

COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

***Demain
on rationne gratis***

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

3
MAI
2001

VIOXX[®]
(rofécoxibe, MSD)

*Pour les patients
souffrant d'arthrose*

Le traitement moderne du rhumatisme

- **Aussi efficace que les AINS* à hautes doses (diclofénac, ibuprofène)**
- **Meilleur profil de sécurité gastro-intestinale**
- **1 comprimé par jour**

**Information
médicale abrégée de VIOXX[®]**

(rofécoxibe, MSD) Avant de prescrire, veuillez consulter l'information détaillée contenue dans le Compendium Suisse des Médicaments. VIOXX, un inhibiteur de la synthèse des prostaglandines avec sélectivité élevée pour la cyclo-oxygénase-2 (COX-2). **Indications:** Traitement symptomatique des inflammations et douleurs de l'arthrose. **Posologie:** Adultes: La dose recommandée est de 12.5 mg une seule fois par jour. Certains patients peuvent bénéficier d'une dose de 25 mg une fois par jour. La dose journalière maximale recommandée est de 25 mg. VIOXX peut être pris avec ou indépendamment des repas. **Contre-indications:** Hypersensibilité à l'égard de l'un des composants du médicament. Allergies connues à l'aspirine ou d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens. **Précautions:** Insuffisance rénale ou hépatique sévère, hypovolémie, insuffisance cardiaque, grossesse et allaitement. **Effets indésirables fréquents:** Œdèmes des membres inférieurs, hypertension, diarrhée, épigastralgies, nausée. **Présentations:** Comprimés à 12.5 mg et 25 mg: 14, 56. Suspension orale 12.5 mg/5 ml et 25 mg/5 ml: 150 ml. Liste B. © Marque déposée de Merck & Co. Inc., USA 08-2001-VOX-2000-CH-10 J
*anti-inflammatoires non stéroïdiens



MERCK SHARP & DOHME - CHIBRET SA
Schaffhauserstrasse 136 - 8152 Glattbrugg
Téléphone: 01/828 71 11 - Fax 01/828 75 22
E-Mail: vioxx_ch@merck.com / www.vioxx.ch



1x PAR JOUR
VIOXX[®]
(rofécoxibe, MSD)

Spécifique. Efficace. Pratique.

1 Editorial

Le rationnement des soins

Un avis subjectif, et qui a de bonnes raisons de l'être

Plus je relis les exposés faits à la dernière Journée de la SVM, plus j'ai la conviction que la question du rationnement des soins est une affaire de politique ou même d'idéologie.

Qui n'a pas été frappé l'automne passé, qui ne l'est aujourd'hui, par les points de vue différents, mais néanmoins complémentaires, des divers intervenants? De telles divergences ne peuvent s'expliquer que par un fait: la nature de l'objet discuté fait qu'il échappe à la rationalité de l'analyse. Le problème n'est pas scientifique et une solution incontestable ne peut être trouvée.

Il est vrai que nous sommes ici dans un domaine où ce phénomène est fréquent: la macroéconomie, c'est-à-dire la science de l'allocation sociale des ressources. On l'appelle aussi parfois «économie politique», ce qui en dit long sur la subjectivité qui peut y régner.

Si le rationnement des soins fait l'objet de si âpres discussions, c'est parce qu'il appartient à ces chapitres des sciences humaines où s'affrontent des visions du monde antagonistes.

Objectivement, le rationnement n'est qu'un simple moyen de répartir des biens. Je pense avoir démontré le 5 octobre dernier qu'en termes économiques, il n'a pas lieu d'être dans la situation suisse actuelle, et personne n'a jusqu'ici réfuté cette argumentation.

Pourquoi donc en discute-t-on longuement? C'est parce qu'il fait référence à des thèmes qu'on n'ose ou qu'on ne sait pas vraiment aborder pour eux-mêmes. Les problèmes de ce genre sont innombrables. Au risque de choquer, évoquons-en quelques-uns.

D'abord le caractère explicite, qui serait typique du rationnement «moderne». Jusqu'ici, nous aurions déjà vécu un rationnement, mais implicite voire caché, décidé sur une base individuelle. N'est-ce pas là un moyen d'aborder la question de la justice distributive en général? Le rationnement explicite est en quelque sorte le miroir de la justice pour tous. On ne peut pas donner à tous selon la justice, alors on organise une

Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

- ◆ Rationnement: tout va si vite!
- ◆ Rationnement des soins, mode d'emploi
- ◆ Médecine et économie: à la recherche d'une éthique du don
- ◆ Rationnement ou primes astronomiques, un choix terrible!
- ◆ Rationnement des soins: justifié ou immoral?
- ◆ Le rationnement des soins n'est pas encore d'actualité, mais il n'est plus impensable...

13

Actualité

15

Calendrier médical vaudois

Prochaines parutions



COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS

N° 4/2001
21 juin 2001
(délai rédactionnel:
11 mai 2001)

N° 5/2001
12 septembre 2001
(délai rédactionnel:
3 août 2001)

privation qui se voudrait (serait?) la même pour tous. Dans notre pays, où l'on voit s'accroître des différences que la démocratie avait fait vœu d'éradiquer, le discours sur le rationnement permet de parler de ces préoccupations sans mettre en cause tout le système.

Dans le même ordre d'idées, on peut citer la référence faite à l'éthique et son double aspect, à savoir l'éthique individuelle et l'éthique d'environnement (éco-éthique). La première met en évidence la possible transformation de la confiance (valeur humaine et morale) en contrat (valeur logico-juridique). Qui veut cette transformation? Que signifie-t-elle pour nous, pour nos patients, pour la vie sociale en général? Que devenaient ceux qui ne parvenaient pas à établir la confiance? Que deviendront ceux qui ne peuvent établir un contrat ou ne savent s'y tenir? Qui surveillera sa bonne exécution? Les assureurs? L'Etat? Les associations de consommateurs? Des consultants spécialisés? Un «Monsieur Contrat»? Mettra-t-on un juge derrière chaque consultation comme le nouveau droit en met aujourd'hui un dans chaque famille où il y a conflit? Ces questions mettent en cause tout notre système social et la manière dont nous le faisons évoluer.

Enfin, on ne peut passer sous silence le rôle de l'Etat dans le cas d'un rationnement éventuel. Pour reprendre l'expression récente d'un Australien: «L'Etat doit utiliser la force, c'est la base du rationnement.» Un Etat plus fort? Un Etat plus discret? Il est clair que personne ne peut rester indifférent devant ce genre de choix.

Il est bon de se poser toutes ces questions et d'en discuter largement. Pour progresser, il faut admettre que le rationnement n'est pas une véritable question économique, mais qu'il soulève des questions plus générales, sur lesquelles il faudra bien se pencher une fois ou l'autre.

D^r Charles-A. Favrod-Coune, président de la SVM

Jeudi de la Vaudoise

31 mai 2001

Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

Promotion de la santé et soins aux personnes âgées

Service de la santé publique, Polyclinique médicale universitaire
avec le concours de la Société vaudoise de médecine

Organisation: Janine Resplendido, SSP, Ilario Rossi, PMU

Présidence: D^r Jean Martin, médecin cantonal, Professeur Alain Pécoud, PMU

Séance plénière

- 9 h Salutations, Professeur Alain Pécoud
Vieillessement de la population et systèmes de santé:
quel héritage, quel avenir?, Professeur Pierre Gilland
- 10 h Prévention et promotion de la santé de la personne âgée
au XXI^e siècle, Professeur Andreas Stuck
- 10 h 40 Introduction au séminaire: parcours en gériatrie, D^r Christophe Büla
- 10 h 50 Pause
- Séminaires interactifs
- 11 h 15 Parcours en gériatrie
- 12 h 30 Repas au restaurant du CHUV
- 14 h 15-17 h Ateliers – Apéritif

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM

D^r Charles-A. Favrod-Coune, président
D^r Charles Alexandre Steinhäuslin,
vice-président
D^{re} Jacqueline Caillat
D^r Jean-Philippe Grob, secrétaire
D^r Daniel Laufer
Professeur Alain Pécoud
D^r Bertrand Vuilleumier

Comité de rédaction du CMV

D^{re} Jacqueline Caillat
D^r Charles-A. Favrod-Coune
D^r Daniel Laufer
D^r Carlos Lima
D^r Jean-Pierre Randin
D^r Patrick-Olivier Rosset

Secrétariat général

P. A. Repond, secrétaire général
Inka Moritz, secrétaire 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. 021/213 77 77 (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:
inEDIT Publications SA
Chemin des Jordils 40
Case postale 74 – 1025 Saint-Sulpice
Tél. 021/695 95 95
Fax 021/695 95 51

Réalisation

inEDIT Publications SA

Dossier

Rationnement: tout va si vite!

Lorsque la SVM retint l'an dernier le rationnement des soins pour thème de sa Journée de la Société vaudoise de médecine fixée au 5 octobre 2000, cette notion paraissait encore fort lointaine... Aujourd'hui, le débat est ouvert partout, dans les parlements, dans la presse. Récemment, *L'Hebdo* titrait «Le rationnement des soins nous pend au nez» et le Dr Jean Martin, médecin cantonal vaudois, y disait préférer un rationnement «biologique» à un rationnement «chronologique».

D'autres pays connaissent déjà le rationnement des soins, par exemple l'Angleterre. Mais tous ceux qui étudient cette évolution sont d'accord sur un point: le rationnement des soins est une notion de caractère politique. Il faut définir clairement ce que l'on veut ou ne veut pas et il faut aussi parler des problèmes qui peuvent peser de tout leur poids sur un rationnement de fait: lorsqu'il n'y a plus assez de personnel dans un plateau technique contenant plusieurs salles d'opération, la solution d'en fermer une ou plusieurs comme ce fut récemment le cas au CHUV entraîne un rationnement de fait via, notamment, une liste d'attente pour les interventions...

On entend beaucoup les économistes s'exprimer sur ce thème, mais pour une fois des médecins de divers horizons s'exprimaient publiquement: libre praticien, chercheur, éthicien et politicien.

Dans ce numéro du *CMV*, vous trouverez les interventions de ces quatre orateurs de la table ronde du 5 octobre 2000, mais qui ont été actualisées par leurs auteurs en fonction des développements récents. On pourra vérifier que les questions auxquelles ils avaient répondu alors ont encore plus d'acuité qu'il y a six mois: difficultés et enjeux d'une définition du rationnement des soins; le rationnement est-il déjà présent, et sous quelle forme? Est-il évitable ou inévitable à l'avenir? Comment gérer le rationnement et qui en sont les décideurs (médecin, patient, homme politique, assureur, population)?

Le Dr Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de *Médecine et Hygiène*, de Genève, qui fut le modérateur du débat de la Journée SVM du 5 octobre 2000, brossa en quelques phrases l'évolution phénoménale enregistrée dans ce domaine: de l'aube de l'humanité jusqu'à

1940, la médecine était techniquement peu efficace; c'était plutôt une éthique, une attitude, qui a cependant eu d'énormes conséquences sur l'évolution; cette médecine-là revêt un caractère universel. Dès 1943 intervient une révolution thérapeutique, en ce sens que la médecine devient scientifiquement efficace. Dans les années 90 émerge la biologie moléculaire: les possibilités de traitement explosent. Et aujourd'hui certains, dont Otto Piller, directeur de l'OFAS, vont jusqu'à dire que «le rationnement est anticonstitutionnel» parce qu'il va contre l'égalité.

Un retournement impressionnant

Pourtant, l'idée de rationnement n'est pas nouvelle: de tout temps, il y a eu un rationnement implicite, dont la décision appartenait au médecin, lequel faisait une pesée d'éléments tenant

compte de la constitution du patient, de son état psychologique, de son insertion sociale pour proposer un traitement, en écarter un autre, etc. Avec l'explosion du coût de la santé, qui atteint dans notre pays 10% du produit intérieur brut (PIB), et parce que l'on a déjà exploré les pistes de rationalisation, on se dirige vers un rationnement explicite, c'est-à-dire soumis à des critères d'appréciation et à des règles écrites, au crible desquels on passe la personne. C'est donc un virage à 180 degrés.

