui ne l'auraient pas en-

core fait, il n'est pas trop tard d'apposer son nom sur une feuille référendaire. Le délai expire le 4 juillet 1994. Les feuilles de référendum peuvent être obtenues au secrétariat du GMI, 2, av. Agassiz, 1003 Lausanne, tél. 021/319 71 11.

Dr Rudolf Mayer,  
président du GMI

## IMPRIMERIE DES ARTS ET MÉTIERS

Suite à une augmentation des coûts, le secrétariat de la SVM adaptera les tarifs des imprimés, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 1994, comme suit:

- notes d'honoraires	(paquet de 500)	Fr. 40.-
- certificat d'incapacité de travail	(paquet de 250)	Fr. 25.-
- certificat médical initial	(paquet de 250)	Fr. 25.-
- rapport au médecin-conseil	(paquet de 250)	Fr. 22.-
- prescription de physiothérapie	(paquet de 250)	Fr. 15.-
- diagnostic	(paquet de 250)	Fr. 10.-

Ces imprimés peuvent être commandés directement à l'imprimerie à Renens au 635 14 82.

Secrétariat de la SVM

### Utilisation abusive de la NMT

Au cours d'une enquête, une délégation du Conseil de santé a constaté qu'un médecin, estimant que la NMT ne rémunérait pas à leur juste valeur les traitements homéopathiques qu'il dispensait, a commis les abus suivants:

- facturation de consultations non effectuées;
- utilisation de positions incorrectes de la NMT afin de faire rembourser par l'assurance maladie des traitements d'homéopathie qui n'étaient pas obligatoirement à sa charge.

Nul besoin n'est de rappeler le bon usage de la NMT!

Le médecin cantonal:  
Dr Jean Martin

# Courrier

## Au docteur J.-P. Randin

C'est avec intérêt que j'ai lu votre article «Approches de l'invalidité» paru dans le dernier Courrier du Médecin vaudois. Je suis tout à fait de votre avis sur la nécessité, pour le médecin qui remplit le «fameux formulaire bleu», de ne pas trop facilement céder à la tentation de proposer une rente. Cependant, ayant fait de nombreuses expertises psychiatriques pour l'AI, j'ai pu constater que, malheureusement, la lourdeur de cette grande administration l'empêche de prendre des décisions qui seraient pourtant dans son intérêt.

Un exemple: j'ai proposé, dans le cas d'une jeune fille de 19 ans qui présentait une agoraphobie en relation avec un grave dysfonctionnement familial, que l'AI prenne en charge la thérapie familiale. Dans ce cas, précisément, la thérapie était une mesure qui aurait permis à cette jeune fille, couturière de son métier, de retrouver sa capacité de gain. La commission n'est même pas entrée en matière sur cette proposition et lui a alloué une rente!

Je crois que cet exemple montre qu'il y aurait beaucoup à faire au sein de l'AI et que les membres des commissions, souvent débordés par le nombre de dossiers à traiter, ont tendance à conclure hâtivement, du

moins en période de vaches grasses. Dans le cas particulier des expertises psychiatriques, les membres de ces commissions ne sont peut-être pas suffisamment informés, mais ils se montrent peu désireux de se renseigner, voire pas du tout. S'il y a des patients qui glissent facilement sur la pente savonneuse de «l'assistanat» il y a, de l'autre côté, une administration qui succombe, elle aussi, à une attitude défensive et au manque d'imagination, ce qui la prive de trouver des solutions parfois beaucoup plus économiques. C'est dommageable pour tout le monde.

J. Caillat



# Nouvelles du comité

## Non au référendum sur la révision de la LAMA

Le comité de la SVM a accueilli, pour leur première séance, les nouveaux élus de l'assemblée générale du 5 mai 1994. Bienvenue aux D<sup>rs</sup> Lauffer et Mermoud, ainsi qu'au professeur Pécoud, qui représente la Faculté de médecine.

Ils se sont d'emblée trouvés plongés au cœur des vastes problèmes qui agitent la corporation médicale, en ce printemps pourri, plus propice à la morosité qu'aux élans d'enthousiasme. La révision de la Loi sur l'assurance maladie a, bien évidemment, été au cœur des débats.

La Chambre médicale du 27 avril 1994 a en effet longuement discuté de la validité des options de ce vaste ouvrage législatif, insatisfaisant pour les médecins à plus d'un égard. Elle a également débattu de la stratégie que nous devrions développer et, en particulier, si le corps médical devait ou non s'associer à un référendum. Alors que le discours des opposants à la loi, prêts à s'associer à un comité référendaire, prenait une large place au cours du débat, le vote final de la Chambre a constitué un contrepoint étonnant, décidant à une voix contre cinq, de refuser de s'associer au référendum ou de le soutenir même indirectement. Cet avis tranché a satisfait les délégués romands qui s'étaient déjà exprimés au cours de l'assemblée des délégués de la SMSR du 14 avril 1994. Il nous paraît en effet dangereux de voir s'associer les médecins à un référendum susceptible de faire capoter une loi, même mal ficelée, au profit de l'initiative de l'USS et du Parti socialiste suisse, qui propose un système de sécurité sociale à la française.

