

COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

**La FRC:
un véritable partenaire**

Réseau FARMED

**Incapacité de travail
et assurance chômage**

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

4

JUIN
1998

pirétanide [®]
Arelix

*La diurèse
à cœur*

Notre expérience des diurétiques nous a fait grandir.

Composition: pirétanide, comprimés: 6 mg, ampoules 6 mg/2 ml. OICM liste B. **Indications:** Hypertension, oedèmes secondaires à l'insuffisance cardiaque, à des affections rénales ou hépatiques, traumatismes crânio-cérébraux. **Posologie/Mode d'emploi:** oedèmes au début 1 compr. puis 1/2-1 compr. par jour; hypertension au début 2 x 1 compr., puis 1 compr. par jour. Ampoules doses unitaires de 6 à 12 mg, si nécessaire 3 x/j. En cas d'oedèmes pulmonaires, au début 12 mg i.v., selon la réponse du patient, une nouvelle injection après 20 min. **Contre-indications:** hypersensibilité, insuffisance rénale grave, coma ou précoma hépatique, hypokaliémie sévère, hyponatrémie et/ou hypovolémie avec ou sans hypotension, enfants. **Précautions:** examens de laboratoire, aptitude réduite à la conduite de véhicules, grossesse. **Effets indésirables:** perturbation de l'équilibre hydro-électrolytique, troubles allergiques et autres. **Interactions:** antihypertenseurs, AINS et autres. **Présentations/Prix:** 20*, 100* compr. Fr. 11.30, 47.55/amp. Fr. 10.50. * admis aux caisses-maladie. Pour de plus amples informations, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments. ARL/adpr/1-98

Hoechst Marion Roussel AG, Herostrasse 7, 8048 Zurich, Tél. 01 434 25 25

Hoechst Marion Roussel

Hoechst ■

Hoechst Marion Roussel
The Pharmaceutical Company of Hoechst

1 Editorial

Nouveaux statuts de la SVM

Les nouveaux statuts ont été plébiscités avec un taux de participation plus qu'honorable: 45%. Le comité tient à remercier très chaleureusement les membres de la COMDYN pour tout le travail qu'ils ont effectué au cours de ces quatre dernières années.

Ces statuts entrent en vigueur immédiatement. La convention établissant une commission paritaire entrera, quant à elle, en vigueur dès sa ratification au 1^{er} juillet 1998.

Résultat du vote par correspondance

Nombre de bulletins délivrés: 1783	Nombre de bulletins rentrés	Oui	Non	Blancs
Statuts SVM	782	725	54	3
Règlement des admissions à la SVM	771	729	30	12
Règlement définissant les groupements	770	708	58	4
Règlement de procédure de la commission de déontologie	787	747	36	4
Convention établissant une commission paritaire	749	673	73	3

Sommaire

1 Editorial

3 Dossier
Pourquoi donner la parole à la FRC? Médecine rationnée ou rationnelle? Trois initiatives fédérales, trois fois NON

7 Réseau
FARMED

8 Relations avec le CHUV

11 Aspect juridique

14 Communiqués

16 Calendrier médical vaudois

**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

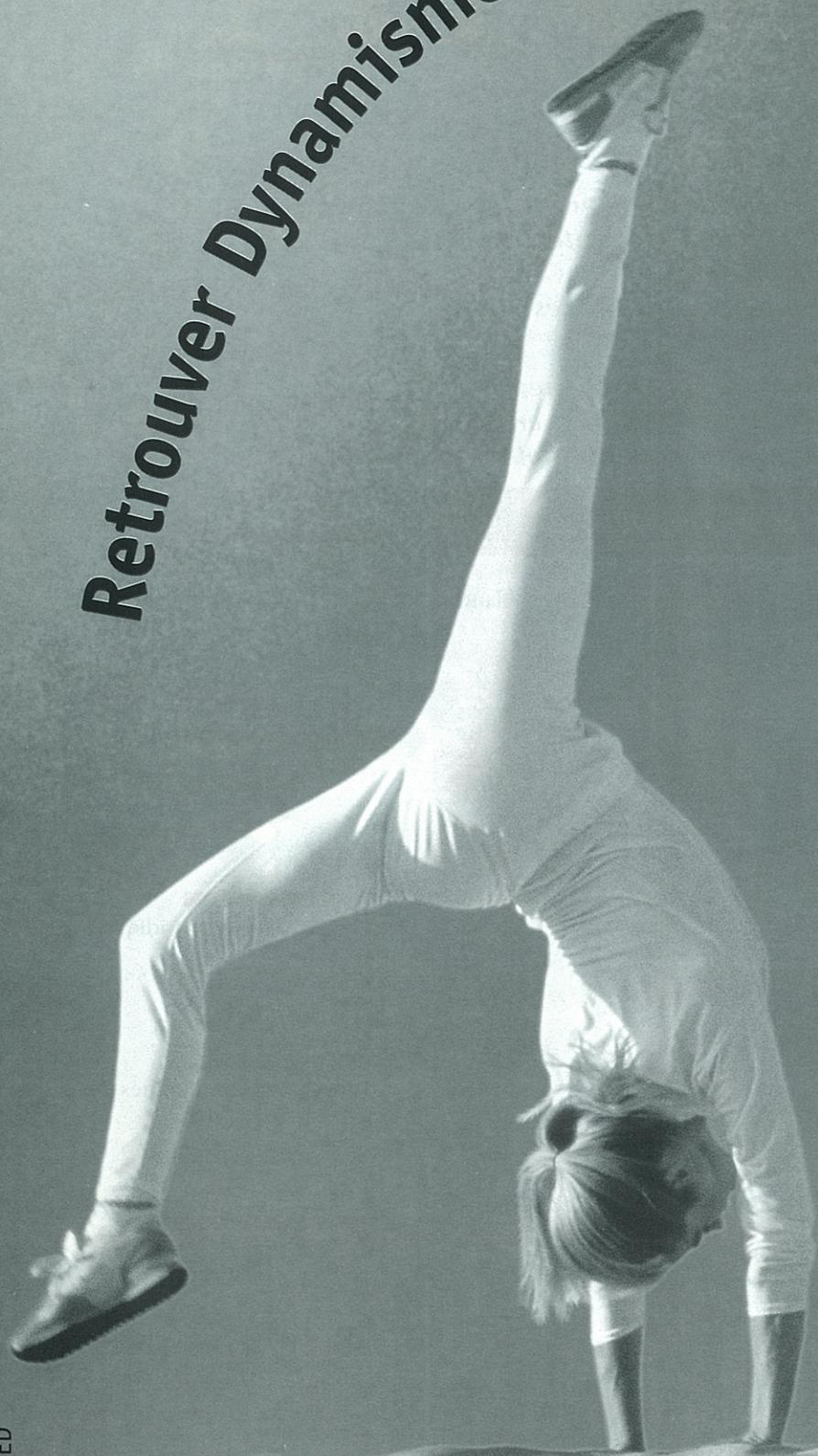
Prochaines parutions:

N° 5/98
2 septembre 1998
(délai rédactionnel:
10 août 1998)

N° 6/98
14 octobre 1998
(délai rédactionnel:
21 septembre 1998)

Biotonus

Retrouver Dynamisme et Vitalité



TIB/SPEED

Biotonus
Clinique Bon Port

Clinique de médecine interne
21, rue Bon Port, CH-1820 Montreux
Tél. 021-963 51 01, Fax 021-963 77 95

Dossier

Pourquoi donner la parole à la FRC?



Parce que, avec la LAMal, il est devenu impérieux que les consommateurs-assurés revendiquent et puissent assumer leur place de partenaires dans le système de santé. Active sur tous les fronts, la Fédération romande des consommateurs s'est toujours préoccupée des questions de caisse maladie et de santé. Mais l'introduction de la LAMal l'a obligée à s'engager encore plus dans la défense des assurés.

Médecins, pharmaciens, hôpitaux et assureurs prétendent tous défendre les intérêts des consommateurs-assurés. Mais, en même temps, ils défendent leurs propres intérêts financiers et cela vaut bien entendu aussi pour les assureurs, depuis que les complémentaires relèvent du droit privé. Les seuls qui n'ont rien à dire, mais qui paient, ce sont les assurés. La FRC se doit donc de les aider en étant active à trois niveaux.

Comment?

Nous travaillons tout d'abord sur le terrain. Grâce à notre permanence téléphonique (157 31 05 à Fr. 1.49 la minute), nous venons en aide aux assurés en prodiguant des conseils individualisés, nous répondons aux questions que chacun se pose compte tenu de sa situation personnelle, nous livrons aux consommateurs des éléments de comparaison qui leur permettent ensuite de prendre la bonne décision, seule façon de faire jouer la concurrence entre les caisses et d'avoir une vue d'ensemble du marché.

La FRC est aussi un lobby qui défend les assurés au niveau législatif. Nous participons aux procédures de consultations, nous siégeons au sein des commissions fédérales, celle des

prestations par exemple. Notre but est d'améliorer l'assurance de base afin qu'il n'y ait pas de médecine à deux vitesses pour tous ceux qui ne pourront pas ou plus se payer les complémentaires. L'obtention de la mammographie préventive à partir de 50 ans et payée par l'assurance de base est un bel exemple d'un combat gagné.

Devenir une troisième force entre les médecins et les caisses maladie

Nous ne limitons pas notre action aux niveaux législatifs fédéral ou cantonal. Nous voulons donner une voix aux assurés, devenir une troisième force entre les médecins et les caisses maladie.

Certains médecins partent de l'idée qu'en défendant leurs intérêts, ils défendent ceux des malades. Or, ils ne se sont jamais élevés contre la hausse des cotisations, ils n'ont jamais protesté contre l'exclusion des soins d'une partie de la population. Certains d'entre eux ont même pratiqué des actes inutiles pour maintenir ou ne pas enregistrer une baisse de revenus. La révision totale du tarif médical (GRAT), qui doit instaurer une nomenclature unique des prestations médicales et un prix unique pour chaque prestation (pondéré par le coût de la vie dans chaque canton), soulève un tollé chez certains médecins prestataires de «gestes techniques». Il nous paraît pourtant juste de revaloriser les prestations «intellectuelles» (généralistes, pédiatres, internistes, psychiatres) par rapport aux prestations «techniques» (opérations, radiologie, etc.).

Quant aux caisses maladie, elles s'engagent dans de véritables guérillas (contre les médecins, contre les hôpitaux, contre les cantons), sans se soucier le moins du monde des retombées sur l'assuré ou le patient. Chaque fois que la loi ou les ordonnances sont imprécises, elles s'engouffrent dans la brèche et utilisent toutes les failles pour refuser le remboursement des prestations. L'exemple typique d'un tel comportement (cas arrivé à la permanence FRC-Conseil): un monsieur doit

subir une opération cardiaque et on lui enlève toutes ses dents. Il s'agit de soins dentaires nécessaires aux traitements de foyers infectieux préopératoires, pris en charge par la LAMal. Mais la caisse refuse de payer la prothèse dentaire pour rétablir la capacité de mastication, alors même que, selon la LAMal, ces frais dentaires sont occasionnés par une maladie grave ou ses séquelles. Nous avons porté le cas devant le tribunal pour avoir une jurisprudence claire.