Mais ce virage n'est pas simple à réaliser, comme le démontrent les commentaires du député yverdonnois Paul-Arthur Treyvaud qui avait interpellé le Conseil d'Etat sur le rationnement des soins. Les éclairages apportés par le gouvernement vaudois sur le thème du rationnement des soins doivent nous inciter tous – citoyens, soignants, malades – à une certaine vigilance. La Société vaudoise de médecine se doit avec d'autres de veiller à ces questions et d'en faire connaître l'évolution à ses membres, tout particulièrement concernés puisqu'ils seront peut-être appelés à appliquer les règles d'un rationnement explicite ou parce qu'ils devront dénoncer les abus que le sujet peut entraîner «glissando», avant qu'il ne soit trop tard.

Anne Mancelle

Une importante assemblée des délégués

Réunis en assemblée à Morges le 29 mars dernier, les délégués de la SVM ont consacré une partie substantielle de leurs travaux à faire le point sur la nouvelle structure tarifaire TarMed, en donnant la parole aux représentants des différentes disciplines médicales.

Il en est ressorti, en l'état des connaissances actuelles, une image très préoccupante pour l'avenir de la médecine, dans la mesure où la plus grande partie des sociétés de disciplines ne peuvent s'engager en faveur de la nouvelle structure. Ce constat inquiétant a suscité une résolution transmise à la FMH de ne pas organiser une votation générale sur les bases actuelles du TarMed mais de réunir au préalable les bases nécessaires à apprécier la situation de manière réaliste et à pouvoir prendre ensuite une décision correctement fondée.

Vous trouverez en page 13 le texte de cette résolution, qui sera également présentée lors des prochaines Chambres médicales de la FMH du 12 avril et des 4-5 mai, et dont l'issue décisive quant au sort de la votation générale sera connue au moment où vous prendrez connaissance de ces lignes.

Un autre débat s'est rapporté aux nouvelles modalités de prise en charge des requérants d'asile. Vous trouverez également en page 13 la prise de position du Comité de la SVM.

P.-A. Repond

Rationnement des soins, mode d'emploi

Le rationnement désigne la répartition de biens ou de services dans un contexte de ressources limitées. Dans les services de santé, cette répartition implique que les biens ou les services à rationner sont efficaces. On distingue ainsi le rationnement de la rationalisation, cette dernière visant l'élimination sélective des soins inefficaces.

Tout rationnement est lié à un système de priorités, produisant une liste de pathologies reconnues, de services admissibles ou d'individus éligibles. On peut distinguer trois grands types de rationnement, énumérés ci-dessous.

Trois grandes familles de rationnement

Un premier type porte sur les bénéficiaires potentiels du système de santé. Ce rationnement utilise certaines caractéristiques de la personne pour l'exclure du bénéfice des soins. Ainsi, la restriction d'accès à certains soins selon l'âge du patient relève typiquement de ce type de rationnement, par exemple pour certaines transplantations ou le dépistage de certaines maladies. Ce rationnement peut aussi concerner un type de pathologie (on peut par exemple exclure certaines maladies directement causées par le patient), ou le pronostic vital (en excluant des soins les malades condamnés à brève échéance). L'utilisation de la capacité de payer du bénéficiaire (qu'il s'agisse de payer une assurance ou un prestataire de soins) résulte également de ce cas de figure.

Un deuxième type de rationnement utilise les caractéristiques du service offert: ce sont des critères propres aux services qui commandent l'exclusion ou l'inclusion dans la liste des prestations offertes. La *liste de l'Oregon*¹ relève typiquement de cette catégorie: elle utilise une liste de services ordonnée selon le niveau d'efficacité (c'est-à-dire de rendement): ce niveau est mesuré formellement par un rapport coût-efficacité, prenant en compte le coût du service et le bénéfice escompté (y compris la durée de ce bénéfice). Le développement et la mise en œuvre de cette liste de l'Oregon avaient pour objectif d'élargir l'accès aux soins sans augmenter la dépense sanitaire globale: le rationnement naît souvent

d'une telle volonté, à savoir d'offrir moins à plus de monde. De telles listes ordonnées permettent au payeur (le système Medicaid dans le cas de la liste de l'Oregon qui est l'assurance chargée de garantir la couverture sanitaire des plus pauvres) de choisir les services les plus efficaces, en se réservant la possibilité d'allonger ou de raccourcir cette liste selon les capacités financières du payeur.

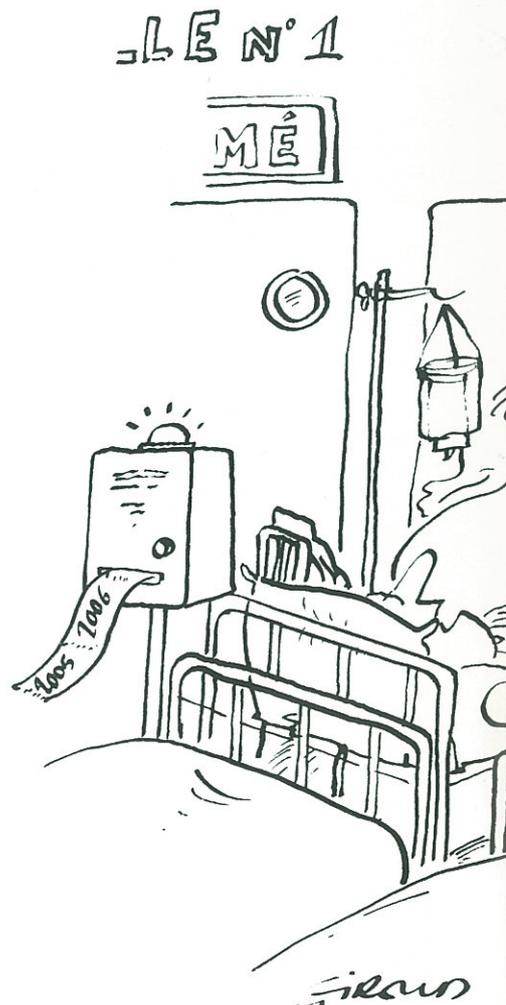
Ce type de rationnement est à l'œuvre dans la promotion des médicaments génériques (parce qu'à efficacité égale, on préfère le moindre coût). De même, on peut choisir les services en fonction de leur impact sur la santé de la population, privilégiant par exemple des interventions préventives par rapport à des interventions curatives: même si les premières sont parfois peu efficaces au niveau individuel, mais ont un large impact parce qu'elles concernent de très nombreuses personnes, alors que les interventions curatives sont souvent efficaces mais ne concernent qu'un petit nombre de personnes.

Enfin, le troisième type de rationnement redéfinit les buts du système de santé, principalement en redirigeant l'offre réelle des services sanitaires vers des prestations considérées comme essentielles. Cette option rend compte du fait que des techniques médicales sont utilisées dans d'autres domaines que ceux de la prévention, du diagnostic et du traitement de la maladie. On fait appel à des médecins (ou à des auxiliaires médicaux) pour résoudre certains problèmes éducatifs (enfants caractériels par exemple), ou certains types d'inadaptations (toxicomanies, alcoolisme). De même, ce type de rationnement est à l'œuvre lors de l'exclusion de certaines prestations utilisant des techniques médicales, comme l'ablation de tatouage, le traitement de l'infertilité, la physiothérapie pour les blessures de sport, le

changement de sexe ou la contraception. C'est le même type de rationnement qui limite le champ des soins à une médecine «officielle», en excluant les pratiques parallèles ou «complémentaires» des soins.

Ces trois grands types de rationnement empruntent deux grandes modalités d'application. La première est un rationnement implicite, opérant sans règle écrite, modulable selon le cas et le contexte. C'est le rationnement «au lit du patient». C'est une modalité caractéristique des systèmes fortement professionnalisés, dans lesquels la capacité de choisir fait partie de la compétence professionnelle des soignants, compétence reconnue par la population.

A cette première modalité s'oppose le rationnement explicite, qui com-



porte une règle écrite, rationnellement fondée, équitable. C'est aussi un rationnement qui peut être contesté dans la mesure où la règle est publique. Cette modalité est caractéristique des systèmes bureaucratiques, dans lesquels les acteurs dépendent de directives professionnelles.

De quelques difficultés

Le rationnement et les théories qui le sous-tendent ont connu un regain d'intérêt dans la santé publique des pays économiquement développés, surtout à cause du développement des stratégies de contrôle des dépenses sanitaires. C'est particulièrement le cas des stratégies qui utilisent la fixation prospective d'une enveloppe financière pour limiter la croissance des activités et donc des dépenses. Dans les faits cependant, toutes les stratégies de contrôle posent la question du rationnement. Ainsi, l'introduction d'une concurrence entre les acteurs du système de santé amène les parties contractantes à discuter de l'éventail des services offerts ou de la sélection des bénéficiaires, selon des techniques qui relèvent du rationnement.

Au pied du mur

C'est pourquoi, en fonction de la persistance des difficultés de gestion du système de soins, le rationnement a tout son avenir devant lui. C'est pourquoi aussi il faut que les acteurs du système de soins se familiarisent avec les quelques concepts de base qui aident à la décision. En particulier, il faut rappeler quelques-unes des difficultés. La première question est de savoir si les ressources disponibles pour les soins ont atteint aujourd'hui une limite infranchissable, ou si la volonté de payer de la communauté reste intacte. Sans une sorte de consensus sur cette question, qui est évidemment politique, il sera très difficile d'entamer une vraie réflexion opérationnelle sur une stratégie de rationnement.

Le délicat passage de l'implicite à l'explicite

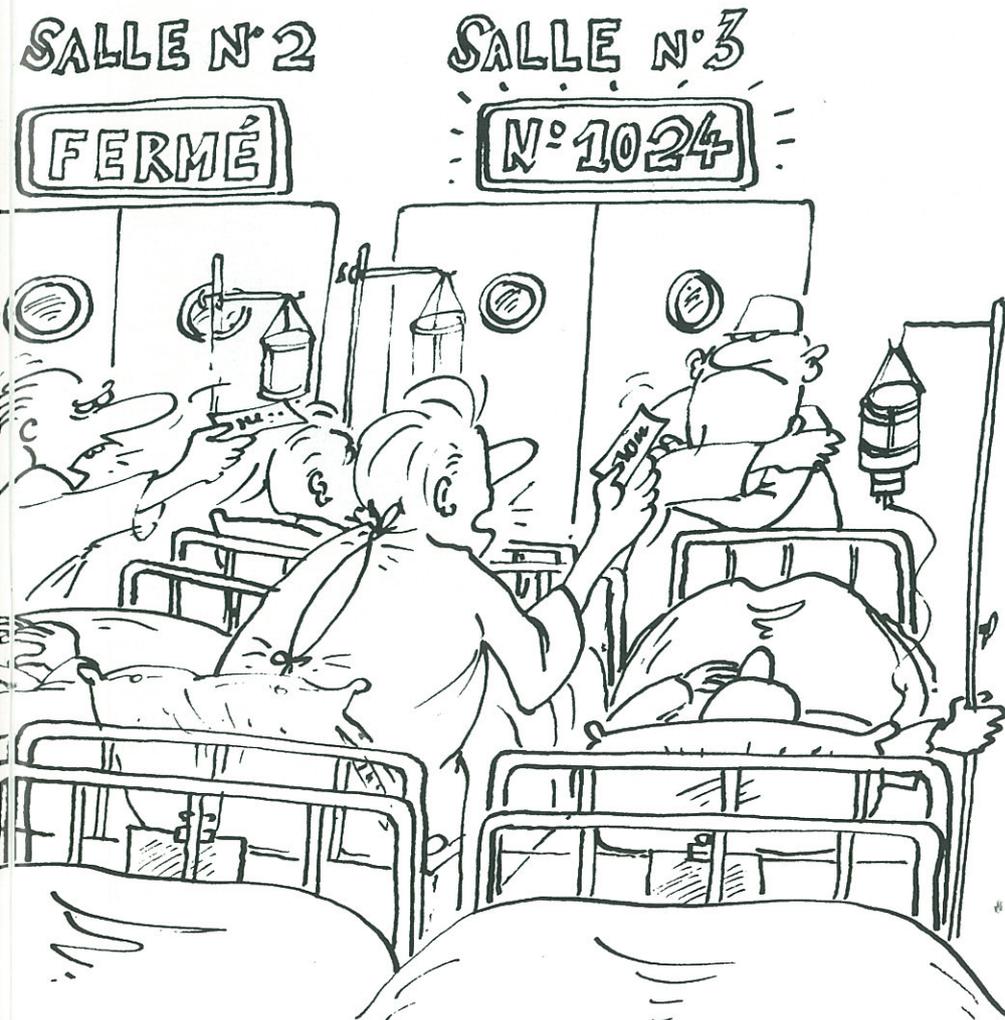
Une autre difficulté concerne le choix entre les modalités implicites et explicites du rationnement. Les difficultés inhérentes au rationnement implicite sont bien connues parce qu'il est largement pratiqué. Le rationnement implicite est opaque, et il évolue