La position du comité de la SVM rejoint en l'espèce celle de la Chambre médicale. Si la révision devait une fois de plus être re-



**l'œdème malléolaire:  
un symptôme objectif  
de l'IVC**

# doxium<sup>®</sup> 500

**agit objectivement sur l'œdème**

L'action de Doxium 500 sur l'œdème a été objectivée par l'observation au microscope électronique d'une situation œdémateuse améliorée après traitement\* et par les résultats de mesures pléthysmographiques réalisées en double-aveugle\*\*.

Doxium 500 agit également sur les autres symptômes de l'insuffisance veineuse chronique comme les lourdeurs, douleurs et crampes nocturnes. Son efficacité sur les perturbations de la microcirculation s'explique par ses actions complémentaires au niveau de la paroi capillaire, du flux sanguin et du drainage lymphatique.

\* Casley-Smith J.R.: Lymphology 18, 37-45, 1985  
\*\* Hachen H.J.: Angiology 33, 480-487, 1982

**doxium<sup>®</sup> 500** dobésilate de Ca  
**angioprotecteur**

Boîtes de 30 et 60 capsules  
**Admis aux caisses-maladie**

Pour plus de détails sur le mode d'utilisation et les précautions à observer, consulter le prospectus d'emballage ou le Compendium.

**OM** **Laboratoires OM**  
**Meyrin / Genève**

poussée aux calendes grecques, c'est les médecins que le public accusera, oubliant tous les autres initiateurs de ce référendum. La SVM s'engagera donc à soutenir la nouvelle LAMA. Il va de soi que chaque

médecin est aussi citoyen et qu'il devra, en son âme et conscience, décider de l'avenir du système de santé suisse.

*Pierre Vallon,  
président de la SVM*



# AMREIN

## ORTHOPEDIE



ATELIER SPÉCIALISÉ POUR LA FABRICATION DE PROTHÈSES, APPAREILS ET CORSETS ORTHOPÉDIQUES,  
LOMBOSTATS EN TISSU, SUPPORTS PLANTAIRES, BANDAGES, BAS ET MANCHONS  
DE COMPRESSION (VARICES ET DRAINAGES LYMPHATIQUES)

MAX AMREIN  
OLIVIER AMREIN  
techniciens orthopédistes-bandagistes  
Maîtrise FA

rue de la Borde 14  
1018 LAUSANNE  
tél. 021/646 85 75  
fax 021/646 20 02

## FOSFOR

### MédiFor : Dossiers médicaux

Adresses / Protocoles opératoires / Rapports / Ordonnances  
/ Médicaments / Littérature / Courrier personnalisé ...

*Nous mettons toutes vos données à portée de main en  
réseau, partagé avec votre assistante médicale grâce à un  
logiciel créé personnellement avec vos idées et notre aide...*

### SwissMed5 : Gestion de cabinet médical

Factures et Rappels, édition en trois langues  
Saisie des prestations avec code barre

### Image Box - Image Base Pro

Solution pour l'acquisition, la gestion et l'archivage d'images  
à partir de toute source vidéo



Fosfor sa 5, chemin de la Biolleyre 1066 Epalinges  
Tél. 021/784 29 61 Fax 021/784 20 62  
BUREAUTIQUE - LOGICIEL - FORMATION