Autre exemple: la Cosama avait prévu dans ses conditions générales que l'assuré libère automatiquement son médecin du secret médical. C'est tout simplement contraire à la loi sur la protection des données. Là aussi, nous avons conseillé à l'assuré de biffer ce genre de clause.

Les caisses maladie pratiquent la compensation des primes impayées sur les prestations qu'elles doivent rembourser. L'ordonnance prévoit qu'une caisse ne peut suspendre les prestations qu'après avoir reçu un acte de défaut de biens et informé l'autorité d'aide sociale. Lorsqu'une caisse se «rembourse» des cotisations impayées en ne versant pas les prestations qu'elle doit à l'assuré, elle court-circuite l'intervention de l'aide sociale dans certains cas où elle est manifestement nécessaire.

D'ici à quelques années, nous n'aurons peut-être plus que quelques mégacaisses qui détiendront l'assuré en otage. Les assureurs sont maintenant préoccupés par la compression des coûts au détriment, qui sait, de la qualité des traitements. Il est urgent que les assurés représentent un véritable contrepoids, soient au centre des préoccupations et non pas des payants sans voix. Il est urgent que les assurés participent à la politique de la santé.

La Fédération romande des consommateurs, qui est une organisation indépendante, sans appartenance politique ni liaison avec un groupe économique ou financier, joue ce rôle de défense et de représentation. De plus, nous avons une infrastructure romande et nous représentons 40 000 assurés-consommateurs.

M^{me} C. Roulet

Présidente de la section vaudoise FRC

Médecine rationnée ou rationnelle?

Serons-nous obligés de rationner? La Suisse ayant le système de santé le plus cher au monde après les Etats-Unis, faut-il envisager sérieusement cette solution et son cortège insoutenable d'exclusions: «Vous êtes trop âgé pour bénéficier d'une dialyse ou d'une intervention chirurgicale, vous avez trop fumé, vous appartenez à une catégorie de malades «indignes»...» Est-il préférable de parler ouvertement du rationnement des soins plutôt que de l'introduire subrepticement, de manière larvée et sans aucun critère autre que celui de l'argent?

Rationnement et rationalisation, parlons-en. Car il ne faut pas rêver: le vieillissement de la population est incontestable, les progrès de la médecine nécessitent des moyens techniques toujours plus performants et coûteux, l'Etat diminue des subventions publiques et transfère sur les particuliers une partie des coûts de la santé. La LAMal a introduit d'indéniables progrès, entre autres la suppression des réserves – une forme typique de rationnement –, la prise en charge des hospitalisations longues durées et des soins dans les établissements médico-hospitaliers, mais qui ont un coût. Le consommateur aussi contribue à l'explosion des coûts quand il pratique le «j'ai payé, j'y ai droit» parce qu'il juge que la cherté des primes «justifie» son comportement.

Le message de la Fédération romande des consommateurs (et des assurés) est clair: rationalisons d'abord pour ne pas être obligés de rationner. C'est parfaitement possible si tous les acteurs du secteur de la santé jouent le jeu.

Le consommateur d'abord. Nous lui demandons depuis longtemps d'être un assuré responsable et conscient des coûts qu'il provoque, ce qui n'est d'ailleurs pas aisé vu la difficulté pour lui de contrôler la facture de son médecin et, disons-le, son relatif désintérêt parce que sa cote-part est faible et que ce n'est pas lui mais la caisse maladie qui paie la facture. Nous pensons que le carnet de santé pourrait être un frein utile au tourisme médical et que le second avis médical peut amener à reconsidérer l'utilité d'une opération.

Cela dit, tous les fournisseurs de soins, et les médecins principalement, doivent aussi jouer leur rôle. Le consommateur consulte pour être «guéri», mais cette demande du patient est diffuse: c'est le médecin, par sa prescription, qui la transforme en une demande plus concrète. En d'autres termes, c'est l'offre du médecin qui détermine la demande du patient et non l'inverse. Loin de nous l'idée de faire des procès d'intention. Nous constatons simplement que dans un système

Non, résolument non à une médecine à deux vitesses, de qualité inégale pour riches et pauvres

où le médecin est rémunéré à l'acte, celui qui les augmentera pour guérir un patient sera mieux payé.

Rationaliser signifie pour la FRC limiter l'offre de prestations inutiles ou inefficaces. Nous sommes au clair sur celles qui sont inutiles (les fameux exemples d'ablation de la matrice). Quant aux prestations inefficaces, les médecins sont à même de les définir: des critères ont été établis pour déterminer quels examens ou opérations étaient superflus. Il existe aussi des guides de la pratique médicale destinés à optimiser la décision médicale. Il faudrait encourager la diffusion et l'application de tels critères. Pour la FRC, rationaliser équivaut donc à se préoccuper de la qualité de la médecine: adéquation de l'acte médical, compétence technique de celui qui l'effectue et respect de la dignité humaine. On ne peut maintenir la qualité en compressant les coûts au-delà d'un certain seuil. Mais en améliorant la qualité par la suppression de gaspillage, on obtient une diminution des coûts. Nous l'appelons de nos vœux pour éviter d'en arriver au rationnement et à une médecine de qualité inégale pour riches et pauvres.

Avant la révision de la LAMA, certaines caisses maladie ne jouaient déjà pas le jeu puisqu'elles avaient allègrement oublié leur rôle d'assureur social en drainant les assurés intéressants, ces fameux «bons risques». Elles ne se souciaient guère du gonflement de leurs coûts administratifs et payaient sans trop contrôler, ne donnant que rarement suite aux éventuelles réclamations d'un assuré responsable. «De quoi vous plaignez-vous puisque la caisse paie?» Pour les assurances complémentaires, certaines caisses pratiquent aujourd'hui plus que jamais la «sélection des bons risques»: les femmes, les personnes âgées, les malades chroniques

en font la cruelle expérience. Cette application des «lois du marché» (la prime fixée uniquement en fonction du risque), que toutes les caisses ne pratiquent heureusement pas, a quelque chose de choquant: la santé est traitée comme la casco automobile. D'autres caisses se livrent en outre à un démarrage éhonté que nous dénonçons.

Cela dit, depuis qu'elles ont pris conscience que, dans l'assurance de base, l'assuré peut faire jouer la concurrence (l'offre est facilement comparable), elles s'efforcent de limiter leurs coûts et ont eu, jusqu'à maintenant, le monopole des propositions visant à les enrayer. Nous saluons le fait que des médecins participent aussi à cet effort, preuve en est la création à Genève par exemple d'un réseau de santé regroupant quelque 250 praticiens.

Les hôpitaux sont le secteur où les coûts ont le plus fortement progressé jusqu'à ce jour. Ils font actuellement un gros effort pour les stabiliser ou les réduire. La diminution des lits est inéluctable: la LAMal exige une planification hospitalière. L'assuré, habitué à avoir «son» hôpital à proximité de son domicile, devra aussi faire des «sacrifices», qui seront d'autant mieux acceptés si des politiques d'accompagnement sont mises en place: la possibilité pour la famille de loger à proximité du malade, par exemple.

En tant que représentants des assurés-consommateurs, nous nous permettons une question: la volonté de rationner ne viendrait-elle pas du manque de volonté de rationaliser? Le rationnement n'entraînerait-il pas la création d'un marché parallèle auquel seuls accèdent ceux qui en ont les moyens? Que l'on cesse de nous parler de la lise de l'Oregon. Commençons par le commencement: diminuons d'abord les lits d'hôpitaux, les suréquipements coûteux (nombre trop élevé d'appareils de résonance magnétique, par exemple) qui sont des non-sens économiques, les revenus exagérés de certains spécialistes, le surnombre de prestataires de soins, les opérations inutiles, le tarif des actes techniques, le tourisme médical. Les soins inappropriés consomment inutilement des ressources. Si, en Angleterre et en Suède, la population doit patienter des mois pour certaines opérations alors que les plus riches obtiennent sans peine des interventions rapides dans le secteur privé, c'est parce que ces pays n'ont pas rationalisé, mais rationné. Non, résolument non à une médecine à deux vitesses, de qualité inégale pour riches et pauvres.



Trois initiatives fédérales, trois fois NON

- Pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier
- Pour des médicaments à moindre prix
- Pour des coûts hospitaliers moins élevés

Nous profitons ici de donner notre avis sur les trois initiatives fédérales qui ont en commun de paraître favorables aux consommateurs-assurés mais entraîneraient des hausses désastreuses, des problèmes de santé publique ou une opération de désassurance dramatique au moment où l'on tente de limiter au maximum les séjours en hôpital.

NON à l'initiative «Pour le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier»

L'initiative, lancée en décembre 1996, émane d'un groupe de médecins et de directeurs de clinique privée, réunis autour du Dr Guido Zäch, de Nottwil. Le but est d'assurer à tous les patients le droit de choisir librement son médecin, son hôpital et d'avoir la garantie d'une couverture intégrale des coûts. Ce libre choix, nous disent les initiateurs, «a pour conséquence une concurrence dans le domaine de la santé, ce qui maîtrisera les coûts».

En fait, cette initiative qui, à première vue, semble très séduisante pour le patient, entraînerait des hausses de primes désastreuses en laissant chacun se faire soigner, sans désavantage financier, dans n'importe quelle clinique, même aux tarifs les plus élevés. Ainsi, les efforts que déploient les caisses pour négocier des tarifs avantageux seraient réduits à néant.

Deuxième conséquence: puisque le patient aurait droit à la couverture de tous les coûts et dans tous les hôpitaux, il n'y aurait plus aucune raison de s'attaquer aux surcapacités existantes. Résultat: les hôpitaux superflus ou pratiquant des tarifs trop élevés subsisteraient. Soulignons qu'hôpitaux publics et privés seraient mis sur pied d'égalité. Ainsi, les hôpitaux publics pourraient perdre leur subvention, car l'Etat ne subventionnerait plus les murs, mais les malades. Nous sommes certains que le passage d'un

système à l'autre entraînerait une hausse des primes pour les assurés.

Troisième point: la concurrence ne peut exister que si les assureurs ont une entière autonomie quant aux contrats et conventions qu'ils passent avec des fournisseurs de prestations. C'est justement ce que l'initiative veut empêcher, puisqu'elle oblige les assureurs à prendre en charge les prestations de tous les médecins et de tous les hôpitaux. Cette obligation favorise le maintien des acquis, et non pas la concurrence.

Il est flagrant de constater, et cela est désolant, que les médecins et directeurs de clinique initiateurs de cette initiative défendent plus leur portemonnaie que leurs patients. En argumentant que tous les coûts seront couverts et que le libre choix du médecin et de l'hôpital seront assurés, c'est faire preuve soit de naïveté, soit de populisme, car qui pourra payer la facture?

La FRC, il n'est pas besoin de le préciser, dira NON à cette initiative. La FRC défend une médecine pour tous et accessible à tous.