à une allure et dans une direction non maîtrisables; en particulier, le rationnement implicite a beaucoup de chance d'être inéquitable. Enfin, la qualité de ce mode de rationnement dépend beaucoup du professionnalisme des acteurs. Au contraire, le rationnement explicite est moins connu. On sait cependant qu'il est en général difficile à faire passer au sein des communautés: ainsi, l'utilisation de l'âge comme critère de rationnement des soins est beaucoup plus facile à faire passer «au lit du malade» (rationnement implicite) que dans un règlement officiel, même si ce rationnement explicite par l'âge dispose d'un fondement éthique raisonnable.² En d'autres termes, les sociétés démocratiques ont des difficultés à rendre explicite un rationnement, alors même qu'elles tolèrent des stratégies implicites.³

Quel rationnement?

Un troisième problème est l'acceptabilité du rationnement et de ses règles. Lorsque la population générale est consultée dans ces projets de rationnement, on constate habituellement qu'elle accepte de favoriser les interventions efficaces par rapport à celles qui sont inefficaces (c'est-à-dire de rationner selon un principe d'efficacité). En revanche, la population a plus de difficultés à favoriser les interventions efficaces (c'est-à-dire économiquement efficaces) par rapport à celles qui sont inefficaces.^{4 5} C'est que la consommation médicale est encore souvent considérée comme une consommation n'ayant pas à se justifier, en particulier du point de vue économique («La santé n'a pas de prix»). La difficulté d'introduire une dimension économique dans les choix sanitaires est une limite importante dans l'application pratique du rationnement. Cela nécessite un effort de sensibilisation auprès de la population en général, mais aussi de formation parmi les professionnels des soins.

Professeur Fred Paccaud,
Institut de médecine sociale
et préventive, Lausanne



¹Bodenheimer T. *The Oregon health plan - Lessons for the nation* (two parts). N. Engl. J. Med. 1997;337, 651-5 and 337:720-23.

²Williams A, Evans JG. *The rationing debate: rationing health care by age*. BMJ 1997, 314:820-5.

³Grogan CM. *Deciding on access and levels of care: a comparison of Canada, Britain, Germany and the United States*. J. Health Politics, Policy & Law 1992, 17:213-32.

⁴McIver S. *Information for public choice*. Brit. Med. Bull. 1995, 5:900-13.

⁵Bowling A. *Rationing as a public choice*. BMJ 1996, 312:670.

La Classe à l'état pur.



Mercedes-Benz Classe S: de nouveaux jalons en matière de sécurité, de technologie et de confort: chaque trajet devient une partie de plaisir!



Classe S, dès Fr. 93'000.-



Mercedes-Benz

Garage de l'Etoile SA

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

Auto-Rives SA

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



Garage de la Riviera SA

Route de St-Maurice 233, La Tour-de-Peilz, tél. 021/977 05 05

Garage de la Plaine

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

A vendre dans le canton de

Neuchâtel

Home pour personnes âgées



Cadre familial, situation privilégiée dans la verdure et le calme.

Parcelle de 2800 m², dont 1088 m² constructible.

Prix de vente: 1 700 000.-

Réf. internet: V1596

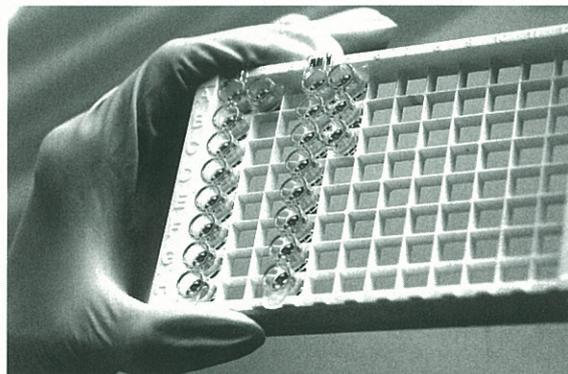
www.bernard-nicod.ch

BERNARD Nicod

39, rue de la Plaine Tél. 024/424 24 24

1400 YVERDON

Notre métier ?



Détection des maladies infectieuses
Diagnostics en cytopathologie clinique
Analyses biochimiques
Analyses hématologiques
Dosages immunologiques

Biomédilab

4, av. Tissot - 1006 Lausanne
Tél. 021 321 40 00 - Fax 021 321 40 40

Clinique Cécil

6, av. Marc-Dufour - 1007 Lausanne
Tél. 021 310 56 78 - Fax 021 310 56 77

Unilabs

Hôpital Riviera
Sites de Montreux et du Samaritain
3, bd Paderewsky - 1800 Vevey 1
Tél. 021 923 42 06 - Fax 021 923 42 05



L'aide au diagnostic

Les analyses médicales constituent un élément essentiel de la qualité des soins prodigués aux patients. C'est pourquoi Unilabs accorde une importance primordiale à la qualité et au niveau des services offerts aux médecins: une gamme complète d'analyses, des spécialistes de chaque domaine à l'écoute du corps médical, et un suivi permanent de l'évolution des recherches de pointe susceptibles d'améliorer la qualité des analyses de laboratoire.

 Unilabs

Médecine et économie: à la recherche d'une éthique du don

D'après le bioéthicien nord-américain Daniel Callahan, les coûts de la santé pourraient être maîtrisés à l'aide d'un système de santé économiquement équilibré.

Ce système est caractérisé par:

- 1) un accès pour tous à des soins de base;
- 2) l'élaboration de méthodes permettant de limiter l'usage des moyens techniques inefficients, de même que des moyens efficaces mais trop coûteux;
- 3) l'élaboration d'un consensus démocratique portant sur les priorités de soins.

Le dilemme

La mise en œuvre de ce système s'oppose cependant aux difficultés suivantes:

- le système actuel favorise l'individualisme et le profit;
- une médecine de qualité est habituellement considérée comme une médecine s'adaptant aux progrès et aux innovations technologiques;
- les bienfaits des avancées technologiques sont envisagés comme des biens prioritaires.

Tous ces facteurs sont à la source d'une expansion illimitée des coûts de la santé. En réponse à cette inflation, un contrôle politique et économique prenant la forme de restrictions budgétaires est proposé. Pour bon nombre de praticiens, cette réponse est cependant inadaptée, dans la mesure où l'évaluation économique d'une situation médicale fait peser sur les pratiques des contraintes collectives contraires à l'éthique hippocratique. Les conflits qui résultent de cette confrontation rendent illusoire l'espoir d'une stratégie médicale de maîtrise des coûts, et font planer le spectre d'un rationnement explicite. Comment aborder ce dilemme?

Médecine et économie: un (re)mariage possible?

Ma thèse est que la question de la maîtrise des coûts ne peut relever de la seule stratégie économique, mais devrait faire appel à la recherche d'une complémentarité entre médecine et économie. La tâche consiste à mettre

en lumière le fond commun à une éthique médicale attentive à la singularité de la personne souffrante et à une éthique de l'allocation équitable des ressources. Quel est ce fond éthique? Il s'agit, à mon sens, d'une conception de la santé accordant une priorité non pas à la dimension autonome d'un individu malade en droit d'attendre de la science médicale une restauration de son bien-être global, mais à une vision de la réalisation de soi conçue comme la visée d'une vie accomplie sous les signes de la responsabilité, de l'amitié et de la sollicitude, de la solidarité et de la justice.

Restaurer la santé d'une personne signifie dès lors lui permettre de déployer son existence de manière responsable, avec la part de souffrances que cela suppose, dans un réseau de relations et d'institutions qui lui donnent son sens. Dans cette perspective, la pratique médicale peut être conçue comme l'art de bien conduire une demeure et de bien disposer des parties d'un tout en vue de restaurer l'habitat, c'est-à-dire la santé de la personne malade. Nous rejoignons là le sens étymologique du mot économie.

A la recherche d'une éthique du don

C'est sur la base d'une telle armature éthique, fondamentalement commune à la médecine et à l'économie, qu'il me paraît possible de tracer quelques pistes ouvrant la voie à une maîtrise des coûts de la santé:

- 1) l'une des étapes consisterait à procéder à une évaluation des besoins de santé de la population, qui pourrait se dérouler dans le cadre d'un observatoire national de la santé;
- 2) les besoins de santé pourraient être également évalués dans le cadre de recherches menées en médecine de premier recours, dans la mesure où cette dernière est, me semble-t-il, un lieu privilégié de dialogue et de compréhension de la souffrance personnelle et sociale;
- 3) une fois les besoins de santé suffisamment circonscrits, le développement d'une collaboration interdisciplinaire entre la médecine de premier recours, la médecine sociale et préventive et l'éthique médicale, portant sur les dimensions éthiques et sociales de la pratique médicale, me paraîtrait souhaitable;

- 4) en complément, un renforcement de la pédagogie de la santé, tant au niveau scolaire qu'au niveau de la formation médicale, me paraissent être des mesures permettant de développer un modèle de prise en charge responsable des malades. Quelle que soit la stratégie choisie, il me semble que le fil conducteur consiste à cultiver, tant chez les médecins que chez les économistes, une éthique du don plutôt qu'une éthique du soupçon.

*D^r Lazare Benaroyo,
privat-docent, chargé de cours
en éthique médicale à la Faculté
de médecine de Lausanne*

COMMUNIQUÉ

Assurances complémentaires

VISANA Assurance, comme d'autres groupes d'assureurs, a souhaité avoir à disposition des modalités de fonctionnement pour ses assurés au bénéfice d'une assurance complémentaire d'hospitalisation.

Pour des raisons qui lui sont propres, le groupe VISANA met à la disposition de ses assurés complémentaires en cas d'hospitalisation les modalités de fonctionnement et le tarif de remboursement de la CSS Assurance. La Société vaudoise de médecine avait admis les modalités de fonctionnement de la CSS Assurance en juin 2000. Par conséquent, la Société vaudoise de médecine, par le truchement du Groupement vaudois des médecins travaillant en cliniques privées et du Groupement des médecins hospitaliers, recommande à ses membres pratiquant dans le domaine de l'assurance complémentaire d'appliquer ces règles de fonctionnement pour les assurés de VISANA Assurance SA dès le 1^{er} mai 2001. Si des difficultés devaient apparaître, il est possible de se renseigner auprès de VISANA Assurance SA à Berne ou auprès du Secrétariat général de la Société vaudoise de médecine.

