

COURRIER
DU M^EDECIN
VAUDOIS

numéro 3

mars - 92

ORGANE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE



**Y A-T-IL
UN INTERNISTE
DANS LA SALLE?**

CONVENTIONS D'HOSPITALISATION ET D'HÉBERGEMENT

TRAITEMENT ET GESTION DES DECHETS HOSPITALIERS

**Déchets infectieux,
pointus et tranchants.**

Gestion et traitement

- Fournitures d'emballages conformes à l'Ordonnance Fédérale sur les Déchets Spéciaux.
- Mise à disposition de containers de stockage intermédiaires.
- Collecte des containers et transport dans des véhicules étanches.
- Hygiénisation (inertisation) des déchets,
Ou
- Incinération selon la filière des déchets ordinaires, dans les centres d'incinération agréés par les autorités cantonales.

Nous collectons également les déchets suivants, qui sont acheminés sur un four à haute température:

Déchets oncologiques.

Déchets anatomiques et pathologiques.

Animaux de laboratoire radioactifs ou non.

Déchets spéciaux, solvants, produits chimiques, toxiques, etc...



ETH^{SA}
E C O
TECHNO
HYGIENE

N° d'identification ODS: 57 21 00 46 - N° de preneur: 66 21 04 10

SIEGE LA "BALLASTIERE"
CH-1196 GLAND
TEL. 022/64 40 60
FAX 022/64 23 12

SUCCURSALE DE GENEVE
RUE DU XXXI DECEMBRE 47
CH-1211 GENEVE 6
TEL. 022/786 05 45
FAX 022/786 28 73

SUCCURSALE DE LAUSANNE
PLACE SAINT-FRANCOIS 5
CH-1003 LAUSANNE
TEL. 021/20 43 10
FAX 021/20 44 78

SUCCURSALE DE FRIBOURG
CH-1724 ESSERT/FR.
TEL. 037/33 30 53
FAX 037/33 34 50

Editorial

La médecine interne générale survivra-t-elle au seuil du XXI^e siècle?

Affirmer que la médecine a évolué au cours de ces dernières décennies est un lieu commun. Pour la médecine interne, les changements ont été tels qu'on peut se demander s'ils ne vont pas provoquer sa disparition, en la faisant éclater. Il n'est actuellement plus possible à un interniste de maîtriser l'ensemble de sa spécialité. Cette nouvelle situation modifie d'une part la pratique, puisque l'activité de l'interniste, limitée par l'extension des connaissances, a tendance à se rapprocher de celle du généraliste; d'autre part – et c'est certainement le point le plus important – la formation des futurs internistes mérite une attention particulière. Dans les conditions actuelles, elle a tendance à devenir fragmentaire, incomplète, ce qui prend toute son acuité, si l'on considère la formation à donner aux futurs chefs de service de médecine interne des hôpitaux régionaux, dont une des missions est de transmettre leur savoir à la génération suivante de médecins.

Les collaborateurs de ce numéro du Courrier du Médecin vaudois tenteront de proposer des solutions à ces problèmes. Idéalement, la formation devrait être aussi complète et équilibrée que possible, pour rester attractive et éviter ainsi que la médecine interne ne soit délaissée par les jeunes médecins, au profit de spécialités plus «confortables», parce que d'un domaine plus limité, donc mieux maîtrisable.

La survie de l'interniste général nous paraît nécessaire, sans vouloir opposer internistes généraux et spécialistes, dont les activités doivent être complémentaires. C'est lui qui permet d'éviter les risques de «shopping», auprès de ces derniers, lui qui – on l'a déjà beaucoup répété – a la vision d'ensemble de son patient, lui qui sait reconnaître des causes différentes à des symptômes apparemment semblables et, lorsque la situation l'impose, orienter le patient vers le spécialiste adéquat.

Dr P.-O. Rosselet

Sommaire

1

Editorial
La médecine interne générale survivra-t-elle au seuil du XXI^e siècle?

3

Dossier
Y a-t-il un interniste dans la salle?

4

Faut-il encore former des internistes généralistes?

5

Défense et illustration de la médecine interne

6

Généralistes et internistes généraux: quel avenir?

7

Soutien à une «médecine interne générale»...

9

Opinions

10

Communiqués

16

Calendrier médical vaudois

Salamolard Nettoyages

LE SPÉCIALISTE DE L'ENTRETIEN

CABINETS MÉDICAUX
BUREAUX
CONCIERGERIES

Shampoings de moquettes
Injection – Extraction
Shampoings et désinfection
de tapis
Traitement de sols

DEVIS GRATUITS

Un contrat minimum d'une année
vous donne droit à un rabais
de 50% le premier mois.