Initiative Denner «Pour des médicaments à moindre prix»

L'initiative vient d'être déposée: 125 000 signatures ont été récoltées en deux mois, payées un franc chacune aux personnes engagées à ce but. L'initiative demande que les médicaments vendus dans les quatre pays voisins (Allemagne, Autriche, France et Italie) le soient également en Suisse, sans qu'une nouvelle autorisation soit nécessaire, qu'il s'agisse de préparations originales ou de génériques, avec ou sans ordonnance, donc la libéralisation totale des importations de ces quatre pays. Le texte impose aussi le recours systématique aux génériques, lorsqu'ils doivent être remboursés par l'assurance.

Encore une initiative qui promet monts et merveilles, à savoir une «baisse de la prime d'assurance de base allant jusqu'à 10%». Disons-le tout de suite: ça n'est pas sérieux, puisque le coût de

l'ensemble des médicaments dans les dépenses des caisses représente environ 17%. Précisons aussi que nous militons depuis longtemps pour une utilisation accrue des génériques, mais les

imposer d'une manière exclusive et par une initiative nous paraît excessif.

Denner dresse néanmoins une comparaison des prix d'une sélection de médicaments vendus en Suisse et à l'étranger en mettant le doigt sur des écarts de prix quasi incompréhensibles pour l'assuré-consommateur, écarts de prix que nous avons aussi souvent dénoncés. A noter que l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) est en train de réviser à la baisse le prix des anciens médicaments. Ces écarts devraient donc s'amenuiser.

Cette initiative semble aussi favorable aux consommateurs. Pourtant nous dirons NON. Il faut bien comprendre que le véritable but de Denner est de vendre, dans ses propres chaînes, entre le pain et les légumes, des médicaments en libre-service. Cette vente libre, on le sait au vu de l'expérience des Etats-Unis, pousse à la surconsommation et peut entraîner de véritables problèmes de santé publique.

Initiative Denner «Pour des coûts hospitaliers moins élevés»

Denner, défenseur du petit peuple et des bas salaires, redescend dans la rue avec une nouvelle initiative. Par des pleines pages parues dans la presse, Denner déclare: «Signez maintenant la nouvelle assurance d'hospitalisation pour 60 francs par mois au maximum.» L'offre est tentante au moment où les assurés sont écrasés par leurs primes. Les personnes qui récoltent les signatures, payées à raison de un franc l'une, harponnent les clients mais sont totalement incapables de répondre lorsque le simple péquin leur demande qui paiera le reste des frais.

L'appât est vraiment grossier. Le reste des frais, c'est-à-dire les traitements ambulatoires, peuvent être longs et coûteux, d'autant plus que la tendance actuelle tend à limiter au

maximum, voire à éviter les séjours en hôpital. Ne parlons pas des maladies chroniques qui frappent particulièrement les personnes âgées. Que veut Denner?

Que les gens recourent exclusivement aux assurances complémentaires pour couvrir les frais ambulatoires? M. Schweri sait pourtant que les personnes de condition modeste n'ont pas les moyens de contracter de telles assurances. Il sait aussi que les assu-

rances complémentaires échappent à toute réglementation sociale.

La recette miracle de M. Schweri n'est qu'une vaste opération de désassurance doublée d'une opération de marketing pour son groupe commercial. C'est une injure à la démocratie semi-directe et un abus manifeste au droit d'initiative.

Cette nouvelle initiative aux relents populistes atteindra certainement le nombre de signatures demandé. Là aussi il faudra voter et les votations, n'en déplaise à Denner, coûtent, mais cette fois ce n'est plus son problème.

Catherine Roulet

Extraits de textes parus dans J'achète mieux

Erratum

Dans la publication du communiqué paru dans le CMV n° 3 de mai 1998 sur la réorganisation du DUPA, les noms des responsables de la section Minkowski ont été omis. Veuillez les trouver ci-après:

Nouveau dispositif de soins du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA)

Centrale d'information: 079/658 70 31 ou 0800 800 821

Lieu
Service de psychiatrie générale et spécialisée
(professeur F. Borgeat)

Responsables
Section E. Minkowski
(Troubles du spectre de la schizophrénie)
Volet ambulatoire:
Volet hospitalier:

D^r F. Seywert, P. Bovet
PPU Sévelin (626 13 26)
Cery (643 61 11)

Réseau

FARMED

Un réseau de santé pour les requérants d'asile: une collaboration SVM, CSS Assurance, Service de la santé publique et FAREAS

Le canton de Vaud héberge environ 8000 requérants d'asile, sous la responsabilité de la FAREAS (Fondation vaudoise pour l'accueil des requérants d'asile): actuellement, près de 50% d'entre eux sont d'origine européenne (avant tout issus de l'ex-Yougoslavie), les autres venant d'Afrique (Ethiopie, Somalie, Zaïre, etc.) ou d'Asie (Sri Lanka). L'immense majorité d'entre eux (près de 90%) résident temporairement en Suisse, avant de retourner dans leurs pays respectifs.

Un peu d'histoire: jusqu'en 1985, les prestations sanitaires fournies aux requérants d'asile (R. asile) étaient payées par l'Office fédéral des réfugiés selon un système forfaitaire, avec plafond financier, ce qui équivalait à une forme de rationnement. Le service infirmier de la Croix-Rouge coordonnait la demande. Avec l'entrée en vigueur de la LAMal, le 1^{er} janvier 1995, les R. asile sont alors assurés par un contrat collectif, dont les primes sont payées par l'Etat de Vaud à la FAMA/SUPRA. Dans les deux ans qui ont suivi, l'assureur constate une véritable explosion des coûts, probablement liée à un manque total de cadrage de la demande: la liberté des R. asile est souvent mal employée en raison de la méconnaissance qu'ont ces patients de notre système de santé.

En 1997, vu l'explosion des coûts, l'assurance FAMA/SUPRA «jette l'éponge». Les soins aux R. asile entrant dans la responsabilité de l'Etat de Vaud, c'est au Service de la santé publique et au Service de prévoyance et d'aides sociales qu'incombe la responsabilité de trouver un nouvel assureur: la CSS Assurance, déjà au bénéfice d'une expérience avec ce collectif de patients dans d'autres cantons, accepte alors de reprendre le contrat des R. asile vaudois, à condition que se mette en place dans le canton de Vaud un réseau de soins destiné à éviter la mésaventure de 1995-1997.

Ainsi, au début 1998, un projet de réseau de soins appelé FARMED est mis sur pied par un groupe de travail réunissant plusieurs partenaires: l'Etat de Vaud (Service de la santé publique et Service de prévoyance et d'aides sociales), la CSS Assurance, la FAREAS (sa direction ainsi que les responsables de son service infirmier SSIF), la SVM (M. Daniel Petitmermet, secrétaire général, et le professeur A. Pécoud, membre du comité). La Commission des réseaux de la SVM, présidée par le Dr J.-M. Mermoud, suit régulièrement ces travaux.

Compte tenu de leur expérience dans le domaine, le groupe de travail s'associe les services de la PMU, de l'Association «Appartenances» et de l'Hôpital de l'Enfance. En quelques mois, sous la direction de M. Jean-Claude Rey (Institut pour la santé et l'économie), le groupe met sur pied un réseau de soins qui peut donc être proposé maintenant aux médecins vaudois qui prennent en charge des R. asile.

Le réseau FARMED vise à prendre en considération quelques caractéristiques de la collectivité des R. asile:

- méconnaissance totale du système sanitaire dans le pays d'accueil;
- vécu culturel différent et problèmes de communication;
- pour la plupart, vécu d'un deuil et d'une rupture avec le pays d'origine, souvent avec expérience traumatisante (torture);
- pour tous, sentiment de précarité et incertitude de l'avenir;
- désœuvrement, conditions de vie en collectivité, etc.

Pour répondre à ces caractéristiques, le réseau FARMED propose l'organisation suivante:

1. Accueil, orientation, conseils seront fournis lors du passage obligé des R. asile par le service infirmier de la FAREAS (SSIF).
2. Entourage et suivi lors du passage obligé chez un médecin de premier

recours. Sont considérés comme médecins de premier recours du réseau FARMED: les généralistes, les internistes généraux, les pédiatres et les gynécologues.

3. Interaction renforcée entre médecins de premier recours et infirmiers/assistants sociaux de la FAREAS.
4. Cadrage du système par «gate keeping»: nécessité d'avoir un «bon» pour consulter les services spécialisés ou les hôpitaux, en dehors des situations d'urgence.
5. Formation demandée à tous les membres du réseau (médecins de premier recours et infirmiers) sur les sujets spécifiques des R. asile: tuberculose, maladies tropicales, vaccinations, syndrome de stress post-traumatique, caractéristiques de la médecine transculturelle, etc.
6. Tarification inchangée par rapport à la situation actuelle (NMT), à l'exception de l'introduction du tiers payant.

Comme on le voit, ce réseau vise deux buts: améliorer les soins aux R. asile et éviter la dérive des coûts. Si le système devait aboutir à un certain «bénéfice», c'est-à-dire à un montant total de facturation inférieur aux primes payées, la CSS Assurance s'est engagée à mettre à la disposition du réseau un montant qui permettra de structurer et de généraliser le système d'interprètes et de médiateurs culturels, dont le développement est actuellement très handicapé par le manque de ressources.

Il est évident que deux «contraintes» ou limitation de liberté sont présentes dans ce réseau. La première concerne les R. asile eux-mêmes qui, contrairement aux citoyens suisses, n'ont pas le choix de faire partie ou non du réseau. Cette limitation de liberté n'est effectivement pas conforme à la LAMal, mais elle a été prévue par la «loi sur l'asile»: le législateur a tenu compte du fait que

les soins aux R. asile sont entièrement payés par la collectivité (l'Etat de Vaud), les R. asile ne payant ni prime d'assurance ni franchise. La seconde contrainte concerne les médecins: ceux-ci doivent accepter de collaborer avec les partenaires du réseau, remplir les formulaires nécessaires et suivre une formation spécifique. Cette formation, qui pourra être comptabilisée dans la formation continue obligatoire, poursuit deux buts: fournir un savoir plus spécifique et, de façon tout aussi importante, créer les conditions de contact entre les membres du réseau, nécessaires à son fonctionnement. Pour l'instant, on prévoit que la formation continue des médecins du réseau FARMED

s'articulera autour de deux demandes: a) quelques heures centralisées pour l'ensemble du personnel soignant; b) quelques heures organisées régionalement, sur le site où se trouvent le centre d'accueil et les médecins voisins de ce centre.

La formation continue sera organisée par les cadres des trois institutions ayant déjà une expérience dans ce domaine: la PMU, l'Hôpital de l'Enfance et l'Association «Appartenances».

Ce réseau sera opérationnel en juillet 1998. Tous les médecins de premier recours vaudois SVM (généralistes, internistes généraux, pédiatres et gynécologues) peuvent en faire partie, cela en accord avec les règles édictées

par la Commission réseau de la SVM, à condition de s'engager à respecter les exigences du réseau. Les médecins qui souhaitent adhérer sont invités à prendre contact avec la Société vaudoise de médecine, 1, route d'Oron, case postale 76, 1010 Lausanne.

Les concepteurs du réseau FARMED issu d'un consensus entre médecins, assureurs et responsables politiques, font le pari que la solution proposée permettra d'améliorer les soins à une population défavorisée tout en évitant une dérive des coûts à la charge de la collectivité vaudoise.