*D^r Alain Meyer, président du
Groupement vaudois
des médecins hospitaliers
D^r B. Burri, président du
Groupement vaudois des médecins
travaillant en cliniques privées*

Rationnement ou primes astronomiques, un choix terrible!

La LAMal a mis un terme seulement partiel à la chasse au bon risque et n'a pas tenu ses promesses. Elle fait en effet l'objet de contradictions majeures. Faire plus avec moins - jusqu'où?

Devant l'enjeu politique de l'augmentation constante des primes, les autorités politiques n'ont cessé de prendre des mesures à caractère purement économique sous le slogan «Faire plus avec moins».

Il en est résulté un rationnement implicite avec des dérapages majeurs:

- Orchidée
- Equation 33

Malgré les promesses faites, les économies pratiquées ont été réalisées pour la plus grande partie sur le dos du personnel. Il en est résulté des sous-dotations dans un contexte salarial et promotionnel peu attractif. De plus, cela a débouché sur une véritable crise due à la pénurie. De nombreux postes ne sont tout simplement pas pourvus.

Le corps médical a été mis sous pression avec la réduction des durées de séjour et dans une certaine mesure aussi avec le harcèlement administratif: suspicion chronique quant aux traitements prescrits, demande permanente de justifications et de certificats médicaux... que de toute évidence personne ne lit!

Cela n'a pas été sans un certain retentissement sur la qualité et cela a surtout suscité des tensions: le médecin est pris entre l'enclume et le marteau, par les exigences des malades d'un côté et de l'autre par celles, inverses, des caisses-maladie ou des autorités. *De facto* il lui appartient de réaliser au lit du malade et selon les convictions qui lui sont propres des mesures globales décidées par d'autres, et d'en assumer la responsabilité. Il en résulte des attitudes variables d'institution à institution et de personne à personne, en sorte que l'égalité de traitement et la solidarité ne sont plus réalisées.

Des ressources restreintes ne sauraient justifier un rationnement...

Cette situation n'a pas manqué d'inquiéter le député Paul-Arthur Treyvaud. Aussi bien la commission que le gouvernement vaudois éludent la question, les uns «*parce qu'un traitement exhaustif des questions posées*

par le postulant n'est pas envisageable, et qu'en particulier l'inventaire des domaines dans lesquels le rationnement des soins serait appliqué et la comparaison de la situation vaudoise avec celles d'autres cantons ou pays devraient rester proportionnés aux ressources du Département de la santé et de l'action sociale», les autres parce que la LAMal garantit l'accès aux soins et que, si problème il devait y avoir, il relève d'une compétence fédérale. Que comprendre de ce jargon (fautes d'orthographe comprises) si ce n'est que le Conseil d'Etat reconnaît ailleurs dans sa réponse qu'il y a engorgement au CHUV et pense avoir fait son devoir en accordant 10 lits de médecine et 73 postes supplémentaires ainsi que quelques autres mesures allant à terme dans cette direction...

Au niveau du Conseil national, les mêmes questions ont été posées en décembre dernier. «*Le fait que les ressources soient restreintes ne saurait suffire, à lui seul, à justifier un rationnement*», déclare le Conseil fédéral dans sa réponse. L'accès aux soins étant garanti par l'art. 39 LAMal, les cantons doivent mettre à disposition le personnel en nombre suffisant et disposant d'une bonne qualification ainsi que des équipements médicaux de bonne qualité. Rêve ou cauchemar? Décidément tout le monde il est bon, tout le monde il est gentil!

Le corps médical n'est plus disposé à appliquer des mesures implicites. Il souhaite des mesures explicites où les autorités politiques assument la responsabilité de leurs propositions face au public, aux assurés et aux malades. Il en résultera sans doute quelques difficultés (légitimes!) d'acceptance en fonction du degré d'atteinte à l'égalité/solidarité dont ils n'ont cure en prenant des mesures implicites. Aux bons docteurs de se débrouiller: faire plus avec moins!

Le mythe de la «concurrence»

L'une des contradictions majeures de la LAMal est de croire que l'on peut introduire une concurrence économique dans un système social de manière à faire baisser les prix. C'est une

grave erreur non seulement intellectuelle (un système social garantissant l'égalité de traitement et la solidarité requiert par définition un certain degré de planification, une gestion administrée, ce qui entre fondamentalement en contradiction avec la concurrence économique) mais encore dans les faits:

- Les systèmes ultralibéraux comme aux États-Unis sont au contraire les plus chers du monde.
- Les règles du marché sont inapplicables dans un système marqué par l'influence de facteurs externes d'un poids social et politique considérable. Là-dessus se greffe un fédéralisme de souveraineté dépassé reposant sur 26 cantons. La politique qu'ils pratiquent est non seulement souvent différente, mais encore discordante, et de plus un certain nombre ne dépasse



pas la taille microéconomique, rendant de ce fait même les principes de l'économie de marché inapplicables.

- Le marché de la santé est profondément influencé par les progrès de la médecine.
- Le choix des fournisseurs de prestations n'a qu'un très lointain rapport avec des critères économiques. Il repose essentiellement sur des critères de proximité dans le domaine des urgences, de qualité et de réputation (dans laquelle les facteurs subjectifs jouent un rôle prépondérant) dans les autres.
- Enfin, il n'y a aucun rapport entre le prix, la qualité et l'efficacité.

Suppression de l'obligation de contracter et «tout» est résolu!

Malgré ces différents éléments, le mythe de la concurrence économique a la vie dure, en particulier parce qu'elle sert les intérêts des assureurs. Le dernier exemple en date est la prétendue suppression de «l'obligation de contracter». C'est un abus de langage manifeste (simpliste en plus, les caisses-

maladie ayant la conviction de résoudre tous les problèmes de cette manière) parce qu'il existe certes une disposition légale qui assimile le droit de pratique à la prise en charge par l'assurance sociale, mais en aucun cas à un contrat.

La version de l'art. 35 mise en consultation donnait quasiment un pouvoir discrétionnaire aux caisses-maladie de choisir avec quels médecins elles entendaient collaborer, malgré les assurances qu'elles tentaient de donner en garantissant l'usage de critères «objectifs» de qualité et d'économicité du traitement. Les mêmes privilèges ont été donnés également aux médecins, qui auraient été en mesure par ce biais d'influencer profondément les parts de marché si chères aux caisses, voire de les mettre véritablement en difficulté.

Cette éventualité pourtant très réelle n'a jamais été prise sérieusement en compte. La procédure de consultation a débouché sur une telle masse de réponses dubitatives ou franchement opposées que le DFI a préféré retirer un projet qui lui paraissait pratiquement inapplicable. Il a pourtant maintenu une disposition par principe inacceptable en limitant ce processus à nos concœurs et confrères âgés de plus de 65 ans.

Cela n'empêche pas les caisses-maladie de continuer leur lobbyisme acharné en clamant la nécessité de l'étendre également au secteur hospitalier et non seulement de le limiter au seul secteur ambulatoire.

L'argument déterminant serait de diminuer l'offre et ses coûts astronomiques pour contribuer à la «concurrence». Quelle concurrence? La concurrence entre qui? Pour quel bénéfice? En fait, les caisses-maladie rêvent de jouer un rôle analogue à celui des assureurs américains. En créant de vastes ensembles «en réseau» qu'elles contrôlèrent dans leur entier, elles seraient en mesure de proposer leurs services «avantageux» aux grandes entreprises ou aux citoyennes et citoyens de ce pays, avec commission à la clé.

Ces services «avantageux» leur permettent de prendre des mesures de rationnement en limitant les prestations en fonction de critères économiques. Ceux qui désirent lever ces restrictions peuvent le faire par le biais d'assurances complémentaires: d'où une deuxième commission. Par chance, le système suisse n'aime pas les excès et préfère les compromis en demi-teinte. Il en résulte qu'il ne permet et ne permettra pas d'accéder aux rêves des assureurs. Mais il leur laisse néanmoins une marge suffisante de manœuvre dans la sélection des risques afin que ce business reste très intéressant sous le couvert de «vocation» sociale. Les médecins peu-

vent-ils accepter encore longtemps de se prêter à ce petit jeu là?

Primes mensuelles à 400 francs en 2010?

La FMH pourrait envisager d'associer au droit de pratique un contrat de qualité/efficacité à respecter, mais cela présuppose une politique partenariale de gestion de l'assurance sociale de la part des assureurs et non une opération de redistribution des pouvoirs dans une perspective de profit ou de compensation freudienne. Cette éventualité est subordonnée à la mise en place d'une politique sérieuse de régulation de la démographie médicale, ce qui implique des dispositions quant à l'admission en faculté et une restructuration hospitalière permettant de créer davantage de postes permanents et ainsi de diminuer le nombre de postes de formation, qui sont un alibi confortable pour fournir des services bon marché. Un groupe de travail FMH-CDS-ASMACH+ est à la tâche.

L'ensemble de ces mesures ainsi que l'introduction de Tarmed et ses contraintes ne suffiront probablement pas à terme. Même si la gestion du système de santé et le contrôle des coûts étaient optimaux, ce qui suppose également des restructurations institutionnelles et opérationnelles majeures, le vieillissement démographique et l'augmentation régulière des prestations qui en résulte – ainsi que l'introduction des nouvelles technologies – aboutissent à une augmentation annuelle de 3-3,8% des primes. Ces chiffres ont été calculés par les services mêmes de Mme la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss (rapport IDAFISO 1996 & 97). Il en découle que même dans des conditions aussi idéales que possible, les primes atteindront probablement le montant de CHF 400.– en 2010, auquel il convient d'ajouter l'inflation et les différents facteurs influençant les prix. Reste alors à voir quelle sera la réaction des citoyennes et citoyens! Des choix seront probablement incontournables. Mais leur faire croire encore et toujours à chaque automne qu'il est possible de stabiliser les primes relève de l'illusion, à la limite mensongère.

Dr Yves Guisan, vice-président FMH, conseiller national

JEUNE SECRÉTAIRE MÉDICALE
DIPLÔMÉE

CHERCHE EMPLOI

pour tout de suite ou à convenir.

Tél. 021/862 91 78.



Rationnement des soins: justifié ou immoral?

La situation et les coûts de la santé sont-ils réellement si graves dans notre pays que le rationnement soit la seule solution? C'est à cette interrogation que le président de la Société vaudoise de médecine s'est appliqué à répondre lors de la table ronde SVM du 5 octobre 2000, au moyen de diverses statistiques qui ne recourent pas le discours inquiet et sinistré habituel...

Après avoir lui aussi fait la différence entre rationalisation et rationnement, le Dr Charles-Abram Favrod-Coune a rappelé que la santé coûte 10,1% du PN B, ce qui la place en troisième position derrière les Etats-Unis et l'Allemagne, mais devant la France et l'Italie. La Grande-Bretagne, elle,

s'en sort avec un taux de 5,7% seulement. Les dépenses totales de santé sont passées dans notre pays de 13 à 37 milliards entre 1980 et 1996; cependant, les dépenses relatives aux médecins sont remarquablement stables depuis 1992, début des statistiques dans ce domaine.

RATIONNEMENT

Restriction de soins

- utiles et efficaces;
- ciblée et autoritaire;
- pour faire face à une pénurie de ressources.

RATIONALISATION

Optimisation des soins

- en vue d'un résultat démontrable (= rationnel);
- meilleur choix des moyens;
- suppression des gaspillages.

S'il est vrai que le nombre de médecins installés dans le canton de Vaud a augmenté de quelque 25% au cours des vingt dernières années, pour atteindre un effectif d'environ 1500 praticiens, ce chiffre n'est pas forcément inquiétant à moyen terme: depuis quelques années, la population vaudoise est en nette croissance et l'attractivité de ce canton devrait se confirmer, compte tenu des projets scientifiques et économiques en cours. Ces médecins devraient donc être largement occupés à moyen terme, au vu du vieillissement démographique.