## RANGE ROVER



L'agence du client exigeant



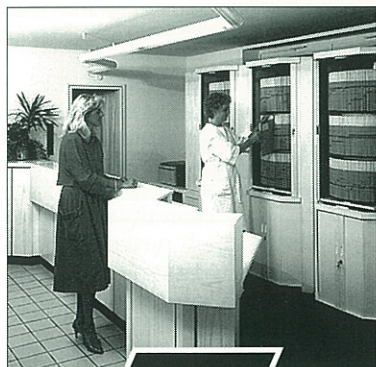
**GARAGE RACING, ROMANEL/Lausanne**

Hugo Buchmann - 021/731 31 81

Agence officielle



RANGE ROVER  
DISCOVERY



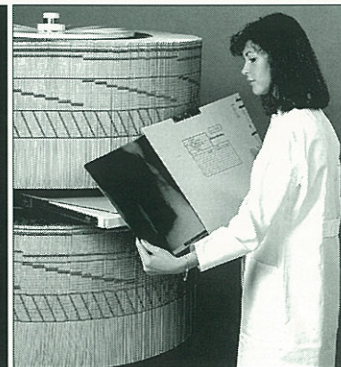
## votre solution

**le classement WÄLLER**  
pour vos dossiers patients et RX

**60 % d'économie de place**  
3'000 dossiers de 3mm sur 0,71 m<sup>2</sup>

**70 % d'économie de temps**

**100 % de sécurité**  
grâce au système d'indexation Wäller  
dossiers sur mesure



**OC Organisation & Classements sa**



Case Postale 60 CH-1820 MONTREUX 2  
Tél. 021 - 964 21 24 Fax 021 - 964 46 68



# Economicité du traitement

## Rapport du groupe de travail de la Commission paritaire sur l'exercice statistique 1991

Mandatée par la Commission paritaire FVCM-SVM, la délégation était composée du Dr Leimgruber et de M. Petitmermet pour la SVM; du Dr Vaucher, de M. Chapuis et de M. Clerc pour la FVCM. Elle s'est réunie à dix-huit reprises entre 1993 et 1994 pour examiner les 135 dossiers retenus par la commission sur la base des données statistiques 1991 et en fonction des critères adoptés lors du précédent exercice. Pour mémoire, elle avait examiné 97 dossiers en 1991.

### Procédure

Les médecins ont été avisés par écrit de l'ouverture de la procédure. Ils ont été invités à faire part de leurs observations.

Sur les 135 dossiers, 71 atteignaient pour la première fois les critères retenus et n'avaient donc pas encore fait l'objet d'une démarche de la part de la Commission paritaire.

Dix dossiers ont été classés d'emblée en raison de la cessation de l'activité des médecins.

Certains médecins signalèrent qu'ils étaient mal répertoriés dans la statistique. Après examen, onze modifications ont été approuvées et les indices recalculés. Six médecins virent,

en conséquence, leur dossier classé; les nouveaux indices n'entrant plus dans les critères retenus.

### Déterminations de la délégation

Comme lors du précédent exercice, la délégation procéda cas par cas en commençant de «haut en bas» par les indices des frais médicaux les plus élevés, en poursuivant l'analyse par l'indice des prestations de base et en terminant par la combinaison de l'indice des frais médicaux associé au nombre de consultations.

Pour statuer, la délégation utilisa les mêmes méthodes que lors de l'exercice précédent. Elle tint compte des éléments avancés par le médecin, des éléments statistiques à disposition et de sa connaissance de la pratique du médecin ou du groupement de spécialistes concerné. A noter qu'elle fut handicapée dans ce travail par le fait que les données statistiques 1992 ne purent être examinées paritairement, à quelques exceptions près dûment autorisées. Par ailleurs, des informations complémentaires ont été demandées à des médecins pour qui il était important de mieux cibler la spécificité de la pratique.

La délégation ne put malheureusement recevoir ceux qui souhaitaient être entendus de vive voix. Par contre, les représentants de la SVM se tinrent à disposition.

En fonction de ce qui précède, la délégation classa globalement 79 dossiers, alors que 56 médecins reçurent un avertissement. Parmi ces derniers, 25 d'entre eux se virent signifier, ainsi, un *second avertissement*.

Sur un plan technique, la formulation de l'avertissement a sensiblement été revue pour tenir compte de la jurisprudence et préciser la procédure suivie par la Commission paritaire.

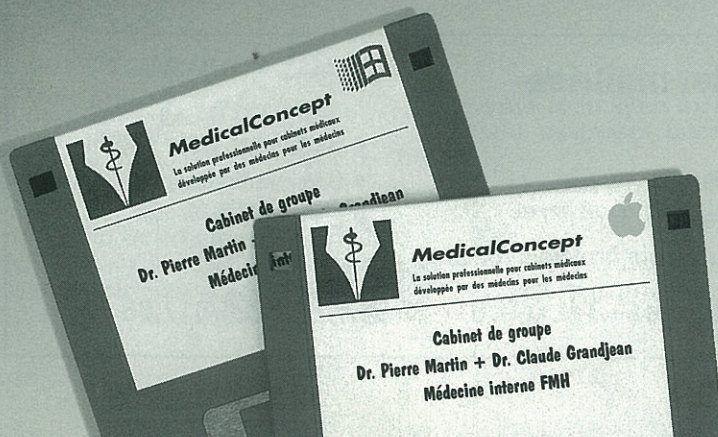
*Remarque:* Après étude des cas ayant reçu un deuxième avertissement, et en fonction de l'évolution des indices sur la base des statistiques 1992, la FVCM a saisi la Commission paritaire afin de déterminer les dépassements considérés comme traitements dispendieux.

Neuf médecins ont ainsi été reçus par la Commission paritaire dans le cadre d'une séance de conciliation. Après avoir accordé un ultime délai de réflexion, les médecins qui n'auront pas accepté de transiger se verront poursuivis en justice par la FVCM.