*Professeur A. Pécoud
Comité de la SVM,
directeur de la PMU*

Relations avec le CHUV

Faxmed: satisfaction des médecins traitants

Faxmed: l'envoi par fax d'un avis de sortie au médecin traitant

Les médecins traitants ne sont pas toujours satisfaits des délais de réception des lettres de sortie que leur adressent leurs collègues du CHUV. Ces délais, une ou plusieurs semaines, sont liés à l'organisation interne des services, à l'attente de résultats d'examen ou à la charge de travail du personnel médical ou administratif. Parfois, le médecin traitant reçoit son patient après sa sortie du CHUV sans avoir reçu la lettre de sortie, ce qui ne facilite pas l'organisation de la suite du traitement.

Pour éviter de telles situations, le CHUV et l'administration des Hospices cantonaux, d'entente avec la Société vaudoise de médecine, ont mis en place Faxmed, un dispositif permettant l'envoi par fax le lendemain, voire le jour de la sortie du patient d'un avis de sortie succinct au médecin traitant: l'avis de sortie est édité avec les données administratives du patient, complété manuellement par le médecin, scanné et transmis au médecin traitant par un serveur de fax, sur la base d'un fichier d'adresses informatique mis à jour de manière centralisée. Ce document médical de transmission correspond au modèle standard élaboré au niveau cantonal afin d'en faciliter la lecture par les médecins traitants. Il peut être accompagné d'autres documents, par exemple des résultats d'examen.

Faxmed a été testé en 1995 au centre des urgences et étendu en 1996 aux services hospitaliers du CHUV et de Sylvana. A ce jour, ce dispositif, particuliè-

rement apprécié aux urgences de médecine, a permis d'adresser aux médecins traitants près de 21 000 avis. Il s'agissait alors de s'assurer qu'il répondait correctement à leurs attentes. Un questionnaire a donc été adressé au début de septembre 1997 à cent trente-quatre médecins représentatifs des envois des différents services médicaux du CHUV. Cent quatre ont répondu, soit 78%.

Ces médecins confirment leur intérêt pour cette nouvelle procédure et souhaitent sa généralisation au CHUV et à tous les établissements sanitaires du canton

– 74% des médecins interrogés estiment que l'envoi d'un avis de sortie par fax joue, de manière évidente, un rôle favorable dans la prise en charge du patient: plus grande efficacité du travail, décisions médicales facilitées et plus rapides, identité des interlocuteurs CHUV immédiatement disponible... Ce taux est un peu plus bas pour les dermatologues (50%) et pour les médecins ayant reçu des avis de sortie des services de chirurgie générale (33%) et de neurochirurgie (33%).

– 79% d'entre eux n'ont pas reçu un fax pour tous leurs patients hospitalisés au CHUV alors que 95% de ces 79% le souhaitent. Ce résultat est un peu plus faible pour les médecins destinataires des services de dermatologie et de rhumatologie, puisque seulement les deux tiers de ceux n'ayant pas reçu de fax pour tous leurs patients hospitalisés souhaitent le recevoir.

– Enfin, 91% d'entre eux estiment indispensable (27%) ou utile (64%) la généralisation du système à l'ensemble des services du CHUV et à tous les établissements sanitaires du canton. Ce point de vue n'est partagé que par respectivement 66% et 75% des médecins destinataires des services de neurochirurgie et d'urologie-pédiatrie.

Ils sont satisfaits des conditions de transmission de ces avis de sortie

– 95% des médecins interrogés estiment indispensable (42%) ou utile (53%) l'utilisation d'un document médical de transmission standard.

– Pour 71% d'entre eux, le délai de réception du document est optimal (17%) ou bon (54%). Ce résultat est inférieur pour les médecins destinataires du centre de chirurgie ambulatoire (0%), des services de médecine interne A et B et de néonatalogie (50%).

– Pour 48% d'entre eux, la lisibilité est optimale (7%) ou bonne (41%). Elle est acceptable pour 35%. La lisibilité n'est optimale ou bonne que pour 25% des médecins destinataires des services de chirurgie cardio-vasculaire, de cardiologie et d'urologie-pédiatrie.

Les informations contenues dans le document de transmission leur semblent suffisantes, mais le plus souvent ne se substituent pas à celles contenues dans la lettre de sortie

– 80% des médecins interrogés estiment que la qualité des informations médicales y est largement suf-

fisante (10%) ou suffisante (70%), par rapport aux informations contenues dans les lettres de sortie. Cependant, cette qualité est insuffisante ou très insuffisante pour les médecins destinataires des services de chirurgie générale (55%) et de neurologie (50%).

- 25% d'entre eux souhaitent recevoir d'autres informations que celles contenues dans le document standard. Cette proportion monte respectivement à 60% et 50% pour les médecins destinataires des services de médecine interne A et de rhumatologie. Les autres informations souhaitées sont en premier lieu les résultats d'examen, mais aussi les suites de traitement et les rendez-vous pour contrôle.
- Pourtant, 35% d'entre eux considèrent que le document médical de transmission peut se substituer toujours ou souvent à la lettre de sortie; 33% estiment cette substitution possible parfois, 31% jamais. Tous les médecins destinataires du centre de chirurgie ambulatoire estiment cette substitution possible toujours et souvent, mais aucun des

médecins destinataires des services de dermatologie et de neurologie. Lorsque les médecins répondent «souvent» ou «parfois», ils pensent essentiellement aux cas simples, en particulier de courte durée, et aux petites interventions.

Eux-mêmes n'utilisent pas forcément le document médical de transmission pour hospitaliser leurs patients

- 51% des médecins interrogés l'utilisent, surtout les généralistes (70%) et les médecins destinataires du centre des urgences (83%) et du service de médecine interne A (70%) (question 9). Lorsqu'ils ne l'utilisent pas, c'est parce qu'ils préfèrent le téléphone (31%), l'envoi d'une lettre ou d'un rapport (28%) ou par habitude, ignorance ou manque de document (23%).

Un dispositif à renforcer

Cette enquête confirme clairement l'intérêt des médecins traitants pour Faxmed. Attachés à améliorer leurs relations avec ceux-ci, les différents services médicaux du CHUV pourront renforcer son utilisation et l'améliorer (délais, lisibilité, qualité de l'information).

traitement au Sintrom, qu'il reçoit dans un petit sachet avec des doses écrites à la main, sans carte «officielle». Heureusement que son épouse, ancienne infirmière compétente, y fut attentive. Le CHUV dit au patient de faire un TP trois jours plus tard: TP à 7% (toujours avec le problème hématologique en parallèle)... Au médecin généraliste, bien sûr, de s'organiser pour aller voir le patient à domicile (trop faible pour venir à la consultation) et remettre de l'ordre dans tout cela!

5. Je n'ai toujours pas reçu de lettre de sortie, soit dix jours plus tard, quant aux résultats des investigations et décisions prises lors de ce deuxième séjour. J'ai eu un seul contact téléphonique (et je l'en remercie) du médecin assistant trois jours après le retour à domicile.

En guise de conclusion, je ferai quelques commentaires, dont certains peuvent être qualifiés «d'interprétatifs». Je souhaite vivement me tromper:

S'il est de bon ton de chercher à jouer le jeu de la politique vaudoise sanitaire, notamment en essayant de diminuer le fameux nombre des «journées d'hospitalisation inappropriées», il faudrait tout de même que ce ne soit pas au détriment du patient.

Nous savons bien que l'un des arguments de mise sur pied des NOPS a quelque chose à voir avec le coût de fonctionnement et le taux d'occupation du CHUV. Mais il serait temps d'en «soigner» les dysfonctionnements!

De façon générale, je m'amuse à noter l'intérêt (?) que peut avoir l'envoi au médecin traitant, parfois, d'une petite carte lui indiquant où est son patient et qui est le médecin référent au CHUV (ce n'est d'ailleurs pas toujours le cas). Ne serait-il pas souhaitable qu'à l'heure du téléphone, du fax (et de la fin du XX^e siècle), nous puissions respecter un peu mieux les communications entre le CHUV et les confrères installés? (Pour l'anecdote, j'ai envoyé une autre patiente en ORL pour un cas ambulatoire nettement moins grave. Je reçus des nouvelles à deux reprises de l'assistant. Je le remercie de son empressement et m'en étonne. Sa réponse fut: «Merci, et il se trouve que je prépare une formation de généraliste!»)

Enfin, c'est avec l'accord du patient que je cite son identité et son diagnostic médical, afin de vous permettre de retrouver sa trace dans les divers services de votre institution et corroborer le fait que cette lettre n'est pas un moment d'imagination poétique. Faut-il se réjouir de la probable fermeture des hôpitaux de proximité dans un tel contexte?

Dr Pierre Kaiser

Satisfaction, peut-être, mais un bémol!

Au Directeur du CHUV,

Je suis inquiet et atterré par la désinvolture et le dysfonctionnement potentiellement graves du CHUV que nous observons, nous autres médecins généralistes. Cette fois, la coupe est pleine, et cette lettre n'engage que moi. Néanmoins, je suis sûr que beaucoup de médecins soutiendraient cette démarche s'ils en avaient connaissance.

1. Je vous ai adressé en urgence le ... M. ... pour suspicion clinique d'anévrisme de l'aorte, confirmée puisqu'il a été opéré en urgence dans la nuit même. J'avais averti le médecin des urgences que M. ... présentait, en outre, une «hair Cell leukemia». J'avais répété, dans les jours qui ont suivi, la même demande au médecin du service de chirurgie vasculaire, à savoir qu'un Consilium hématologique serait souhaitable, d'autant plus qu'il y avait un risque (heureusement pas avéré) de thrombocytopenie. A ma connaissance, rien ne fut fait.
2. Sachant par sa femme que l'évolution était rapidement favorable, je l'ai priée de dire au médecin de m'appeler lorsque la sortie du

CHUV serait possible. Je n'ai eu aucun contact et le patient est rentré un dimanche chez lui sans un seul document. C'est seulement après la sortie du patient que j'ai reçu le document de transmission ci-joint, dont je vous laisse apprécier la qualité.