La progression du nombre d'étudiants en médecine ne justifie pas non plus l'introduction d'une clause du besoin telle qu'envisagée par Mme Dreifuss en matière d'installation de cabinets. De 1993 à 1998, le nombre d'étudiants en médecine est certes passé de 1200 à 1400 dans le canton, mais dans le même temps, la courbe d'augmentation du nombre d'étudiants en HEC+SSP a été plus marquée encore, ce dont personne ne s'inquiète. Ces deux facultés enregistrent pourtant deux fois plus d'étudiants que la Faculté de médecine!

Il est aussi intéressant de constater que l'augmentation des dépenses de santé vaudoises entre 1980 et 1998 évolue en parallèle quasi parfaite avec plusieurs autres courbes: celle de l'évolution des primes incendie dans le canton de Vaud, celle du nombre de bénéficiaires de l'aide sociale vaudoise ou encore celle de la progression des recettes fiscales...

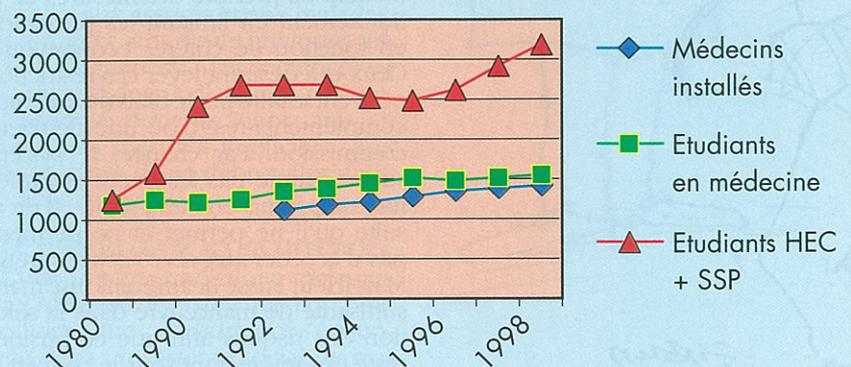
Quelles conclusions tirer de ces statistiques?

- Le secteur de la santé actuel en Suisse est simplement un secteur en fort développement économique.
- L'«explosion» des coûts n'est qu'une croissance déjà observée sans inconvénient dans le passé. D'autres secteurs croissent de manière similaire sans émouvoir les autorités.
- La «pénurie», prérequis logique du rationnement, n'a donc pas de réalité économique.

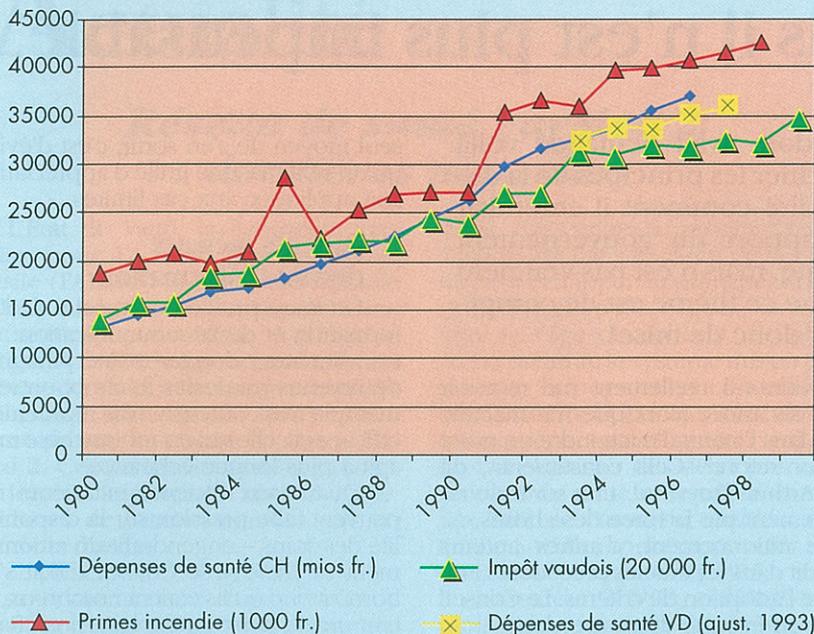
Pourquoi alors cette tendance des politiques à vouloir imposer le rationnement explicite, tendance qui se constate aussi à l'étranger? Parce que la médecine va bien au-delà de ce qui est mesurable scientifiquement, qu'il est facile de la critiquer de l'extérieur, qu'il semble facile d'exiger des preuves d'efficacité, d'où l'approche résultat. Yvon Brunelle, du Ministère de la santé du Québec, estime que «de façon discrète, l'appareil politico-administratif voit là une occasion de redresser le système de soins tout en permettant une prise de contrôle par l'appareil administratif sur les dispensateurs de services».

Autrement dit, le rationnement n'est qu'une *idéologie technocratique* fondée sur des notions abstraites de «démarche qualité», de «contrôle par les résultats» et de «rapport coût-bénéfice». Elle se pose en concurrente des démarches de régulation politique traditionnelles, en particulier:

Etudiants en médecine et HEC + SSP vs. médecins installés dans le canton de Vaud



Dépenses de santé CH/VD. Impôts VD et primes incendie VD



- promouvoir un sain équilibre entre le secteur public et le privé;
- encourager l'utilisation la plus efficace des moyens mis à disposition par l'économie.

Ces considérations conduisent l'orateur à conclure qu'à l'heure actuelle, imposer un rationnement de soins efficaces à une partie de la population est immoral de la part de l'État.

Dans un pays qui dispose des moyens qui sont les nôtres, les autorités n'ont pas le droit de restreindre les ressources (publiques ou privées) affectées à la santé en dessous de ce qui permet de distribuer tous les soins efficaces nécessaires à la population.

Tant que tout n'a pas été fait pour disposer de ces ressources, il est immoral d'envisager un rationnement des soins, car il ne faut pas oublier que la douleur, l'angoisse et la mort restent le lot quotidien de l'humain, même de nos jours.

Compte-rendu: Anne Mancelle

- à la régulation par le marché («libéraux»);
- à la distribution large des richesses («socialisme»);
- aux solutions mixtes existantes ou en devenir («réalisme politique»).

Chacun a le droit de penser ce qu'il veut de ces types de régulation, mais on se rappellera que jusqu'ici, la technocratie autoritaire n'a pas apporté la preuve de sa supériorité sur des approches plus empiriques et plus humaines.

Dans ce contexte où le rationnement des soins n'a pas de caractère inéluctable, les médecins doivent savoir s'adapter aux nécessités du moment sans quitter les règles intangibles de leur art:

- prescrire examens et traitements au mieux des intérêts (médicaux ET économiques) du patient, au plus près de leurs connaissances et de leur conscience;
- rationaliser mais non rationner leur prescription, en se rappelant que le vivant a droit à une certaine subjectivité dans la fixation de ses objectifs, y compris en santé.

Quant à une société médicale, son rôle est de:

- participer loyalement aux transformations nécessaires du système de santé;
- mettre l'économie au service de la santé et non le contraire, en faisant affecter suffisamment de ressources à la santé;

f i d u p e r
Fiduciaire personnalisée s.a.

Grand-Rue 92
1820 Montreux
Téléphone 021/963 07 08
Téléfax 021/963 14 07

Les cabinets médicaux
sont notre spécialité

Budget d'installation

Gestion comptable
et fiscale

Décomptes salaire
du personnel

Assurances sociales

Membre de l'Union Suisse des Fiduciaires

R.C PONT ASSURANCES S.À R.L.

(ASMAC MEDISERVICE en Romandie)

VA BEAUCOUP PLUS LOIN QUE

GÉRER VOTRE PORTEFEUILLE D'ASSURANCES ET VOUS
PROPOSER **LES MEILLEURS CONTRATS DISPONIBLES...**

POUR EN SAVOIR PLUS: **HTTP://WWW.RCPONT.COM**

72, RUE DE LAUSANNE CASE POSTALE 62, 1211 GENEVE 21, TÉL. 022 731 25 26, FAX 022 731 24 64, E-MAIL: RPONT@RCPONT.COM

Le rationnement des soins n'est pas encore d'actualité, mais il n'est plus impensable...

Paul-Arthur Treyvaud, député d'Yverdon, avait demandé voilà quelques mois au Conseil d'Etat de clarifier les principes de la distribution généralisée des soins et de dire comment il entendait lutter contre le rationnement. Le rapport du gouvernement constitue une base de travail intéressante, mais n'est pas vraiment rassurant, le Conseil d'Etat estimant que ce thème est de compétence fédérale: la vigilance de tous est donc de mise!

Le rapport gouvernemental fait un tour honnête de la question, relatant notamment la manière dont divers Etats ont empoigné ce sujet. Le gouvernement lui-même amorce sa réflexion en partant de la définition de la santé: est-elle simplement «absence de maladie» ou, comme le dit l'OMS, «état de complet bien-être physique, mental et social», définition qui implique forcément la perception subjective de la personne? De ce choix entre la première définition par la négative (absence de...) et la seconde découlent à la fois le système de santé et la perception qu'en a le public. Soit dit en passant, il n'existe pas, au niveau fédéral, de garantie constitutionnelle explicite d'un droit aux soins, alors que la nouvelle Constitution fédérale affirme le «droit d'obtenir de l'aide dans des situations de détresse».

Pas de liste «positive»

En Suisse, ce ne sont évidemment pas la disponibilité et l'accessibilité aux soins qui sont menacées, mais bien «l'accessibilité financière» des malades aux prestations, particulièrement dans le cadre de l'assurance obligatoire de base. La concurrence entre assureurs ne joue que sur deux facteurs: la diminution des frais d'exploitation et le contrôle des prestations. Et c'est évidemment au niveau de ce dernier contrôle qu'un rationnement insidieux, peu explicite, pourrait s'établir. En effet, la LAMal ne contient qu'un catalogue sommaire du genre de prestations prises en charge, tandis que l'ordonnance sur les prestations dans l'assurance obligatoire ne comprend pour la sienne qu'une liste de traitements qui ne sont pas pris à charge. Autrement dit, il n'existe pas de liste positive de traitements et moyens diagnostiques autorisés, et c'est dans cette zone indéfinie qu'on arrive au cœur de la question politique: un bon traitement qui coûte 300 000 francs sera-t-il octroyé, à moi qui n'ai qu'une assurance de base et plus de 50 ans, par un de ces spécialistes hautement qualifiés qui seuls sont habilités à donner leur accord pour un tel traitement? Pourra-t-

il, voudra-t-il réellement me recevoir avant six mois, alors que ma maladie peut dans l'intervalle atteindre un point de non-retour? «Cela constituerait, dit Paul-Arthur Treyvaud, une sorte de rationnement par la force des choses.»

Le rationnement, d'autres auteurs l'ont dit dans les articles précédents, implique l'adoption de critères. Le Conseil d'Etat en évoque de trois ordres:

- **Les critères médicaux:** sont pris en compte le pronostic de réussite du traitement, le risque de mortalité ou de l'handicap, etc. Cette appréciation devrait être du domaine exclusif du médecin, mais les assurances semblent vouloir s'immiscer dans ce secteur-là aussi.
- **Les critères déterminant les prestations:** on diminue le nombre de prestations remboursées en obligeant les patients à requérir un deuxième avis, à s'inscrire sur des listes d'attente, à différencier ce qui relève du «médical» et d'autres formes de mal-être... Si l'on se reporte au dernier numéro du CMV et à l'importance des maladies mentales dans les incapacités de travail, on voit quels arbitrages pourraient être introduits!
- **Les critères personnels** tels que l'âge, la qualité de la vie, la productivité, la charge de famille.