D. Petitmermet,  
Secrétaire général

## La solution de gestion de cabinet médical proche du médecin

### MedicalConcept



- ◆ Pour Apple Macintosh™ ou Windows™ en version française et allemande
- ◆ Moyen de saisie: souris, clavier, lecteur code-barres ou hamster
- ◆ Anamnèse intégrée avec traitement de texte, liaison avec images et graphiques et reprise directe des données depuis toutes les données permanentes
- ◆ Mono- ou multipostes, configuration spécifique pour chaque cabinet médical
- ◆ Liaison avec le laboratoire, radiographies, dossiers médicaux électroniques, audiométrie, périmétrie, etc.
- ◆ Large possibilité de statistiques

### MedicalConcept

La solution professionnelle pour cabinets médicaux développée par des médecins pour les médecins



**Visio**  
INFORMATIQUE

Passage de la Matze 6  
1950 Sion  
Tél. 027 / 23 11 66  
Fax 027 / 22 28 43





**AMBULANCES  
ALPHA SA**  
Lausanne  
Tél. vert **155 72 73**

**URGENCES  
TRANSFERTS**

**Rapatriements  
Suisse et étranger**

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

Devis gratuit

Location d'oxygène

**24 heures sur 24**

**LE CENTRE  
AUTOMOBILISTE JAN**

À LAUSANNE - ROMANEL - EPALINGES - VEVEY  
UNE ENTREPRISE FAMILIALE 100% VAUDOISE



**AGENCES PRINCIPALES**

JAN S.A. TOYOTA - LEXUS  
Rue du Maupas 18, 1004 LAUSANNE

Tél. 021 / 646.19.21

JAN S.A. TOYOTA NORD  
Rte Croix-Blanche 1B, 1066 EPALINGES

Tél. 021 / 784.36.46/47

CENTRE DE DISTRIBUTION TOYOTA  
Ch. des Mésanges 2, 1032 ROMANEL s/LAUSANNE

Tél. 021 / 648.11.31

JAN S.A. VEVEY TOYOTA  
Rte de Châtel 16, 1802 CORSEAUX s/VEVEY

Tél. 021 / 921.02.31

JAN-AUTOS S.A. BMW  
Petit Rocher 6, 1004 LAUSANNE

Tél. 021 / 626.00.28/29

CILO S.A. CENTRE DE DISTRIBUTION  
CHRYSLER-JEEP, SUBARU 4WD  
Ch. de l'Orio 27, 1032 ROMANEL s/LAUSANNE

Tél. 021 / 648.38.83

CILO 2 S.A. CHRYSLER-JEEP  
Pré-du-Marché 40, 1004 LAUSANNE

Tél. 021 / 647.50.55

CILO S.A. VEVEY CHRYSLER-JEEP  
Rte de Châtel 16, 1802 CORSEAUX s/VEVEY

Tél. 021 / 921.02.31

GRAND MARCHÉ DES OCCASIONS  
GARAGE DE MONTETAN S.A.  
Ch. des Avelines 6, 1004 LAUSANNE

Tél. 021 / 625.07.07

CARROSSERIE DE ROMANEL  
Ch. de l'Orio 27, 1032 ROMANEL s/LAUSANNE

Tél. 021 / 647.11.62/63

**ESTAVAYER-LE-LAC**

Dans immeuble neuf, à vendre du propriétaire ou à louer.

Bureaux pouvant être aménagés pour cabinets médicaux avec secrétariat central, locaux équipés pour informatique, surface disponible environ 300 m<sup>2</sup>, pouvant être divisée au gré des preneurs, prix du mètre carré environ Fr. 3200.-, y compris places de parc.

**A disposition également**

Au-dessus des locaux, appartement grand standing, liaison directe avec locaux ci-dessus. Surface de l'appartement 300 m<sup>2</sup>, en duplex, cuisine agencée bois naturel, salle à manger, séjour avec cheminée, verrière, bibliothèque, séjour musique TV, 4 chambres à coucher, 2 salles de bains, dont une grand luxe, 1 WC séparé, salle de jeux, carnotzet, cave, cave à vin climatisée, 5 places de parc dans parking souterrain fermé, places de parc extérieures.

Prix au mètre carré: Fr. 3300.-. Prêt fixé 5 ans à 4,75%, sur 80% de la valeur de l'objet.

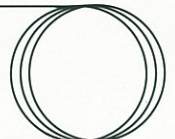
**Pour visite et renseignements:**

Tél. 037/63 39 78

Natel 077/34 27 31

Répondeur: 037/63 59 00

**Degonda Orthopédie SA**



**Technicien orthopédiste - bandagiste, maîtrise**

- Orthèses en carbone
- Orthèses conventionnelles
- Chaussures fonctionnelles
- Chaussures pour supports
- Prothèses
- Corsets orthopédiques
- Supports plantaires
- Coques sur mesure pour fauteuils roulants
- Bandages pour sportifs
- Bas médicaux
- Lombostats

8, avenue du Rond-Point - 1006 Lausanne (sous gare) - Tél. 021/617 83 56 - Fax 021/617 88 15



# Communiqués

## Avis aux internistes vaudois

L'assemblée annuelle du Groupe des internistes vaudois aura lieu le 6 octobre 1994 à 14 heures à l'Hôpital Le Samaritain, à Vevey.