3. Le document de transmission... Il contient deux erreurs inquiétantes: on parle de mettre le patient sous Loprésor et on ne lui en prescrit pas. On apprend qu'il reçoit de la Cordarone, sans raison apparente (c'est dans la lettre de sortie reçue dix jours plus tard que l'on apprend qu'il a fait un passage en F. A. transitoire). De plus, il n'y a jamais eu d'insuffisance rénale.
4. Le 11 avril 1998, sous Cordanone, le patient repasse en F. A. avec syndrome de petit débit mal supporté, avec signes d'ischémie relative. Je le réhospitalise en urgence. A nouveau, j'insiste pour qu'on s'intéresse au problème hématologique et qu'on m'avertisse de sa sortie du CHUV, afin que je puisse m'organiser pour le recevoir. Inutile, car le patient est prié de quitter le CHUV quelques jours plus tard avec un

Clinique chirurgicale et Permanence de Longeraie

S.O.S. MAIN

- Centre de traumatologie et de chirurgie réparatrice de la main et des extrémités
- Chirurgie reconstructive des nerfs périphériques et du plexus brachial
- Microchirurgie
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique et reconstructive
- Physiothérapie et rééducation fonctionnelle
- Ergothérapie
- Urgences jour et nuit

1001 Lausanne - Avenue de la Gare 9 - Téléphone 021/320 33 01 - Fax 021/312 49 07

Laboratoire Riotton SR

Montreux • 10, place du Marché
Tél. 963 35 91-961 14 35 - Fax 963 75 83

Prélèvements

8.00-18.00
(et à domicile sur rendez-vous)

Prise en charge d'échantillons au cabinet

Résultats en temps réel

Fax ou service télématique

Directrice

J. Bambule-Dick
Dr ès sciences, biochimiste

Chef du laboratoire

S. Bellinazzo, chimiste

Responsable de la bactériologie

P.-A. Simonin, Dr ès sciences,
biochimiste

Nouveauté: Service gratuit de recherche bibliographique

A remettre de suite ou à convenir, un

CENTRE MÉDICAL

dans l'arc lémanique, à environ vingt minutes de Lausanne.

Convierait particulièrement pour un médecin généraliste et/ou interniste, ou un gynécologue, ainsi que tout autre spécialiste ou chirurgien. Il existe un potentiel élevé de développement de la clientèle, en collaboration immédiate avec un médecin actif dans ce centre depuis plus de deux ans et dont l'exploitation peut se faire sous forme de société simple (cabinet de groupe) ou de S.A. cas échéant.

Equipement complet y compris pour la petite chirurgie, avec laboratoire et radiologie.

Pour tout renseignement et visite:



FIDUCIAIRE MICHEL FAVRE SA
M. Michel Favre
Ch. du Grand-Record 7
1040 Echallens
Tél. 021/881 38 21
Fax 021/881 42 19

Membre de la CHAMBRE



FIDUCIAIRE

Société suisse des médecins homéopathes

COURS D'HOMÉOPATHIE

Pour médecins et étudiants en médecine.

Cours d'introduction: 6, 7 et 21 novembre 1998

Fr. 400.- (étudiants Fr. 200.-)

Renseignements: Ecole Suisse Romande d'Homéopathie Uniciste

Dr F. Audétat - 3, rte de Florissant - 1206 Genève

Tél. et fax 022/789 49 49

Seul cours en Suisse Romande reconnu par
la Société Suisse des Médecins Homéopathes

Aspect juridique

Docteur, je suis au chômage... ou le certificat d'incapacité de travail et l'assurance chômage

Introduction

Le médecin praticien, dans son cabinet privé ou dans sa pratique institutionnelle, rencontre de plus en plus fréquemment des patients en situation socioprofessionnelle de «sans emploi» ou plus précisément de chômage. Si ces derniers peuvent présenter des pathologies spécifiques que la littérature spécialisée commence à décrire, il s'agit ici non pas d'examiner les effets du chômage sur la santé, mais d'aborder les conséquences socio-économiques d'un problème de santé pendant une période de chômage. La loi fédérale sur l'assurance chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité (LACI) et son Ordonnance d'application (OACI) ont, en effet, codifié les relations entre la «maladie» et les prestations accordées. Le certificat médical d'incapacité de travail établi par le médecin traitant pour un patient au bénéfice d'indemnités journalières de l'assurance chômage (AC), peut avoir des conséquences socio-économiques importantes, suivant les cas. Cet article a donc pour but d'informer les médecins praticiens sur les «règles du jeu» en vigueur dans le cadre de la LACI et de tenter ainsi d'éclairer leur pratique quotidienne de plus en plus confrontée, conjoncture oblige, au problème du chômage de certains de leurs patients.

L'incapacité de travail et le chômage: trois cas de figure

La personne au chômage qui subit un problème de santé avec des conséquences sur sa capacité de travail peut se trouver, schématiquement, dans l'une des trois situations suivantes:

- Elle présente un problème de santé transitoire pendant sa période de chômage, problème qui nécessite un certificat d'incapacité de travail de durée variable.
- Elle présente des problèmes de santé récurrents, avant et/ou pendant sa période de chômage, ne lézant toutefois pas durablement sa capacité de travail au point de devoir demander une prise en charge par une autre assurance sociale (CNA, AI).

- Elle présente un problème de santé de longue durée, avant et pendant sa période de chômage, lézant durablement sa capacité de travail et une demande de prise en charge par une autre assurance sociale doit être demandée ou a déjà été demandée.

Le problème de santé transitoire survenant pendant la période de chômage

Le droit de recevoir des prestations financières de l'assurance chômage, sous forme d'indemnités journalières, repose sur un certain nombre de conditions à remplir, énumérées à l'article 8 al. 1 LACI.

«Art. 8 Droit à l'indemnité

- L'assuré a droit à l'indemnité de chômage:
 - s'il est sans emploi ou partiellement sans emploi;
 - s'il a subi une perte de travail à prendre en considération;
 - s'il est domicilié en Suisse;
 - s'il a achevé sa scolarité obligatoire, qu'il n'a pas encore atteint l'âge donnant droit à une rente AVS et ne touche pas de rente de vieillesse de l'AVS;
 - s'il remplit les conditions relatives à la période de cotisation ou en est libéré;
 - s'il est apte au placement et
 - s'il satisfait aux exigences du contrôle.»

Parmi ces conditions au droit à l'indemnité journalière, le concept clé pour le cas de maladie avec incapacité de travail est l'aptitude au placement (art. 8 al. 1 litt. f LACI).

Cette dernière est définie plus précisément à l'article 15 al. 1 LACI:

«Est réputé apte à être placé, le chômeur qui est disposé à accepter un travail convenable et est en mesure et en droit de le faire.»

Toute personne au chômage qui ne peut travailler pour des raisons de santé n'est donc pas apte au placement. Elle ne remplit donc plus les conditions nécessaires à son indemnisation par l'AC. Toute incapacité de travail attestée par un médecin peut donc

remettre en question l'indemnisation de l'assuré et donc son revenu mensuel. La LACI a codifié, dans son article 28 al. 1, les relations entre incapacité de travail et indemnisation:

«Art. 28 Indemnité journalière en cas d'incapacité passagère de travail, totale ou partielle

- Les assurés qui, passagèrement, ne sont aptes ni à travailler ni à être placés ou ne le sont que partiellement en raison de maladie, d'accident ou de maternité, et qui, de ce fait, ne peuvent satisfaire aux prescriptions de contrôle, ont droit à la pleine indemnité journalière, s'ils remplissent les autres conditions dont dépend le droit à l'indemnité. Leur droit persiste au plus jusqu'au 30^e jour suivant le début de l'incapacité totale ou partielle de travail et se limite à trente-quatre indemnités journalières durant le délai-cadre.»
- Pendant la période de deux ans qui s'ouvre dès le 1^{er} jour où toutes les conditions dont dépend le droit à l'indemnité journalière sont réunies, appelée délai-cadre d'indemnisation, et pendant laquelle l'AC lui fixe son droit aux prestations (nombre et montant des indemnités journalières), l'assuré a donc droit:

- pour une incapacité de travail de durée indéterminée: aux indemnités journalières pendant une période de trente jours suivant le début de l'incapacité;
- pour plusieurs incapacités de travail successives: au maximum à trente-quatre jours indemnités.

Au-delà de ces conditions d'indemnisation, l'assuré se retrouve sans revenu s'il n'a pas souscrit, de manière volontaire, facultative et individuelle, à une assurance perte de gain ou fait inclure dans sa couverture «maladie», auprès de sa caisse maladie, une assurance d'indemnité journalière dès le 31^e jour.

Certains cantons (Genève, Neuchâtel, par exemple) ont créé une assurance perte de gain obligatoire et complémentaire pour éviter les conséquences de cette limite posée par la LACI, pour les chômeurs.

Un certificat d'incapacité de travail, établi pour un problème de santé évo-

lant sur plusieurs semaines, peut conduire le patient à une situation socio-économique catastrophique s'il n'a aucune assurance pouvant prendre le relais de la LACI dès le 31^e jour et/ou s'il a déjà été indemnisé trente-quatre jours pour des problèmes de santé précédents, à l'intérieur de son délai-cadre (deux ans).

Problèmes de santé récurrents ne lésant pas la capacité de travail au point de déposer une demande de prise en charge par une autre assurance sociale

Il n'est pas rare, de nos jours, de rencontrer des personnes licenciées de leur poste de travail pour des problèmes de santé récurrents qui diminuent périodiquement leur productivité. Une pathologie, survenant pendant l'exercice de l'activité professionnelle et qui est traitée avec succès, peut parfois nécessiter une limitation de certains efforts physiques ou comportements professionnels afin de ne pas provoquer de récurrence. La personne reste parfaitement capable de travailler, dans sa profession, mais sous des conditions précises.

Par exemple: ne pas porter des charges supérieures à 20 kg, ne pas effectuer des horaires en équipe de nuit, ne pas rester assis plus de deux heures sans pouvoir changer de position et marcher quelques minutes, etc. Que le problème de santé ait débuté lorsque la personne était encore en emploi ou pendant la période de chômage, les conséquences sont les mêmes face aux exigences de la LACI.

Le concept clé, dans cette situation, reste l'aptitude au placement, certes, mais également le travail convenable. L'article 15 al. 1 LACI, cité plus haut, mentionne que celui qui est disposé à accepter un travail convenable, et est en mesure et en droit de le faire, est réputé apte à être placé. Or, la définition du travail convenable, article 16 LACI, liste les éléments à prendre en compte pour qualifier un tel travail, que tout assuré doit accepter immédiatement pour diminuer le dommage. N'est donc pas réputé convenable, entre autres, «tout travail qui ne convient pas à l'âge, à la situation personnelle ou à l'état de santé de l'assuré» (art. 16 al. 2 litt. c LACI).

Il est dès lors très important, pour le demandeur d'emploi, qu'il fournisse à l'Office régional de placement (ORP) et à la Caisse de chômage, un certificat médical attestant des limitations précises dues à son état de santé, dans l'exercice d'une activité professionnelle. Sans être atteint durablement dans sa santé, l'as-

suré reste tout de même soumis à des restrictions qui «limitent» ses choix de réinsertion sur le marché du travail. Faute de ce certificat médical détaillé, il devra accepter tout travail réputé convenable au sens de l'article 16 LACI et s'exposera à des sanctions sous forme de suspensions de ses indemnités journalières s'il le refuse.

Le médecin traitant ne devrait donc pas établir un certificat médical d'incapacité de travail pour éviter une prise d'emploi potentiellement «dangereuse» chaque fois que son patient est tenu de prendre un travail dit convenable, mais attester clairement, dès le début de la période de chômage et/ou du problème de santé, que son patient est capable de travailler sous réserve de ne pas effectuer certains efforts ou être soumis à certaines conditions de travail néfastes à son état de santé. Sur la base de cette attestation détaillée, l'assuré reste apte au placement, tout en pouvant exclure de l'obligation d'accepter tout emploi convenable les conditions de travail incompatibles avec son état de santé.