Une «grille» peut être injuste

Sur ce dernier point, Paul-Arthur Treyvaud n'est pas vraiment rassuré, le Conseil d'Etat ayant en effet soigneusement pris soin de ne pas s'exprimer... «Comment estimer la qualité de vie d'une personne, dit le député: sur la base d'une appréciation de son confort matériel? Pensera-t-on qu'un grabataire n'a pas le droit à un certain traitement parce qu'on juge de l'extérieur que sa vie est limitée? Jugera-t-on superflu de donner un traitement laser contre la couperose qui provoque douleurs et démangeaisons sous prétexte qu'il s'agit d'une intervention de nature «esthétique»? Je pourrais vous citer encore de nombreux autres cas limites, et ce sont toujours eux qui posent problème. Le

seul moyen de s'en sortir, c'est d'éviter qu'un schéma, une grille d'appréciation soit appliquée aux cas limites...»

Patients inégaux devant l'information...

Un autre problème est celui de l'information et de la communication: vait-on vraiment donner à une personne de revenus modestes le choix entre la thérapie très coûteuse mais rapidement efficace et celle qui est moins chère mais agit à plus longue échéance?

Quant aux facteurs extérieurs qui peuvent faire pression sur la disponibilité des soins – engendrant un rationnement *de facto* –, le Conseil d'Etat s'est borné à dire qu'ils étaient nombreux, citant un ou deux exemples. Ainsi, Paul-Arthur Treyvaud a par exemple été très choqué d'apprendre dans ce rapport que la moitié des salles d'opération du CHUV avaient été fermées pour cause de manque de personnel, ce qui constitue un rationnement de fait des possibilités d'intervention, un allongement des listes d'attente, etc. Cette décision de fermer des plateaux était donc éminemment politique... et pourtant le Grand Conseil n'en a rien su jusqu'à ce rapport!

Le Conseil d'Etat ayant expliqué que le problème du rationnement doit être empoigné au niveau fédéral, nous avons demandé au député Treyvaud quelles suites pourraient être données à ce rapport: un relais de cette préoccupation devrait être fait au niveau des Chambres fédérales, peut-être par le biais d'un ou de plusieurs médecins conseillers nationaux. Les chefs romands en charge de la Santé pourraient peut-être aussi s'entendre pour empoigner à leur tour le sujet.

Et ensuite?

Au niveau cantonal, le député Treyvaud suggère une piste: la commission spécialisée de santé publique du Grand Conseil, composée de 11 membres et présidée par Mme Edna Chevalley, pourrait former en son sein un groupe de travail spécifique de trois membres, dont la mission serait de suivre de très près l'évolution de la médecine, d'appréhender ses conséquences sur le plan des équipements, de la formation, etc., et d'en faire rapport au gouvernement. Cela bien sûr dans le but d'éviter des rationnements de fait, échappant donc à des critères décidés politiquement.

Anne Mancelle

Actualité

Réseau de santé FarMed 2: dernières nouvelles

L'Etat de Vaud, la Fondation vaudoise pour l'accueil des requérants d'asile (FAREAS) et l'assureur maladie SUPRA ont ratifié en janvier 2001 une convention concernant l'affiliation obligatoire des requérants d'asile du canton de Vaud à l'assurance maladie obligatoire des soins et ont créé en conséquence le réseau de santé FarMed 2. Ces partenaires ont la possibilité légale d'imposer des modalités particulières de fonctionnement aux requérants d'asile.

Le principe de création d'un réseau de santé permet au canton de Vaud de bénéficier d'un subventionnement fé-

déral. Par contre, le réseau de santé, s'inscrivant dans le cadre de la LAMal, ne peut échapper au principe du fonds de péréquation des risques, basé sur le sexe et l'âge du collectif. Ce phénomène prétérite le système mis en place, puisque la population concernée est majoritairement jeune et masculine. Ce phénomène, entre autres, explique l'échec financier des deux précédents réseaux de santé et le retrait annoncé fin 2000 de l'assureur maladie Chrétienne Sociale, après un premier retrait de l'assureur maladie SUPRA.

L'assureur SUPRA a décidé néanmoins de reprendre le flambeau en

proposant un mode de fonctionnement plus strict. L'imposition aux requérants d'asile d'un système de «double cerbère» (passage obligé par les centres de santé de soins infirmiers pour limiter le droit d'accès au médecin, même de premier recours et même en cas d'urgence) associé à un abattement de 10% sur les honoraires médicaux devait permettre de financer le réseau.

C'est par voie de presse que les médecins du réseau FarMed et la Société vaudoise de médecine (SVM) ont appris les nouveaux modes de fonctionnement proposés.

A la demande des médecins de réseaux, la SVM est intervenue auprès de l'assureur SUPRA et de l'Etat. Des négociations ont été imposées par la SVM, et ont abouti à de nouveaux modes de fonctionnement, notamment:

- la reconnaissance des médecins internistes, généralistes et des pédiatres comme médecins de premier recours;
- la possibilité accordée aux enfants jusqu'à l'âge de 16 ans de consulter leur médecin de référence sans passer par le centre de santé de soins infirmiers;
- l'accès direct au médecin de premier recours en cas d'urgence a été introduit;
- cette dérogation est également valable lorsque le requérant d'asile se trouve domicilié à distance du centre de santé de soins infirmiers;
- de plus, l'assureur a renoncé entre autres à une réduction sur les honoraires médicaux tout en maintenant le système du tiers payant pour les médecins libres praticiens.

Au cours des entretiens, la SVM a mis en garde, à plusieurs reprises, l'assureur maladie SUPRA et l'Etat quant aux responsabilités encourues par le personnel des centres de santé de soins infirmiers lors de la prise en charge médicale des requérants d'asile.

La SVM ne sera pas signataire de la convention. Chaque médecin, par sa signature, accepte personnellement le mode de fonctionnement du réseau de santé FarMed 2 proposé.

En conclusion, la convention telle qu'elle est présentée est acceptable de l'avis du Comité de la SVM et de ses représentants à la Commission paritaire du réseau FarMed 2, en particulier le Dr Jean-Marc Mermoud. Toutefois, afin de pouvoir intervenir efficacement auprès des instances dirigeantes du réseau, la SVM demande aux médecins signataires de lui signaler immédiatement tout conflit ou toute entorse à l'éthique médicale.

Le Comité de la SVM



Nouvelle structure tarifaire médicale TarMed Résolution de la Société vaudoise de médecine du 29 mars 2001

Les délégués des médecins vaudois réunis en assemblée le 29 mars 2001 ont estimé que le TarMed n'était pas encore prêt à l'emploi.

Un tour d'horizon de toutes les disciplines médicales a clairement montré ce qui suit:

- En l'état actuel de leurs connaissances, la grande majorité des disciplines médicales ne peuvent souscrire à la nouvelle structure TarMed, ni aux conditions accompagnant sa mise en œuvre. Cela est dû à un grave déficit d'information sur de nombreux points capitaux, et au fait que les éléments connus ne sont pas suffisamment probants.
- Par ailleurs, il ressort des documents existants que la survie de certaines spécialités est clairement mise en cause par la version actuelle du TarMed. Cela entraîne un risque réel de voir disparaître certaines spécialités de la ville au profit exclusif des établissements hospitaliers subventionnés. Il en découlera inévitablement un effet de rationnement dû à la constitution de files d'attente, situation que la population n'a pas voulue en votant la LAMal.
- Il en découle qu'une votation générale sur le TarMed, incontournable dans son principe démocratique, n'est pas envisageable dans les conditions actuelles:
- En effet, alors qu'une acceptation prématurée correspondrait purement et simplement à signer un chèque en blanc, un refus aurait, quant à lui, des conséquences incalculables.
- Dans de telles circonstances, en l'absence de choix véritable, il convient de se donner le temps de l'analyse et de la réflexion afin de créer les conditions d'une vraie décision.
- L'exemple nous en a été donné récemment par le Conseil fédéral lors du vote sur l'initiative populaire sur l'Europe, lorsqu'il a revendiqué le droit de ne pas négocier sous la pression. Pour les médecins membres de la FMH, les enjeux du TarMed ne sont pas moins importants.
- La cohésion du corps médical et la défense d'une médecine de qualité doivent l'emporter sur la pression en faveur d'une solution pour l'heure insatisfaisante pour la population et, par ailleurs, sans aucun avantage économique.

En conséquence de ce qui précède, les délégués de la Société vaudoise de médecine ont voté la résolution suivante:

«Les délégués de la Société vaudoise de médecine demandent au Comité de la SVM d'intervenir auprès de la FMH pour obtenir le report de la votation générale sur le TarMed, ceci dans l'intérêt d'une médecine de qualité au service des patients et jusqu'au moment où les conditions adéquates seront réunies.»



**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 80 cabinets personnalisés par le concept et l'aménagement. Prestations à la carte. Projet gratuit.

Notre garantie:

La qualité et notre neutralité commerciale.
Respect des délais et des devis.

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

Lausanne

QUARTIER EN
DÉVELOPPEMENT

LOCAUX NEUFS 300 M²

DISPONIBLES
PRINTEMPS 2002

**IDÉAL POUR INSTALLATION
D'UN CABINET MÉDICAL**

**Prendre contact:
Spengler Jacques
Pharmacie de Prélaz
Tél. 021/624 62 17**

**ANALYSES
MÉDICALES
SERVICES SA**



**LABORATOIRE
D'ANALYSES
MÉDICALES MNS**

J.F. CHRETIEN

LABORATOIRE GENERAL & SPECIALISE - GENETIQUE MEDICALE - CYTO-PATHOLOGIE

**VOUS SOIGNEZ
NOUS ANALYSONS**

LABORATOIRE AMS

5, rue du Liseron - 1006 Lausanne Tél. 021/ 617 41 44 - Fax 021/ 617 50 72 - E-mail: info@amslab.ch

LABORATOIRE MNS GENEVE

72, avenue de la Roseraie - 1205 Genève
Tél. 022/ 704 07 04 - Fax 022/ 704 07 10
E-mail: mnsfab@mns.ch - Internet: www.mns.ch

GENOLIER

Clinique de Genolier
Tél. 022/ 366 91 15

CULLY

Hôpital de Lavaux
Tél. 021/ 799 04 06
Tél. 021/ 799 04 86

LABORATOIRES DU CHABLAIS

AIGLE Tél. 024/ 466 60 36 Fax 024/ 466 60 35
MONTHÉY Tél. 024/ 471 11 92 Fax 024/ 471 80 36

Commission de déontologie: nouveau président et nouveaux membres

Lors de l'Assemblée générale des délégués qui s'est déroulée le 29 mars 2001, des élections ont eu lieu pour remplacer le Dr Gilles Lorenz, membre de la Commission de déontologie, et le Dr Pierre-Yves Chamot, président, tous deux en fin de mandat. Au regret général, le Dr Pierre-Yves Chamot ainsi que le Dr Gilles Lorenz se voient pour des raisons statutaires contraints de mettre un terme à leur mandat.

Le président de l'Assemblée des délégués, le Dr Jean-Pierre Pavillon, relève la discrétion, la modération et l'efficacité dont le Dr Pierre-Yves Chamot a fait preuve tout au long de son mandat. Il est vivement remercié de son excellente collaboration avec le Comité et le Secrétariat général et il est applaudi.

On adresse ces remerciements également au Dr Gilles Lorenz (absent lors de cette assemblée) pour ce travail de fond qui maintient la dignité déontologique de la société.

Deux candidats sont proposés en tant que membres de la Commission de déontologie:

- Le Dr Jacques Bidiville, présenté par le Dr Mathieu Potin, président des internistes, qui parle également au nom du groupement de Lausanne Centre (Dr J.-A. Haury, délégué). Le Dr Jacques Bidiville, âgé de bientôt 50 ans et installé comme généraliste à Lausanne, exerce en pratique privée depuis 1987. Son expérience est fondée sur de nombreuses recherches, notamment en «hypertension»; il a une vingtaine de publications à son actif et poursuit constamment sa formation continue. Il est chaleureusement recommandé.
- La D^{re} Catherine Lomier-Viret, d'Yverdon, présentée par le Dr Hugo Ineichen, président du Groupement des psychiatres. La D^{re} Catherine Lomier-Viret est membre SVM depuis

presque dix ans. Cette question sera abordée (voir le paragraphe suivant) par le Dr Jean-Pierre Pavillon. La D^{re} Catherine Lomier-Viret a entamé sa carrière en tant que généraliste, elle s'est ensuite consacrée à la psychiatrie et travaille dans le Nord vaudois, elle s'est également engagée dans le domaine de la toxicomanie. Elle présente toutes les qualités et le Groupement des psychiatres vaudois ne peut que la soutenir.