Une première partie scientifique sera animée par le Dr J.-P. Berger et ses collaborateurs; les sujets choisis sont d'intérêt pratique. Ainsi les éléments importants d'une thèse (Dr Stoll, assistant du Dr Berger) portant sur l'étude de la verticalisation sera présentée. Un deuxième sujet traitera l'importance de l'aspect relationnel dans la réadaptation cardiovasculaire, expériences de l'Ouest vaudois. Un film nous sortira brièvement de notre médecine de luxe et nous rappelle les moyens simples d'un hôpital rural africain (jumelé avec Le Samaritain) et l'ingéniosité thérapeutique qui, à défaut d'argent, permet de pratiquer une médecine d'une certaine qualité.

Dès seize heures, la deuxième partie sera consacrée aux affaires professionnelles; elle permettra de vous informer des activités du comité ainsi que celles du Groupe suisse de travail des internistes praticiens, avec ses répercussions importantes sur les activités futures des groupements cantonaux des internistes. Des élections et réélections sont également à l'ordre du jour. Un renouvellement partiel du comité apporterait du vent frais, nous comptons sur quelques candidatures de votre part.

Agendez cette réunion maintenant! Votre présence en nombre est importante aussi bien pour la médecine interne que pour la médecine de premiers recours et, last but not least, pour nos patients. Le programme détaillé vous parviendra fin août 1994.

Dr A. Senff,  
président du GIV

## Nouveau bip en pédiatrie

Un nouveau bip est attribué au chef de clinique de la Polyclinique et des urgences. Il s'agit du 828-601.

Ce bip est en service la journée et il est souhaitable que toutes les admissions soient signalées à ce numéro.

Les cas de maltraitance et d'abus

sexuels peuvent également y être annoncés. Le chef de clinique contactera par la suite un des membres du CAN-team (Child Abuse and Neglect).

La procédure d'admission des patients est *inchangée la nuit, les jours fériés et les week-ends*: le médecin assistant de garde (bip 828.571 pour la pédiatrie; bip 828.572 pour la néonatalogie) est atteignable en tout temps et contactera le chef de clinique de pipquet, si nécessaire.

### CAN-team (Child Abuse and Neglect)

Un groupe de prévention de la maltraitance a été créé au début de l'année 1994 dans les services de pédiatrie et de chirurgie pédiatrique du CHUV et de l'Hôpital de l'Enfance.

Il s'agit d'une structure hospitalière permettant l'évaluation d'enfants victimes de sévices, de négligence ou d'abus sexuels, complétant les organismes déjà en place (SPJ, Brigade des mineurs, Groupe de référence pour les mauvais traitements).

Cette structure est à votre disposition et vous pouvez joindre les répondants de la façon suivante:

- CHUV: tél. 021/314 11 11;
- Dr Cheseaux: bip 849.520;
- chef de clinique: bip 828.601 (urgences journée);
- médecin assistant: bip 828.571 (urgence nuit, fériés, week-ends);
- Hôpital de l'Enfance: téléphone 021/626 12 12;
- Mme Druse de Crousaz: téléphone 021/626 12 12;
- médecin assistant: bip 16.343 (urgences nuit, fériés, week-ends).

## 3-Day course on Microengineering in Biology and Medicine

and its application to minimally invasive techniques for therapy and medical diagnoses interventional radiology

October 5-6-7, 1994

Swiss Federal Institute of Technology

(EPFL, Lausanne, Switzerland)

Registration forms can be requested at the following address: Mrs. Martine

Peter, Applied Optics Laboratory, Ecole polytechnique fédérale de Lausanne, téléphone (41) 21/693 51 85, fax (41) 21/693 37 01.

## Silicone - Situation en juin 1994

Les prothèses en silicone sont utilisées un peu partout dans l'organisme, mais ce sont les implants préremplis en gel de silicone qui sont dans le collimateur actuellement.

A la suite de quelques procès retentissants aux Etats-Unis, les fabricants principaux, avec leurs assurances RC, ont décidé de mettre fin à une pression énorme exercée par quelques lobbies, en particulier certains groupes d'avocats et les détenteurs de brevets de valve des prothèses gonflables.

Une proposition de règlement à l'amiable est en train d'être trouvée. Les plaignantes qui souffriraient de certaines pathologies de type sclérodémie, lupus érythémateux, connectivites non spécifiques, etc., peuvent s'annoncer auprès du juge Sam Pointer, du Tribunal de Birmingham/Alabama, afin de recevoir une somme de dédommagement.

Ces patientes devraient en même temps renoncer à toute prétention future. De la somme de 4,25 milliards de dollars, 127 millions seront réservés aux plaignantes non américaines, qui auraient été lésées par des implants fabriqués aux Etats-Unis.

La somme peut paraître énorme, cependant il faut relativiser en tenant compte de la population américaine et le fait que les éventuels remboursements se feraient sur une période de... trente ans! A relever encore que 25% de la somme serviront à couvrir les frais d'avocats...