Problème de santé de longue durée nécessitant la demande d'une prise en charge par une autre assurance sociale

Cette dernière situation concerne les personnes lésées durablement dans leur capacité de travail par un problème de santé et pour lesquelles une autre assurance sociale doit être sollicitée ou a déjà été sollicitée. Le chômage survient le plus souvent après une longue incapacité de travail et une longue prise en charge médicale qui n'a pas pu rétablir la capacité de travail précédente. Souvent, l'inscription au chômage est le passage obligé en attendant qu'une autre assurance sociale rende sa décision de prise en charge. Pas encore au bénéfice d'une rente d'invalidité dont la demande est en cours, en fin de prestations d'autres assurances d'indemnités journalières, l'assuré n'a que le recours à l'assurance chômage pour ne pas se retrouver sans revenu. Il est dans une phase de transition délicate:

- un certificat d'incapacité de travail a été établi, à l'origine, pour l'employeur, les assurances perte de gain puis pour l'assurance qui doit se prononcer sur la perte financière durable consécutive à son handicap (degré d'invalidité en vue d'une rente). Cette incapacité traduit l'impossibilité de la personne à assumer à nouveau l'activité professionnelle exercée précédemment;
- inscrit à l'assurance chômage après son licenciement, pour sortir d'une

situation sans revenu (en attendant une prise en charge par une autre assurance sociale), l'assuré ne recevra des prestations que s'il est apte au placement et que les autres conditions dont dépend le droit à l'indemnité sont remplies.

Les deux logiques sont opposées. Déclaré incapable de reprendre son activité professionnelle par un certificat médical, il doit être reconnu apte à être placé pour bénéficier des indemnités journalières de l'assurance chômage, par un autre certificat de son même médecin traitant...

La LACI, dans son article 15 définissant l'aptitude au placement, précise aux alinéas 2 et 3 l'aptitude au placement des handicapés:

2. «Le handicapé physique ou mental est réputé apte à être placé lorsque, compte tenu de son infirmité et dans l'hypothèse d'une situation équilibrée sur le marché de l'emploi, un travail convenable pourrait lui être procuré sur ce marché. Le Conseil fédéral règle la coordination avec l'assurance invalidité».
3. «S'il existe des doutes sérieux quant à la capacité de travail d'un chômeur, l'autorité cantonale peut ordonner qu'il soit examiné par un médecin-conseil, aux frais de l'assurance.»

Qu'entend la LACI par «situation équilibrée sur le marché du travail»? Selon la jurisprudence (ATF 110 V 276), il s'agit d'une notion théorique abstraite qui décrit un marché du travail avec un certain équilibre entre l'offre et la demande de main-d'œuvre. Ainsi, le handicapé dont la santé est durablement et irrémédiablement atteinte, qu'il reçoive déjà ou soit en attente d'une rente d'une autre assurance sociale, est réputé apte au placement car, si le marché du travail pouvait lui offrir un poste adapté à son état de santé, il pourrait exercer une activité professionnelle.

L'article 15 de l'Ordonnance d'application de la LACI (OACI) précise la collaboration et la coopération qui doivent se produire entre les diverses assurances (AC, AI, CNA...) et les échanges d'informations qui sont autorisés. Cet article, dans son alinéa 3, aborde un point très important:

«Lorsque, dans l'hypothèse d'une situation équilibrée sur le marché du travail, un handicapé n'est pas manifestement inapte au placement et qu'il s'est annoncé à l'assurance invalidité ou à une autre assurance selon l'alinéa 2, il est réputé apte au placement jusqu'à la décision de l'autre assurance. Cette reconnaissance n'a aucune incidence sur l'appréciation, par les autres assurances, de son aptitude au travail ou à l'exercice d'une activité lucrative.»

Donc, bien que la personne inscrite au chômage soit dans l'incapacité de reprendre son activité professionnelle à cause de son handicap (certificat d'incapacité de travail établi pour l'assurance sociale qui doit se prononcer sur la perte financière consécutive au problème de santé), elle reste apte à prendre une activité adaptée à son état de santé, pour l'assurance chômage. Ces deux déclarations médicales (d'incapacité et de capacité sous certaines conditions) ne peuvent être opposées et nuire à l'examen de la situation qui est en cours auprès d'une autre assurance sociale.

Le médecin traitant doit donc, dès l'inscription de son patient à l'assurance chômage, pour autant que ce dernier ne soit pas manifestement inapte au placement, établir un certificat de capacité de travail dans une activité adaptée à l'état de santé. Dès que l'assurance sociale concernée se prononcera sur l'octroi d'une rente complète ou partielle, avec un éventuel effet rétroactif, un remboursement de l'assurance chômage aura lieu pour les prestations versées en attendant cette décision (les deux assurances coopérant étroitement). En maintenant son certificat d'incapacité de travail, en référence à la demande d'indemnisation déposée auprès d'une autre assurance sociale, le médecin place son patient dans une situation sociale difficile puisqu'il ne lui permet d'être indemnisé par l'assurance chômage que pendant les trente premiers jours suivant son inscription (pour autant que toutes les autres conditions du droit soient remplies).

Le fait de recevoir une rente de l'assurance invalidité ou de la CNA n'empêche pas une capacité de travail et, malheureusement, le chômage. La rente AI (ou CNA) indemnise une perte de gain durable, partielle ou entière, due à un problème de santé au cours d'une activité professionnelle qui ne pourra plus être exercée. La personne indemnisée peut parfaitement exercer une autre activité, à plein temps ou à temps partiel, adaptée à son état de santé et à un rythme respectant ses difficultés physiques ou mentales, à condition que ses revenus (salaire et rente) ne dépassent pas les 90% de son gain antérieur. Hélas, la situation actuelle du marché du travail ne facilite pas la réinsertion professionnelle de personnes handicapées au chômage. La LACI inclut, dans ses dispositions d'indemnisation, des conditions particulières pour les «invalides» en référence à leurs difficultés particulières. Le nombre d'indemnités journalières accordées, à l'intérieur du délai-cadre de deux ans, tient compte de la personne invalide dans la LACI:

«Art. 27 Nombre maximal d'indemnités journalières

1. Dans les limites du délai-cadre applicable à la période d'indemnisation (art. 9 al. 2), le nombre maximal d'indemnités journalières est calculé selon l'âge de l'assuré.
2. L'assuré a droit à:
 - a. 150 indemnités journalières au plus jusqu'à 50 ans;
250 indemnités journalières au plus à partir de 50 ans;
400 indemnités journalières au plus à partir de 60 ans;
520 indemnités journalières s'il touche une rente de l'assurance invalidité ou de l'assurance accident obligatoire ou s'il en a demandé une et que sa demande ne semble pas vouée à l'échec;
 - b. des indemnités journalières spécifiques selon l'article 59b dans les limites du délai-cadre d'indemnisation de deux ans, sauf disposition contraire de la précédente loi.» (...).

Conclusion

Il est important que le médecin praticien soit informé des dispositions de la LACI pour accompagner «en toute connaissance de cause» les patients qui traversent une période de chômage et/ou qui subissent un handicap durable qui leur a fait perdre leur emploi. L'établissement d'un certificat médical d'incapacité de travail peut rapidement les mettre dans une situation financière intenable, s'ils n'ont pas conclu une assurance perte de gain individuelle ou s'ils sont au terme de toute prestation d'assurance après un long problème de santé. Le chômage est, hélas, un phénomène qui touche de plus en plus d'individus. Les méandres administratifs à comprendre, pour qui doit faire appel à une ou plusieurs assurances sociales, ne facilitent peut-être pas la résolution des problèmes... Plus les médecins praticiens seront au fait de ces méandres et plus les patients recevront une aide efficace.

Isabelle Dentz, 9 décembre 1997
Responsable de l'ORP
du district de la Glâne

Références bibliographiques

1. PFITZMANN, Hans J.: *L'assurance chômage et la coordination avec les autres assurances sociales*, Prévoyance professionnelle suisse, 1996, N° 12, pp. 2-8.
2. CORNUT, Michel: *Licenciement, chômage: vos droits*, Lausanne, Editions d'En bas, 1997, 190 pp. (SOS-travail).
3. Loi fédérale sur l'assurance chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 25 juin 1982 (état au 1^{er} janvier 1997).
4. Ordonnance sur l'assurance chômage obligatoire et l'indemnité en cas d'insolvabilité du 31 août 1983 (état au 1^{er} janvier 1997).

Tiré du *Courrier du Médecin Fribourgeois* n° 2/98



Revue de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM

D^r Daniel Laufer, président
D^r Dominic Vaucher, vice-président
Professeur Alain Pécoud
D^r Charles Racine, secrétaire
D^r Patrick Rosselet
D^r Charles Alexandre Steinhäuslin
D^{re} Jacqueline Caillat
D^r Jean-Philippe Grob
D^r Charles-A. Favrod-Conne

Secrétariat général

Daniel Petitmermet, secrétaire général
Marie-Luce Délez, secrét. générale adjointe

Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1, Case postale 76
1010 Lausanne 10
Tél. 021/652 99 12
CCP Lausanne 10-1500-5
Fax 021/652 32 21
e-mail: SecGen.SVM
@com.mcnet.ch

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

Tél. 021/652 99 32 (24 heures sur 24)

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

Administration et rédaction

Case postale 76, 1010 Lausanne 10

Régie des annonces

Suisse romande:
Inédit Publications SA
Avenue des Jordils 40
Case postale 74
1025 Saint-Sulpice
Tél. 021/695 95 95 - Fax 021/695 95 50

Réalisation

Inédit Publications SA

Communiqués

«Communication en médecine de premier recours», du 10 au 17 octobre 1998

Buts

«Une consultation médicale gratifiante et interactive» est un séminaire, dont toute la famille peut bénéficier, conçu pour perfectionner votre activité professionnelle au cabinet médical. En dehors des périodes de cours, vous pourrez profiter en famille des plaisirs historiques, artistiques, culinaires et des beautés naturelles de la Toscane. Durant vos périodes de cours (essentiellement le matin), votre famille aura le choix, soit de se reposer, soit de suivre un programme individuel (quel qu'il soit) ou de faire de l'équitation, de jouer au tennis ou encore de participer à de petits cours

(payants) artistiques ou de langue italienne. Les médecins souhaitant venir seuls sont aussi les bienvenus.

Les participants fixeront les buts à atteindre selon leurs besoins personnels, chacun pourra se concentrer sur le domaine qu'il aura choisi:

L'entretien, anamnestique ou thérapeutique

Les participants s'entraîneront à conduire un entretien correspondant aux besoins, aux capacités et aux possibilités spécifiques de leurs patients; créer une ambiance détendue pour leurs patients, développer l'histoire de la maladie dans son contexte de vie,

accorder aux sentiments leur signification réelle, développer la relation médecin-malade, reconnaître les difficultés de communication et se familiariser avec ses qualités et faiblesses personnelles.

L'observation

Les participants pourront élargir leurs «registres» avec ceux des patients et reconnaître les problèmes émotionnels et interpersonnels, ainsi que leur signification, dans la relation médecin-malade.

La pratique quotidienne

Le travail en groupe encourage les participants à faire part de leurs expériences professionnelles personnelles et à en assimiler de nouvelles.