Le Dr Jean-Pierre Pavillon demande une dérogation, qui est acceptée. Il relève que statutairement, il manque six mois d'affiliation à la SVM à la D^{re} Catherine Lomier-Viret pour accéder à cette fonction. On demanderait donc au président de la Commission de déontologie de ne pas lui confier de dossier avant la période effectivement échue des dix ans.

Ces deux personnes ont été bien élues par l'assemblée.

En ce qui concerne la présidence, il n'est pas d'usage qu'un des nouveaux membres soit élu d'office président, c'est pourquoi le Dr Pierre-Yves Chamot défend la candidature du Dr Daniel Russ, qui est également très bien élu. Le Dr Daniel Russ a traité de nombreux dossiers ainsi que des thèmes variés, tels que la publicité, l'acceptation de nouvelles candidatures, des conflits entre patients et médecins et des conflits au sein de la garde. Il a participé à des travaux, tels que l'euthanasie et le devoir d'information du patient. Son approche méticuleuse et pondérée, teintée d'enthousiasme, a été appréciée. Le Dr Daniel Russ est âgé d'un peu plus de 50 ans, installé comme généraliste à Echallens depuis plus de vingt ans dans un cabinet de groupe. Il est associé à la vie locale, et a également gardé des attaches avec le Mozambique où il a effectué une partie de sa formation post-graduée.

SVM

Calendrier médical vaudois

Période du 11 mai au 29 juin 2001

VENDREDI 11 ET SAMEDI 12 MAI 2001

Conférence du Centre médical universitaire – «La mémoire: entre psychanalyse et neurosciences» – Genève, Centre médical universitaire – Renseignements: tél. 022/305 50 06 – e-mail: madiioni.franca@hcuge.ch

MERCREDI 16 MAI 2001

15 h 30-18 h 30: Colloque d'histopathologie de dermatologie pédiatrique – Professeurs R. G. Panizzon et D. Hohl – CHUV, salle de séminaire N° 4 – Renseignements: tél. 021/314 03 60.

17 h 30-18 h 30: Conférence postgraduée du service d'anesthésiologie du CHUV – Dr P. Biro: «High frequency jet ventilation: traditional and new applications» – CHUV, auditoire Yersin.

MERCREDI 16 ET JEUDI 17 MAI 2001

9 h-20 h 30/8 h 30-18 h: Congrès du GRAAP – «La maniaque-dépression, entre enfer et paradis, quelle réalité!» – Lausanne, Casino de Montbenon, salle Paderewski – Renseignements: GRAAP, tél. 021/647 16 00 – e-mail: www.graap.ch.

JEUDI 17 MAI 2001

9 h-17 h: Cours universitaire de formation continue: Santé communautaire dans un contexte de mondialisation – Professeur V. Barras et Dr B. Burnand: «Pandémiologie et mondialisation des soins» – dès 14 h: ateliers pratiques – Renseignements et inscriptions: Service de formation continue, UNIL, tél. 021/692 22 93 ou www.unil.ch/sfs/

9 h 30-13 h et 14 h-16 h 45: Colloque de printemps 2001 de la SSDV sur la dermatologie pédiatrique – Professeur R. G. Panizzon et Dr D.

Hohl – CHUV, auditoire César-Roux – Renseignements: tél. 021/314 03 60.

10 h 30-12 h: Conférence de la Clinique La Métairie – Dr W. Habicht: «De la «maladie» au «trouble»: un changement de paradigme scientifique. Le diagnostic psychiatrique selon CIM-10» – Nyon, Clinique La Métairie – Renseignements: tél. 022/361 15 81.

12 h 30-13 h 30: Colloque lausannois d'immunologie allergologie – D^{rs} J. Duc et J.-P. Lantin: «Cas choisis» – CHUV, salle de séminaire 3, BH-08 – Renseignements: tél. 021/314 08 00.

16 h-18 h: Séminaire interactif destiné aux psychiatres du canton de Vaud – D^{rs} J.-N. Despland et C. Bryois – Lausanne, Hôtel Royal-Savoy – Renseignements et inscription: tél. et fax 022/361 90 75.

18 h-19 h: Colloque ORL – D^{rs} O. Pillevuit, E. Musumeci et Y. Jacquet: «Présentation de cas» – CHUV, auditoire Mayor, NH 08 – Renseignements: tél. 021/314 11 11.

LUNDI 21 MAI 2001

Assemblée générale de SOS Allergies alimentaires – Renseignements: M^{me} Anex Barras, tél. 021/652 68 02 – Inscriptions: M^{me} Cottier, tél. 021/881 40 48.

MARDI 22 MAI 2001

8 h 15-9 h 45: Séminaire de lecture psychanalytique – Professeur F. Ansermet et Dr J.-M. Porret: «Le narcissisme» – Strictement réservé aux cadres (médecins et psychologues) et chefs de clinique SUPEA intéressés – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A, 1^{er} étage – Renseignements et inscriptions: tél. 021/314 19 60.

MERCREDI 23 MAI 2001

17 h 30: Colloque romand de radiologie – Dr Y. Grumbach: «Amiens: modifications de l'imagerie mammaire normale et pathologique sous traitement hormonal substitutif de la ménopause: conduite à tenir» – CHUV, auditoire N° 2, niveau 8 – Renseignements: tél. 021/314 45 56.

LUNDI 28 MAI 2001

14 h-15 h: Colloque du métabolisme phosphocalcique – D^{rs} J. Cornuz et M.-A. Krieg: «Etude SEMOF: analyses transversales» – CHUV, salle 10-301.

MARDI 29 MAI 2001

17 h: Colloque de la Division d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme – Dr M. Pinizzotto: «Les méthodes de dépistage génétique dans l'étude des maladies génétiques multifactorielles. Le cas des complications du diabète» – CHUV, salle des séminaires N° 301, BH-10 – Renseignements: tél. 021/314 05 96.

MERCREDI 30 MAI 2001

9 h-17 h: Cours universitaire de formation continue: Santé communautaire dans un contexte de mondialisation – Professeurs A. Pécoud et V. Barras: «Flux d'échanges et d'informations» – dès 14h: ateliers pratiques – Renseignements et inscriptions: Service de formation continue, UNIL, tél. 021/692 22 93 ou www.unil.ch/sfc/

17 h 30-18 h 30: Conférence postgraduée du service d'anesthésiologie du CHUV – Dr Ph. Eggmann: «Prévention des infections liées aux accès vasculaires» – CHUV, auditoire Yersin.

JEUDI 31 MAI 2001

9 h-17 h 15: Symposium Séquelles psychiques de l'interruption de grossesse – «Le mythe et les faits scientifiques» – Berne, Hôpital de l'île (Inselspital) – Renseignements et inscription: tél. 031/911 57 94.

9 h-16 h 30: **8^e Journée romande d'échocardiographie** – «Insuffisance mitrale: aspects diagnostiques et thérapeutiques» – CHUV, auditorio Mayor – Renseignements et inscriptions: secrétariat d'échocardiographie: tél. 021/314 00 36.
12 h 15-13 h 45: **Colloque de l'UMSA** – M. M. Gottraux: «Promotion de l'environnement social et prévention à l'adolescence» – Lausanne, UMSA, salle de colloques, 1^{er} étage – Renseignements: tél. 021/314 37 60.

12 h 30-13 h 30: **Colloque lausannois d'immunologie** – «Présentation de cas» – CHUV, salle de colloque 18-549, BH-18 – Renseignements: tél. 021/314 07 90.

17 h-20 h: **Séminaire interactif destiné aux psychiatres du canton de Vaud** – D^{rs} J.-N. Despland et C. Bryois – Lausanne, Hôtel Royal-Savoy – Renseignements et inscription: tél. et fax 022/361 90 75.

18 h-20 h: **Colloque ORL** – D^r F. Hoppe: «Contribution of Histology to today Otolaryngology» – CHUV, auditorio 3 Charlotte-Olivier, NH-08 – Renseignements: tél. 021/314 11 11.

MARDI 5 JUIN 2001

9 h-12 h 30 et 14 h-17 h 30: **Séminaire de travail du Centre d'étude de la famille** – M. N. Duruz: «Thérapie individuelle et thérapie de couple, un difficile alliage» – Séminaire réservé aux thérapeutes travaillant en individuel et/ou avec des couples – Prilly, cite de Cery – Renseignements et inscriptions: tél. 021/643 64 01, fax 021/643 65 93.
12 h 15: **Séminaire de l'Institut de pharmacologie et de toxicologie** – D^r A. Leturque: «Initial steps of a glucose signaling pathway in hepatic cells» – Lausanne, rue du Bugnon 27, entrée C3.

JEUDI 7 JUIN 2001

9 h-17 h 30: **Séminaire pour l'ouverture de cabinets médicaux** – «Le passage du statut de salarié au statut d'indépendant» – Lausanne, Hôtel Mövenpick – Renseignements et inscriptions: Mediservice/Asmac, tél. 022/731 25 26.

12 h 30-13 h 30: **Colloque lausannois d'immunologie** – Séminaire de formation continue immunodéficiences – CHUV, salle de colloque 18-549, BH-18 – Renseignements: tél. 021/314 07 90.

14 h-15 h 30: **Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** – D^{rsse} V. Dolivo et D^r S. Sanchez: «Questions de technique en psychothérapie d'enfants» – Vevey, Avenue Général-Guisan 26 – Renseignements et inscription: SSPPEA, tél. 021/925 86 46.

14 h 15-15 h 45: **Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** – D^r J.-M. Porret: «Formes non névrotiques de transferts et de résistances. Problème de l'interprétation» – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A, 2^e étage – Renseignements et inscriptions: tél. 021/314 19 60.

14 h 15-15 h 45: **Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** – D^r Ph. Stéphan et M^{me} D. Didisheim: «Thérapie de famille en pédopsychiatrie» – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A, 1^{er} étage – Renseignements et inscriptions: tél. 021/314 19 60.

20 h: **Conférence** – Débat du Groupement d'études biologiques – Professeur C.-A. Siegrist et D^r B. Genton: «Vaccinations: quels défis à l'aube du 3^e millénaire?» – Lausanne, rue du Bugnon 9, Grand auditorio de l'Ecole de médecine – Renseignements: D^r G. Leuba: tél. 021/643 63 20.

MERCREDI 13 JUIN 2001

10 h 30-12 h: **Colloque neuropédiatrie-pédo-psychiatrie** – Professeurs T. Deonna et F. An-

sermet – CHUV, salle de colloque BH 11 – Renseignements: D^{rsse} C. Rodrigues-Dageaff.

17 h 30-18 h 30: **Conférence postgraduée du service d'anesthésiologie du CHUV** – D^r M. Zaugg: «Modulation of Beta-adrenergic receptor subtype activities in perioperative medicine» – CHUV, auditorio Yersin.

JEUDI 14 JUIN 2001

12 h 15-13 h 45: **Colloque de l'UMSA** – D^r D. Kaufmann: «Le point sur le dépistage et le traitement du sida» – Lausanne, UMSA, salle de colloques, 1^{er} étage – Renseignements: tél. 021/314 37 60.

12 h 30-13 h 30: **Colloque lausannois d'immunologie** – D^r M. Duchosal: «Xénotransplantation» – CHUV, auditorio Charlotte-Olivier, BH-08 – Renseignements: tél. 021/314 07 90.