Chose insensée encore il y a quelque temps, le juge s'est fait relayer par des agences de presse européennes pour généraliser l'appel worldwide.

Cette façon de faire n'a pas l'heur de plaire aux juristes de l'Union européenne (UE) qui pensent qu'il s'agit là d'un impérialisme typiquement américain. Sur le plan médical, il n'y a à ce jour que quelques cas rapportés de connectivite, en rapport avec des prothèses, bizarrement pratiquement toujours au sein et non pas dans d'autres localisations, ce qui laisse rêveur.



La proportion de connectivité rapportée semble pratiquement la même que dans la population normale et cela malgré plusieurs millions de personnes dans le monde, porteuses de prothèses. Cependant, il n'est pas exclu, à ce stade, qu'il y ait une certaine hypersensibilité à certains matériaux implantés, mais à ce jour et malgré des recherches assez poussées et trente-trois ans d'expérience, il n'y a encore aucune certitude ni aucun test.

Il n'en reste pas moins qu'il n'y a pas de fumée sans feu et que certainement dans les années 1970, on a produit des prothèses de moins bonne qualité: des membranes trop fines avec des gels trop liquides. Ces implants ont été depuis retirés du marché.

L'UE et l'AELE, y compris la Suisse, ont créé un Comité européen de normalisation (CEN) sur tous les «Medical devices». La SSCPRE, par l'ASN, est membre de la Section suisse du CEN, pour le groupe de travail numéro six concernant spécifiquement les implants mammaires. Son expert et délégué est le Dr G.-F. Maillard, privat-docent à Lausanne.

La dernière réunion de cet organisme a eu lieu à Stockholm du 17 au

20 mai 1994. La Commission des implants mammaires était formée de scientifiques, de fabricants, de juristes et de chirurgiens. Elle prépare des normes précises, lesquelles auront force de loi dès publication dans quelques mois. L'impact législatif sera d'ordre supranational pour tous les pays adhérant à l'UE et à l'AELE.

#### Sur le plan pratique:

Il n'est pas possible, à ce stade, de jeter l'opprobre sur le silicone, car il reste encore le meilleur matériel implantable:

- les patientes déjà porteuses d'implants doivent faire l'objet d'un suivi médical par le spécialiste concerné et parfaitement au courant du problème;
- en cas de connectivité, un bilan doit être fait par un immunologue ou un interniste au courant du problème;
- le chirurgien spécialisé proposera, le cas échéant, un changement d'implant si nécessaire, ou une autre intervention permettant de se passer de l'implant;
- les rares patientes qui auraient une pathologie certainement en rapport avec un implant peuvent rejoindre l'«Action de masse» en dommages et intérêts auprès du Tribunal d'Ala-

bama (cette affaire n'est cependant qu'au stade de l'audition actuellement et il est présomptueux de vouloir tirer des conclusions hâtives).

#### Pour l'avenir:

- l'Europe est en train de créer des normes pour les «Medical devices» pour protéger les patientes;
- on sait déjà que des implants à paroi épaisse et avec des gels de haute viscosité présentent une fiabilité beaucoup plus grande;
- comme tout matériel chirurgical, un suivi doit raisonnablement être proposé;
- il faut éviter, dans la situation actuelle, une panique ou une anxiété disproportionnée avec le sujet;
- et l'on peut se poser vraiment la question de la responsabilité des actuels fauteurs de troubles sur la santé en général, à cause de la panique qui a été déclenchée.

#### Pour la SSCPRE:

*Le président: Dr A. Eschmann,  
chirurgie plastique et reconstructive,  
Hôpital régional de Sion  
Dr G.-F. Maillard, privat-docent,  
expert et délégué CEN,  
17, av. de la Dôle, Lausanne*

## Calendrier médical vaudois

Période du 27 juin  
au 19 août 1994  
N° 6/94

### Lundi 27 juin

12 h.: Séminaire du labo. de neurochimie du Service de pédiatrie. - Salle de colloque 3, BH-08 CHUV. - Dr Guillermina Almazan, Ph. D. (Montreal): «Activation des récepteurs muscariniques dans des cultures primaires d'oligodendrocytes: implications fonctionnelles».

### Mardi 28 juin

12 h.: Colloque de l'Hôpital de Nyon. - Salle du Corjon, Hôpital. - D<sup>esse</sup> M. Montani: «Quelques problèmes d'endocrinologie».

12 h.-14 h.: Colloque médical de la Clinique La Source. - Auditoire Fréminet. - D<sup>s</sup> N. Paschoud, R. Golaz, J.-Ph. Chave: «Antibiothérapie prophylactique en chirurgie».

15 h.: Séminaire de la Division d'endocrinologie et du métabolisme. - Salle des colloques 19-323, CHUV. - Dr E. M. Sternberg (Bethesda): «The stress response and susceptibility to inflammatory disease: neural-immune connections».

17 h. 30: Colloque de la Division d'endocrinologie et du métabolisme. - Salle 10-301, CHUV. - Dr J. M. Ferrara: «Maladie de Cushing récidivante».