Méthode

Vous formulerez vous-même vos objectifs, qui devraient être atteints par votre travail en groupe avec les modérateurs. Des enregistrements vidéo et des jeux de rôle sont des outils qui pourront être utilisés, si vous le souhaitez, dans la participation du module interactif.



**BUREAU
D'ARCHITECTURE
JAMES MOOR
PROMEDICAL SA**

BUREAU D'ÉTUDE MÉDICO-TECHNIQUE

Conseiller recommandé par FMH-Service 

Faites le bon diagnostic...

Allier nos compétences et vos exigences pour réaliser nos idées avec les vôtres.

Notre spécialité:

La gestion optimum de l'espace à disposition par un concept ergonomique qui est le trait d'union entre l'homme et son environnement.

Notre force:

L'expérience et nos compétences dans le domaine hospitalier. A ce jour plus de 50 cabinets personnalisés par le concept et l'aménagement. Prestations à la carte.

Notre garantie:

La qualité et notre neutralité commerciale.

Alors contactez-nous, histoire de vous faire une idée.

Rue du Couchant 5 – 1400 Yverdon-les-Bains
Tél. 024/446 22 22 – Fax 024/446 22 33



ACUPUNCTURE

Vous êtes médecin ou étudiant en médecine et vous êtes intéressé par l'acupuncture. L'AGMA (association genevoise des médecins acupuncteurs) vous propose un cycle de formation en acupuncture et médecine traditionnelle chinoise sur trois ans. Cette formation donnée au siège de l'AGMA un à deux samedi par mois sera bientôt reconnue par la future sous-spécialité FMH en «médecine traditionnelle chinoise».

Début des cours: 7 novembre 1998.

Pour tout renseignement:

AGMA, tél. 022/322 20 30, fax 022/322 20 31
[//www.akupunktur-tcm.ch/](http://www.akupunktur-tcm.ch/)



La plupart des séminaires ont lieu le matin. L'après-midi, vous pourrez vous familiariser, en compagnie des vôtres, avec les caractéristiques historiques, culturelles et culinaires de la région.

Etes-vous intéressé(e)?

- Quoi: «Une consultation médicale gratifiante et interactive» est un cours reconnu par la SSMG pour des médecins installés et comme cours de formation postgraduée selon le programme officiel FMH de médecine générale.
- Langue: Les séminaires auront lieu en français, exclusivement.
- Quand, où: Du 10 au 17 octobre 1998, Villa Nencini, Volterra, Toscane.
- Avec qui: Daniel Ackermann, Michael Peltenburg et Luca Oppizzi.
- Prix: Le docteur (qui suit le cours) et le conjoint (qui ne suit pas le cours), pour les deux (1 séminaire et 2 demi-pensions) Fr. 1500.-
Couple de docteurs, suivant tous deux le cours (2 séminaires et 2 demi-pensions) Fr. 1850.-
Enfants de moins de 4 ans gratuit
Enfants de plus de 4 ans qui logent et partagent la demi-pension à la Villa Nencini Fr. 280.-
Autre accompagnant (grand-mère, baby-sitter, etc.) en chambre individuelle Fr. 850.-
Autre accompagnant dormant avec un ou plusieurs enfants Fr. 570.-
- Mini-cours disponibles, se renseigner.
- Sont inclus: visite de Volterra, excursions dans les environs, Sienne, San Gimignano, concert et repas d'adieu. Une baby-sitter et une hôtesse de langue française sont à disposition des familles pendant la journée.
- Info: Dr Alain Michaud, tél. 022/361 71 55, fax 022/362 37 52
Regula Erismann, tél. 01/937 11 33, fax 01/937 53 82.

Inscriptions

Le nombre de participants est limité. Les inscriptions ne seront enregistrées effectivement qu'à la suite de votre acompte, se montant au minimum au moment de la réservation à Fr. 500.- que nous vous demandons de verser à: SBG Lenzburg 339827.01E-231, avec la mention «Communication en médecine de premier recours»
Compte 40-4614-0
Daniel Ackermann, Lenzburg; Luca Oppizzi, Lausanne, et Michael Peltenburg, Hinwil.
Inscriptions auprès de Regula Erismann, Praxis Post, Postfach 295, 8340 Hinwil.

Relations avec les CMS

Concernant le formulaire d'évaluation des besoins OPAS (Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins) dans le cadre des soins à domicile. Quelques indications complémentaires afin de répondre à certaines remarques justifiées formulées par les médecins.

L'article 5 de la Convention OMSV-FVAM 1998* relative aux soins ambulatoires et à domicile donnés par les centres médico-sociaux aux patients assurés par des assureurs maladie membres de la FVAM en accord avec l'article 8 OPAS, prévoit les dispositions suivantes:

Un formulaire d'évaluation doit être établi par le personnel du CMS:

- pour toute situation déclenchant 60 heures et plus de prestations OPAS par trimestre;
- à la demande d'un assureur maladie pour les autres situations (situations de moins de 60 heures de prestations par trimestre).

Afin de répondre à ces exigences, une signature du médecin traitant est requise sur ce formulaire de manière à certifier que les prestations commandées au CMS correspondent bien à son attente et aux besoins du client.

Le médecin a la possibilité d'ajouter d'éventuels commentaires sous la rubrique «Remarques». Nous tenons à préciser que la communication d'un diagnostic n'est nullement demandée dans ce formulaire.

Pour toutes questions relatives à ce sujet, le secrétariat de la SVM (tél. 021/652 99 12) ou celui de l'OMSV (tél. 021/623 36 36) restent à votre entière disposition.

* La SVM n'est pas signataire de ladite convention.

Journée du GMGV

«Images du médecin»

Le 25 juin 1998
de 9 à 16 heures
UNI Dorigny BFSH 1,
auditoire 275

Inscriptions: Secrétariat SVM.

Finance: Fr. 40.- (repas de midi inclus) à régler sur place.

Renseignements:
Dr Pierre de Vevey, Chavornay,
tél. 024/441 41 49.



**Marre d'être
un numéro?
Faites le nôtre.**

**La Main tendue
Tél. 143**



- Une écoute 24 heures sur 24
- Quelqu'un à qui parler
- Dans le respect de l'anonymat
- Une équipe de 45 bénévoles formés en permanence
- Gratuit, hormis la taxe téléphonique de base

**Une action au service
de la promotion de l'écoute**

- Des conférences sur l'importance de l'écoute
- Des sensibilisations à l'écoute et à la communication dans différents milieux
- Diverses publications: le magazine annuel *Ecoute*, la BD avec Titeuf *Ecouter c'est l'aventure*

Merci de votre soutien!

La Main tendue
Case postale 161, 1010 Lausanne
CCP 10-25047-3

Calendrier médical vaudois

Période du 22 juin 1998 au 4 septembre 1998

LUNDI 22 JUIN 1998

17 h 15: Colloque du service de chirurgie - Professeur P. Kucera: «Rythmes intestinaux: origines, organisation, exploration» - CHUV, Lausanne, salle de colloques du niveau 15-Sud.

MARDI 23 JUIN 1998

11 h: Colloque du service universitaire de psychogériatrie (SUPG) - Professeur J. Wertheimer: «Les démences vasculaires» - Hôpital psychogériatrique, Prilly, salle Villa.

18 h 30: Colloque du Nord vaudois - D^r P.-A. Michaud: «Le praticien face aux troubles de l'adaptation à l'adolescence» - Hôpital de zone d'Yverdon-les-Bains, salle de conférences, 3^e étage.

MERCREDI 24 JUIN 1998

17 h-19 h: Colloque postgradué du service de neurologie - Professeur V. Hachinski, Canada: «Présentation d'un cas clinique/Conférence: Endartérectomie carotidienne: aujourd'hui» - CHUV, Lausanne, auditoire Charlotte-Olivier.

17 h 30-18 h 30: Conférence postgradué du Mercredi du service d'anesthésiologie - D^r G. Crosby, Boston: «An antisense approach to the study of nociception» - CHUV, Lausanne, auditoire Yersin.

18 h 30: Colloque de l'Hôpital de zone d'Orbe et de Saint-Loup - «Gastro-entérologie» - Hôpital de Saint-Loup - Renseignements: D^r R. Schroeder, tél. 021/866 56 38.

JEUDI 25 JUIN 1998

7 h 15-8 h 15: Formation FMH du Jeudi du service d'anesthésiologie - D^r G. Crosby, Boston: «Perioperative CNS dysfunction» - CHUV, Lausanne, salle de colloques ALG-BH 05.

8 h 15-11 h 45: 10^e anniversaire du Groupement valaisan de dermatologie - Professeurs R. Panizzon et J.-H. Saurat, Genève: «Les photodermatoses: clinique et possibilités de traitement/dernières nouvelles de dermatologie» - Martigny, Fondation Gianadda - Renseignements: CHUV, secrétariat du D^r Panizzon, 021/314 03 50.

10 h 30-12 h: Conférence du Jeudi de la Clinique La Métairie - D^r M. Hurni - «L'impact de l'abus

sexuel sur la personnalité adulte» - Clinique La Métairie, Nyon - Renseignements: F. Forestier, tél. 022/361 15 81.

13 h: Colloque de pneumologie - Professeur R. Zalesky, Lettonie: «Tuberculosis and MDR Tuberculosis in eastern european countries» - CHUV, Lausanne, salle de séminaires 6.

14 h-15 h: Colloque du métabolisme phosphocalcique - D^r A. Boubaker: «Apports de la médecine nucléaire dans la prise en charge de l'hyperparathyroïdie» - CHUV, Lausanne, salle 10-301.

14 h 15-15 h 45: Conférence CEPUSPP - Professeur J. Montplaisir, Montréal: «La place des études électrophysiologiques dans le diagnostic de la démence de type Alzheimer» - Clinique psychiatrique universitaire de Cery, auditoire - Renseignements et inscriptions: M^{me} F. Evrard, SUPEA, rue du Bugnon 23A, Lausanne, tél. 021/314 19 60.

17 h-19 h: Réunion interville Berne-Lugano-Lausanne de neurologie - «Présentation de cas cliniques» - Inselspital Berne, service de neurologie.

17 h 45: Colloque de gastro-entérologie - Professeur H.-R. Koelz, Zurich, et D^r J.-F. Cottat: «Chirurgie antireflux gastroesophagien - pour et contre» - CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

JEUDI 25 AU SAMEDI 27 JUIN 1998

85^e Assemblée de printemps de la Société suisse d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervicofaciale - «L'oto-rhino-laryngologie pédiatrique» - Interlaken - Renseignements: D^r S. Bessler, service ORL, CHUV, tél. 021/314 11 11.

LUNDI 29 JUIN 1998

17 h 15: Colloque du service de chirurgie - D^r R. Rosso: «Options chirurgicales dans le traitement des lésions du bas rectum» - CHUV, Lausanne, salle de colloques du niveau 15-Sud.

MARDI 30 JUIN 1998

8 h 15-9 h 45: Conférence de formation postgradué du SUPEA-DPP - M^{me} M. Bolognini: «Les troubles émotionnels à l'adolescence: pourquoi les filles sont-elles plus fragiles?» - CHUV, Lausanne, auditoire de la Maternité - Renseignements et inscriptions: M^{me} F. Evrard, SUPEA, rue du Bugnon 23A, Lausanne, tél. 021/314 19 60.