14 h-17 h 30: **Formation continue en maladies infectieuses** – «Antimicrobiens: problèmes de dosages et d'interactions» – auditorio, CHUV, Lausanne – Renseignements: tél. 021/964 12 05.

14 h 15-15 h 45: **Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** – Professeur O. Halfon: «Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: articulation théorique-clinique» – Lausanne, Av. de Beaumont 48, Centre thérapeutique de jour pour l'adolescent – Renseignements et inscription: tél. 021/314 19 60.

14 h 15-15 h 45: **Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** – D^r O. Bonard: «Un enfant est battu» – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A – Renseignements et inscription: tél. 021/314 19 60.

VENDREDI 15 JUIN 2001

8 h 30-16 h 30: **Rencontres européennes de psychanalyse groupale et familiale** – «Relations familiales et incestualité» – Lausanne, Hôtel de la Paix – Renseignements et inscription: M^{me} Parniggiani, tél. 021/312 24 58.

MARDI 19 JUIN 2001

18 h 30: **Colloque du Nord vaudois** – D^r A.-L. Paroz Benoît: «Les maladies thrombo-emboliques au cours d'une vie de femme» – CHYC – Renseignements: tél. 024/424 44 44.

MERCREDI 20 JUIN 2001

17 h 30: **Colloque romand de radiologie** – D^r B. Duvoisin: «Imagerie de la pathologie inflammatoire et tumorale des sinus paranasaux» – CHUV, auditorio niveau 8 – Renseignements: tél. 021/314 45 56.

JEUDI 21 JUIN 2001

12 h 15-13 h 45: **Colloque de l'UMSA** – D^r B. Vaudaux: «Le point sur les vaccinations à l'adolescence» – Lausanne, UMSA, salle de colloques, 1^{er} étage – Renseignements: tél. 021/314 37 60.

12 h 30-13 h 30: **Colloque lausannois d'immunologie** – D^{rs} F. Spertini et A. Sauty: «Update: traitement des vasculites pulmonaires» – CHUV, salle de séminaire 3, BH-08 – Renseignements: tél. 021/314 07 90.

14 h-18 h: **Colloque interactif** – Professeur B. Waeber et D^r A. Péchère: «La médecine fondée sur des preuves dans la pratique quotidienne» – Vullierens – Renseignements: tél. 021/314 14 31.

14 h 15-15 h 45: **Conférence CEPUSPP** – Professeur Ph. Robert: «Relations entre troubles des cognitions et comportement du sujet âgé: place de la famille» – Prilly, auditorio de la Clinique psychiatrique universitaire, site de Cery – Renseignements: tél. 021/314 19 60.

20 h-22 h: **Conférence du GRAAP** – D^r Ch. Cungi, France: «J'ai mal agi... La culpabilité» – Prilly, Site de Cery, salle de spectacles – Renseignements: GRAAP, tél. 021/647 16 00.

DU JEUDI 21 AU SAMEDI 23 JUIN 2001

Colloque ORL – 88^e Assemblée de printemps de la Société suisse d'ORL et de chirurgie cervicofaciale – Soleure – «Maladies de l'oreille interne» – Renseignements: tél. 021/314 11 11.

LUNDI 25 JUIN 2001

14 h-15 h: **Colloque du métabolisme phosphocalcique** – D^{rsse} I. Pache: «Traitements combinés de l'ostéoporose» – CHUV, salle 10-301.

18 h-19 h: **Colloque ORL** – Professeur P. Guex: «Le stress du chirurgien» – CHUV, auditorio Tissot, NH 08 – Renseignements: tél. 021/314 11 11.

MERCREDI 27 JUIN 2001

17 h 30-18 h 30: **Conférence postgraduée du service d'anesthésiologie du CHUV** – D^r G. Zanetti: «Optimisation de la prophylaxie antibiotique périopératoire» – CHUV, auditorio Yersin.

MERCREDI 27 JUIN ET JEUDI 28 JUIN 2001

Inauguration Symposium – Centre de neurosciences psychiatriques de Lausanne – Prilly, site de Cery, salle de spectacles – Informations: M. R.-M. Matthey: 021/643 63 02.

JEUDI 28 JUIN 2001

9 h 30-12 h: **Colloque postgradué du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation** – D^{rsse} B. Uebelhardt: «SERM: mise au point en 2001» – CHUV, auditorio Louis-Michaud.

12 h 15-13 h 45: **Colloque de l'UMSA** – Professeur V. Barras: «L'adolescence: perspectives historiques» – Lausanne, UMSA, salle de colloques, 1^{er} étage – Renseignements: tél. 021/314 37 60.

12 h 30-13 h 30: **Colloque lausannois d'immunologie** – Présentation de cas – CHUV, salle de colloque 18-549, BH-18 – Renseignements: tél. 021/314 07 90.

14 h 15-15 h 45: **Séminaire d'orientation systémique** – D^r Ch. Perler: «Intervention familiale systémique dans les familles recomposées» – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A, 1^{er} étage – Renseignements et inscription: tél. 021/314 19 60.

16 h-17 h 30: **Colloque de formation continue de la division de cardiologie** – D^r G. Fontaine: «Vue d'ensemble sur les cardiomyopathies du ventricule droit. Implications rythmiques et hémodynamiques» – CHUV – Renseignements: D^r A. Jaussi, tél. 024/425 52 44.

17 h 30: **Conférence de la Clinique La Métairie** – Professeur P.-A. Michaud: «Peut-on prévenir le suicide des adolescents?» – Nyon, Clinique La Métairie – Renseignements: tél. 022/361 15 81.

18 h-19 h: **Colloque ORL** – D^r F. Waridel: «Syndrome d'apnée du sommeil chez l'enfant» – CHUV, auditorio Tissot, NH 08 – Renseignements: tél. 021/314 11 11.

20 h-22 h: **Conférence du GRAAP** – D^r Ch. Cungi, France: «Il me le paiera... La vengeance» – Prilly, Site de Cery, salle de spectacles – Renseignements: GRAAP, tél. 021/647 16 00.

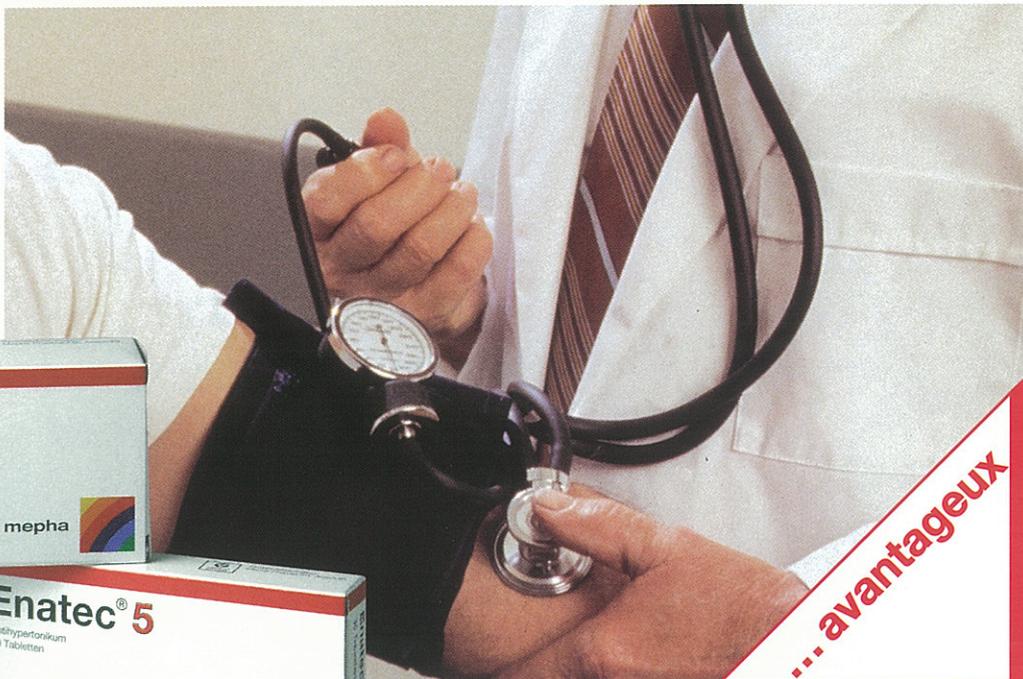
VENDREDI 29 ET SAMEDI 30 JUIN 2001

Séminaire sur la gestion de la qualité (programme FMH «Gestion de la qualité») – Renseignements et inscription: IUMSP, M^{me} C. Mühlemann, tél. 021/314 72 62 ou e-mail: claude.muhlemann@hospvd.ch.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 2 juillet et le 21 septembre 2001: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 28 mai 2001.

La différence:
premier de classe, éprouvé et...

Pour plus d'informations sur Enatec® veuillez contacter
notre Service-Littérature: med-wissch@mepha.ch



...avantageux



Admis aux caisses!

Enatec® (énalapril)

Le premier générique des classiques
pour abaisser efficacement
l'hypertension artérielle.



Sponsor et fournisseur
du Swiss Olympic Team
Sydney 2000 / Salt Lake City 2002

mepha



Okay avec les génériques Mepha

Mepha Pharma SA, CH-4147 Aesch/BL,
Tél. 061/705 43 43, Fax 061/705 43 85
<http://www.mepha.ch>

Caractéristique brève Enatec®

C: Les comprimés Enatec-5, -10, -20 contiennent resp. 5 mg, 10 mg ou 20 mg de maléate d'énalapril, excipients pro compresso. **I:** Traitement de tous les degrés de l'hypertension essentielle et rénovasculaire, et de l'insuffisance cardiaque symptomatique; prévention de l'insuffisance cardiaque symptomatique par traitement de la dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique avec fraction d'éjection < 35%. **P: Posologie usuelle:** hypertension au début 10 mg 1 fois par jour dans l'hypertension discrète (autres degrés 20 mg; dose journalière maximale 40 mg); dose d'entretien 20 mg 1 fois par jour. **Hypertension rénovasculaire:** au début 5 mg ou moins 1 fois par jour, adaptation de la dose aux besoins du patient, la plupart du temps 20 mg 1 fois par jour. **Insuffisance cardiaque symptomatique/dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique:** au début 2,5 mg 1 fois par jour, augmentation jusqu'à 20 mg sur 2-4 semaines. **Indications posologiques spéciales pour vieillards et dans l'insuffisance rénale:** v. Compendium Suisse des Médicaments. **CI:** Hypersensibilité à l'égard de l'énalapril ou des adjuvants; anamnèse d'œdème angioneurotique sous inhibiteurs de l'ECA. **EI:** Vertiges, céphalées, toux, fatigue, asthénie, hypotension (orthostatique), syncope, nausée, diarrhée, crampes musculaires, exanthèmes, troubles de la fonction rénale, insuffisance rénale, oligurie, réactions d'hypersensibilité, œdème angioneurotique. Très rares: infarctus du myocarde, accident cérébrovasculaire, angor, arythmies, problèmes digestifs, nerveux centraux, psychiques et cutanés. **IA:** Autres antihypertenseurs, bêtabloquants, méthildopa, antagonistes du calcium: potentialisation de l'effet hypotenseur. Potassium, diurétiques à épargne potassique: ascension de la kaliémie. Lithium: diminution de l'excrétion du lithium. Insuline, antidiabétiques oraux: hypoglycémie. **AINS:** diminution de l'effet hypotenseur d'Enatec.
Pour de plus amples informations, prière de consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

Comment



sans éternuer?

avec



FLUTINASE[®]

Propionate de fluticasone

Catégorie de vente: B. Pour de plus amples informations
veuillez consulter le Compendium Suisse des médicaments.



GlaxoSmithKline

Glaxo Wellcome AG

Bahnhofstrasse 5 · CH-3322 Schönbühl
Tél. +41 (0)31 850 11 11 · Fax. +41 (0)31 850 11 00