### Mercredi 29 juin

12 h. 45: Colloque de l'Hôpital de Montreux. - Salle de conf. de l'Hôp. - Dr P.-F. Hoeppli: «La posture dans la genèse des lombalgies».

14 h.-18 h.: Journée de recherche du Département de médecine interne du CHUV et de la PMU. - Audit. 1129, BFSH 2, Dorigny. - Prof. A. So, D<sup>s</sup> J.-D. Aubert, Ph. Moreillon, M. Burnier, J. Billotte, U. Scherrer, B. Kruthof, M<sup>me</sup> Ch. Camani.

17 h. 15: Colloque du Département des services de chirurgie. - Audit. Tissot, CHUV. - Dr F. Lang: «Sténoses laryngo-trachéales: résultats à long terme des traitements chirurgicaux et endoscopiques».

17 h. 30: Colloque romand de radiologie. - Audit. 3, CHUV. - Prof. J. Rémy (Lille): «Vers quelles substitutions se dirige l'imagerie médicale».

### Jeudi 30 juin

8 h. 15-9 h.: Colloque du Département de médecine interne. - Audit. Mayor, CHUV. - Prof. C. Perret et coll.: «Problèmes éthiques en soins intensifs, quelles auraient été vos attitudes?».

9 h. 30-12 h.: Colloque pour les dermatologues de la Suisse romande. - Audit. de l'Hôp. de Beaumont, CHUV. - D<sup>s</sup> D. Lienard et R. Ketterer: «Bilan 1992/93 de la consultation du mélanome».

13 h.: Colloque commun de microbiologie, maladies infectieuses et d'hygiène hospitalière. - Audit. Mayor, CHUV. - Dr L. Perrin (Genève): «Résultats de l'étude AZT versus placebo dans l'infection primaire par HIV».

14 h.-16 h. 30: Réunion conjointe du Département de pharmacologie et de toxicologie et du Département de biologie moléculaire. - Audit. Yersin, CHUV. - «Biotechnologie et développement de nouveaux médicaments».

14 h. 15-15 h. 45: Conférence du CEPUSPP - Audit. de la Clinique psychiatrique univ. de Cery, Prilly. - Prof. J. Hochmann (Lyon): «La fonction soignante en psychiatrie».

16 h.-16 h. 45: Colloque de cardiologie. - Audit. Tissot, CHUV - Dr J.-C. Stauffer: «Comment

prendre en charge un angor instable?».

18 h. 15: Colloque pluridisciplinaire de gastro-entérologie, chirurgie générale et d'ORL. - Audit. Tissot, CHUV - Dysphagie.

### Vendredi 1<sup>er</sup> juillet

12 h. 15: Séminaire de l'Institut de physiologie. - Salle de sémin. de l'Institut, Bugnon 7, Lausanne - Prof. M. Van der Linden (Liège): «La rééducation des troubles de la mémoire chez le patient amnésique: exploitation des capacités préservées».

16 h.-17 h.: Colloque du Service de chirurgie. - Salle de colloque niveau 15 sud - Dr D. Liénard: «Expérience des métastastectomies à l'Hôpital Erasme de Bruxelles».

### Mardi 12 juillet

12 h. 30 (lunch-meeting): Colloque multidisciplinaire (dermato-immuno-néphro-rhumatologie). - CHUV, Hôpital Beaumont, audit. 305. - D<sup>esse</sup> R. Schultheiss: «Lichen plan érosif avec atteinte oculaire».

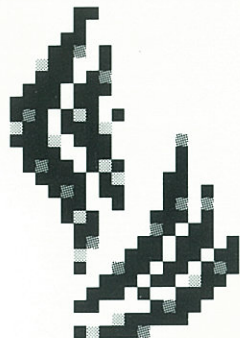
15 h.: Séminaire de la Division d'endocrinologie et du métabolisme. - Salle de colloque 19-323, CHUV. - G. Van Haasteren (Rotterdam): «The central regulation of the thyroid function: the role of TRH».

Prochain délai de réclamation: le 8 août 1994, pour la période du 22 août au 23 septembre 1994.



Lausanne  
Clinique Cecil

Une clinique  
du Groupe Hirslanden



Dès **le 4 juillet 1994**, notre **nouvel**

## INSTITUT DE RADIOLOGIE

sera totalement à votre service

- Radiologie
- Ultrasons
- Scanner
- IRM (nouveau depuis le 9.5.1994)
- Médecine nucléaire

Médecins responsables:

Professeur Dr Angela Anderegg  
Docteur Jean Bohnet  
Docteur Blaise de Morsier  
Docteur Benoît Richoz

Ces médecins se tiennent volontiers à votre entière  
disposition pour tout renseignement:

Tél. 021/320 32 08 – 320 32 09

Fax. 021/310 50 75 (dès le 4.7.1994)

Notre adresse:

Institut de radiologie Cecil  
Av. Ruchonnet 53  
1003 Lausanne  
(entrée av. Marc-Dufour 4)

Le Groupe Hirslanden  
Clinique Cecil Lausanne ■  
Klinik Beau-Site Bern □  
Klinik Hirslanden Zürich □  
Klinik im Park Zürich □  
Klinik im Schachen Aarau □

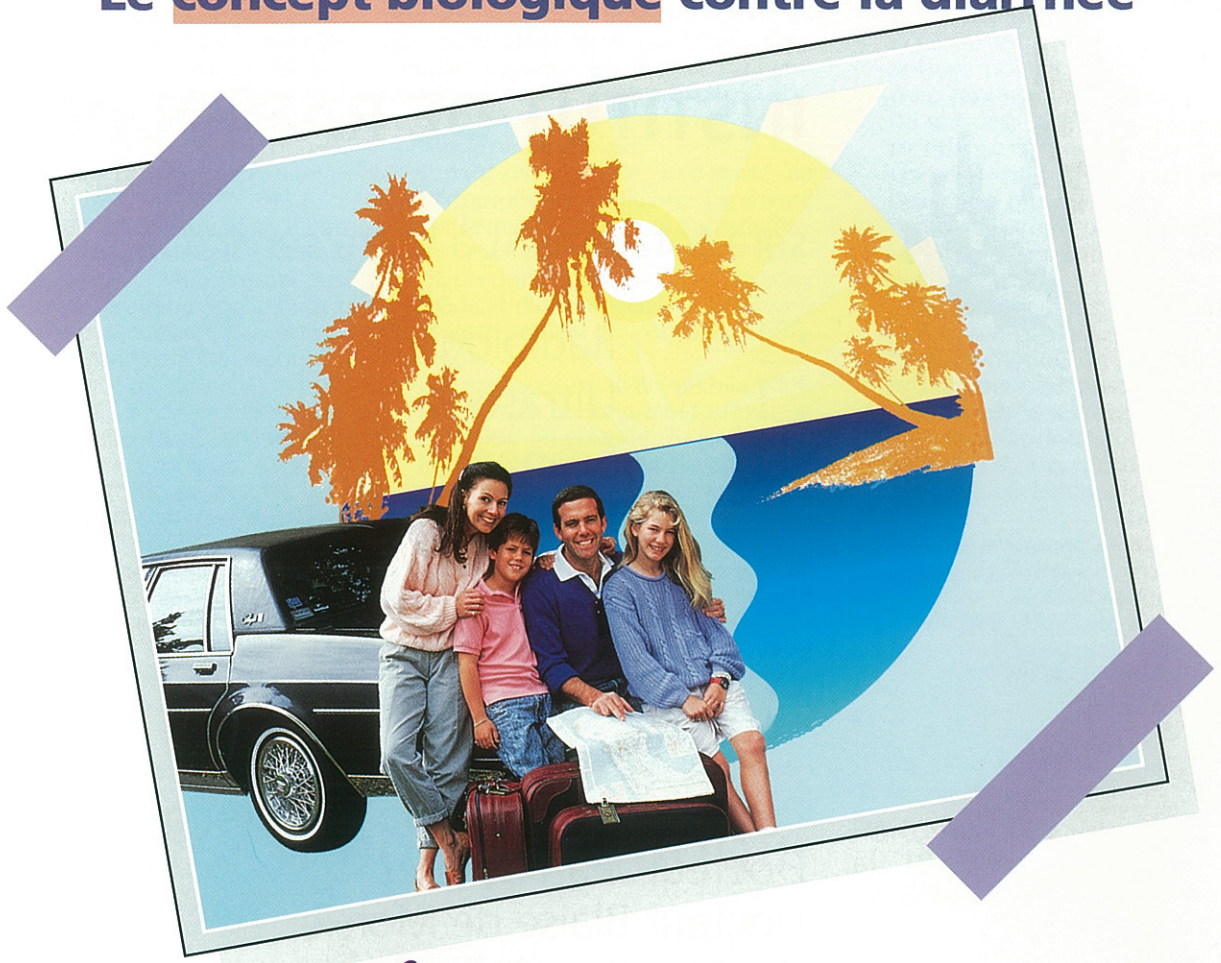




# Bioflorin<sup>®</sup>

Entérocoques vivants  
Souche SF 68

Le concept biologique contre la diarrhée



## *Merci Docteur!*

**Bioflorin<sup>®</sup> rééquilibre la flore bactérienne et stoppe la diarrhée**

Gastroentérites ● entérites ● entérocrites ● diarrhées causées par les médicaments (p. ex. antibiotiques) ● diarrhées des voyageurs ● diarrhées alimentaires ● dyspepsies toxiques de l'enfant

Informations supplémentaires  
dans le Compendium Suisse des Médicaments  
ou auprès de la maison Giuliani SA  
6976 Castagnola-Lugano  
Tel. 091 51 81 12

6048

# GIULIANI