12 h 30: Colloque multidisciplinaire dermatologie-immunologie-néphrologie-rhumatologie - D^r G. Halabi: «Henoch Schoenlein de l'adulte. A propos de quelques cas» - CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

17 h: Colloque de la division d'endocrinologie et du métabolisme - Professeur B. Rüdi: «A propos d'hypogonadisme» - CHUV, salle de séminaires n° 301, BH-10 - Renseignements: 021/314 05 96.

MERCREDI 1^{ER} JUILLET 1998

19 h: Colloque régional de l'Hôpital d'Orbe - Professeur Ph. Jaegger, Berne: «La lithiase rénale: de la colique néphrétique au traitement de la cause» - Hôpital d'Orbe, salle du Verger.

JEUDI 2 JUILLET 1998

18 h-19 h: Colloque interville Lausanne/Genève - ORL - Professeur G. Friedrich, Autriche: «External vocal fold medialisation in the therapy of glottic insufficiency» - Changins sur Nyon, auditoire de l'école de la Station fédérale agronomique (tél. 022/363 44 44) - Renseignements: D^r S. Bessler, service ORL, CHUV, tél. 021/314 11 11.

17 h-18 h 30: Conférence organisée par l'unité de nutrition clinique et des soins intensifs de chirurgie - D^r G. Nitenberg, Paris: «Assistance nutritionnelle chez le patient cancéreux» - CHUV, Lausanne, auditoire Charlotte-Olivier.

VENDREDI 3 JUILLET 1998

8 h 30: Colloque d'oncologie du CPO et des services de médecine, chirurgie, radio-oncologie et anatomopathologie - D^r S. Chouaib, Paris: «Bases moléculaires de la résistance tumorale à l'action cytotoxique du TNF» - CHUV, BH08, salle de séminaires 2 - Renseignements: CPO, 021/314 01 60.

MARDI 7 JUILLET 1998

17 h: Colloque de la division d'endocrinologie, diabétologie et du métabolisme - «Minisymposium sur le 4^e Congrès de l'EFES (Séville)» - CHUV, salle de séminaires n° 301, BH-10 - Renseignements: 021/314 05 96.

MARDI 14 JUILLET 1998

12 h 15-13 h: Colloque du laboratoire central et de la division d'hématologie du DMI - D^r Larry Boxer, Michigan: «The regulation of granulocyte activation by lipids» - CHUV, auditoire Yersin.

JEUDI 3 SEPTEMBRE 1998

14 h-17 h 30: Séminaire interactif «Back in time» - D^{rs} R. Carron et A. Lamberti - Saillon, salle Stella Helvetica - Renseignements: FMH, Berne, M^{me} B. Weil, tél. 031/359 11 11.

NOUS CHERCHONS

confère ou conserneur généraliste ou interniste pour succéder à un collègue en fin de carrière, dans un petit cabinet de groupe bien installé (pour la fin de 1998, à Yverdon).

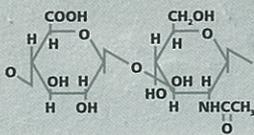
Ecrire sous chiffre, CMV 15.05.98-1, Inédit Publications SA, case postale 74, 1025 Saint-Sulpice.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 7 septembre et le 16 octobre 1998: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 24 août 1998.

IBSA Acide Hyaluronique

l'entreprise spécialisée dans
l'étude et le développement
de spécialités
pharmaceutiques à base
d'acide hyaluronique

activateur physiologique
des mécanismes
de réparation des tissus



Ialugen® Cicatrisant

Ac. hyaluronicum

Ialugen Plus Cicatrisant
et désinfectant

Ac. hyaluronicum
Sulfadiazinum argenticum

Ialuset¹ film, membrane, granulé

Ac. hyaluronicum esterificatum



1) Pansements

Ialugen ♦ C: acidum hyaluronicum ♦ Liste C ♦ I: plaies à lente guérison telles qu'ulcères, décubitus, transplantations cutanées ♦ P: crème: appliquer une fine couche 2-3 fois par jour jusqu'à cicatrisation; gazes: appliquer 1 ou plusieurs gazes 2 ou plusieurs fois par jour ♦ Et rarement réactions d'hypersensibilisation ♦ PR: crème: 25* g, 60* g et 500 g; gazes: 10/30.

Ialugen Plus ♦ C: acidum hyaluronicum, sulfadiazinum argenticum ♦ I: prophylaxie et traitement de plaies infectées; ulcères, escarres; brûlures de gravités diverses ♦ P: crème: 2-3 mm d'épaisseur de crème 1x; gazes: 1x; 1 ou plusieurs gazes. ♦ C: grossesse; prématurés et nourrissons < 1 mois ♦ PR: crème: 20 g (Liste C); 25* g, 60* g et 500 g (Liste B); gazes: 5 (Liste C); 10/30 (Liste B)

*Admis par les
caisses-maladie

IBSA Institut Biochimique SA
Via al Ponte 13 6903 Lugano • Tel 091 960 27 27
Pour de plus amples informations, consulter le Compendium

Lf97

Mercedes-Benz Classe C break dès Fr. 39'550.- net Leasing professionnel Fr. 459.-/mois*



*Leasing calculé sur 48 mois,
15'000 km/an et un premier acompte de 20%

Garantie 3 ans et services gratuits jusqu'à 100'000 km.

Garage de l'Etoile SA

Lausanne-Renens, rte de Cossonay 101, tél. 021/633 02 02

Garage Auto-Rives SA

Morges, rue de Lausanne 45, tél. 021/804 53 00

Garage de la Riviera SA

La Tour-de-Peilz, rte de Saint-Maurice 233, tél. 021/977 05 05

Garage de la Plaine

Yverdon-les-Bains, rue de la Plaine 65, tél. 024/423 04 64

DE L'ANALYSE AU QUOTIDIEN

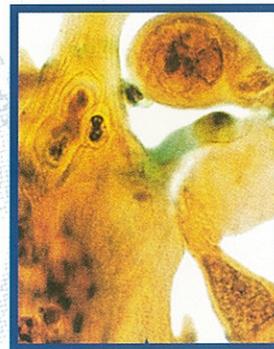
aux exigences les plus strictes

UNE SEULE SOLUTION...



AMS
ANALYSES MEDICALES SERVICES SA

GRÂCE À UN DIALOGUE
PERMANENT AVEC NOS
SPÉCIALISTES



AMS
ANALYSES MEDICALES SERVICES SA

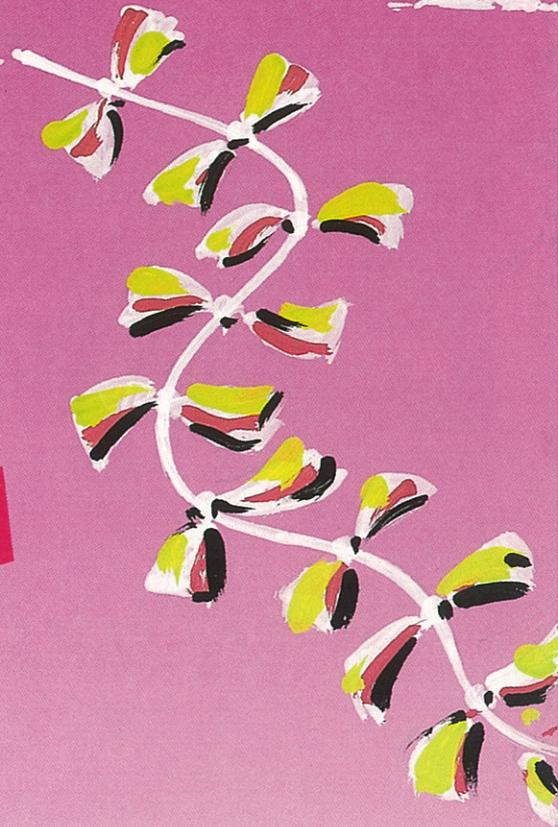
RUE DU LISERON 5
1006 LAUSANNE-OUCHY
TÉL. 021 / 617 41 44
FAX 021 / 617 50 72

UN SERVICE
GLOBAL PERSONNALISÉ

A VOTRE DISPOSITION TOUS LES JOURS, 24 HEURES SUR 24

L'OZONE

préservé



Nouveau

sans CFC

Admis par les caisses-maladie

dès 15. 3. 98



Salbutamol®
Ventolin®

Glaxo Respiration

Division of Glaxo Wellcome AG · 3322 Schönbühl
Internet: <http://www.glaxowellcome.ch/gw/>

Hans Linder SGB

Ventolin®/Ventodisk®. P: Ventolin: Nébuliseur-doseur avec CFC pour l'enfant jusqu'à 12 ans et sans CFC à partir de 12 ans, solution concentrée ou prête à l'emploi pour appareils aérosols, sirop Ventodisk: *Ventodisk/ Diskhaler*. C: Salbutamol/Salbutamol sulfas. I: Traitement et prévention des bronchospasmes dans l'asthme bronchique (traitement du bronchospasme aigu et prévention de l'asthme à l'effort incl.) et la bronchite chronique avec ou sans emphysème pulmonaire. Traitement de l'état de mal asthmatique. POS: *Préparations administrables par inhalation - adultes et enfants >12 ans: 0.1 mg-0.2 mg (nébuliseur-doseur), 0.4 mg (Ventodisk) ou 1.25 mg (solution pour appareils aérosols) 3-4x/jour. Enfants de 6-12 ans: 0.1 mg (nébuliseur-doseur), 0.2 mg (Ventodisk) ou 1.25 mg (solution pour appareils aérosols) 3-4x/jour. Enfants <6 ans: 0.1 mg (nébuliseur-doseur) ou 0.2 mg (Ventodisk, >3 ans) 3-4x/jour; 0.75 mg 2-3x/jour (solution pour appareils aérosols). Sirop - adultes et enfants >12 ans: 2-4 mg 3-4x/jour. Enfants de 6-12 ans: 2 mg 3-4x/jour. Enfants de 2-6 ans: 1-2 mg 3-4x/jour. Enfants <2 ans: 0.15 mg/kg de poids corporel 3-4x/jour. CI: Hypersensibilité à l'un des composants du Ventolin/Ventodisk. PC: Prudence en cas d'hyperthyroïdie, d'un traitement précédent aux sympathomimétiques à fortes doses ou de cardiopathie. Le salbutamol peut entraîner des modifications métaboliques réversibles (p.ex. hypokaliémie ou hyperglycémie). CdG: C. EI: Tremor, céphalées, hyperactivité chez l'enfant, hypokaliémie, vasodilatation périphérique, tachycardie, réactions d'hypersensibilité, crampes musculaires passagères, irritations de la muqueuse bucco-pharyngienne et bronchospasme paradoxal (préparations administrables par inhalation), glaucome (solution pour appareils aérosols, surtout en association avec le bromure d'ipratropium), nausée/maux de gorge/enrouement et troubles gastro-intestinaux (Ventodisk). IA: B-bloquants non sélectifs (p.ex. propranolol). Catégorie de vente: B. Pour de plus amples informations veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.*