SALAMOLARD NETTOYAGES

Rue Saint-Martin 28
1005 Lausanne
Téléphone 021/23 17 31



A la recherche
d'une **nouvelle**
collaboratrice?
Contactez-nous!



permed

Personnel temporaire et stable
exclusivement pour le secteur médical
18, av. de la Gare – 1003 Lausanne
Tél. 021/312 51 02

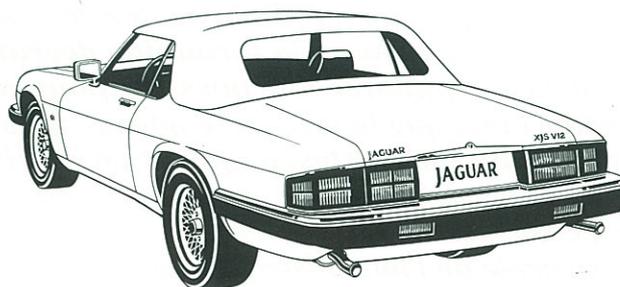
**Imprimerie
Bron SA
Lausanne**



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

Tél. 021 652 99 44

GR votre agent **JAGUAR**



GARAGE RACING ROMANEL
H. Buchmann
Tél. 021/731 31 81

Dossier

Y a-t-il un interniste dans la salle?

Quel sens peut encore avoir «une médecine interne non spécialisée, et comment peut-elle encore se situer par rapport à la médecine générale, sachant que la médecine générale a plutôt tendance à se confondre actuellement, du moins en pratique citadine, avec la médecine interne. Quelle formation post-graduée «doit-on imaginer»?

Ces questions cachent des idées très précises:

1. Le déclin du nombre de médecins pratiquant les soins primaires de santé depuis le début des années huitante, notamment aux Etats-Unis, après l'enthousiasme des années septante, fait disparaître la médecine interne.
2. Le choix sans cesse plus grand des médecins pour les sous-spécialités condamne la médecine interne à court terme.
3. La formulation de cette question annule presque d'emblée l'idée d'un interniste, partenaire nécessaire du patient et du corps social.

Ce que doit être la médecine interne

C'est l'art exercé par un médecin suffisamment formé aux connaissances des différentes sous-spécialités auprès d'un patient en quête d'un diagnostic ou d'une décision thérapeutique difficile. C'est une approche globale du malade qui épargne à celui-ci les errances systématiques à travers les sous-spécialités, permise par l'expérience de l'interniste, expérience spécifique et quotidienne de confrontations multidisciplinaires avec les sous-spécialités. Peu de gestes techniques, mais beaucoup de temps consacré à l'entretien et à la réflexion.

La médecine interne est en fait une discipline homogène issue, il est vrai,

des connaissances des sous-spécialités, mais aussi de l'enseignement de services de médecine interne, de sociétés, de congrès, d'ouvrages et de revues propres¹.

Ce que la médecine interne ne doit pas être

Le travail de l'interniste ne doit pas être fait par le sous-spécialiste contraint par la pléthore dans son domaine à ne pouvoir exercer les gestes techniques de sa spécialité. Le travail de l'interniste ne doit pas être celui du généraliste contraint de renoncer, en raison d'une pléthore environnementale, aux acquis de sa formation en chirurgie, en pédiatrie, en psychiatrie, en gynécologie, en dermatologie... Le travail de l'interniste n'est pas celui d'un médecin de médecine douce ou parallèle: le goût comme la formation de l'interniste passe par la connaissance scientifique et celle-ci seule.

La médecine interne se justifie-t-elle?

Sans doute, car elle rassure le patient et répond à sa demande profonde d'une prise en charge dans sa globalité.

Sans doute, car, évitant le passage non discerné dans chaque spécialité², elle est source d'économie en jouant son rôle dans la prise en charge de soins primaires.

Sans doute enfin, car par son interface avec le sous-spécialiste, le chirurgien et l'interniste hospitalier, elle favorise un dialogue fructueux, bénéfique à chacun, malade et médecin.

Quelle formation postgraduée pour l'interniste?

C'est celle qui permet à l'interniste l'acquisition des connaissances des

sous-spécialités, l'aspect technique leur demeurant généralement réservé. Celle aussi qui lui permet de garder une vision synthétique de son savoir et d'exercer sa propre démarche qui est de choisir à travers tous les éléments de connaissances pour le bien du malade.

La forme de la formation postgraduée qui dépend de la mode et des gens importe peu, si elle est efficace. Le contenu en revanche est déterminant: maintien des connaissances (théoriques au moins) des sous-spécialités et confrontations et discours au sein de celle-ci.

L'interniste disparaît-il?

Nous ne pouvons répondre clairement pour la Suisse, mais nul doute que les mêmes causes produisent les mêmes effets aux Etats-Unis ou ailleurs: sélection académique vers les sous-spécialités, prestige social de celles-ci et meilleur gain économique conduisent au rétrécissement du nombre de gens engagés dans les soins primaires de santé. La discrétion du discours ou plutôt son aspect lacunaire sur une politique de santé dans notre pays, l'attitude frileusement corporative ou franchement désolidarisée des différents groupes de médecins semble condamner aussi la médecine interne à brève échéance.

Cependant, la nécessité de repenser dans nos sociétés modernes une gestion sanitaire intelligente et économique conduira sans nul doute à réfléchir à la place des soins primaires de santé. Cette place, médecins généralistes et internistes auront à la redéfinir et à la défendre. C'est là un combat généreux et enthousiasmant pour l'interniste de demain.

Dr F. Pellet

FMH Médecine interne

¹ Fletcher R. H., Fletcher S. W., *Ann. Intern. Med.* 1991, 115, 978-979.

² Colwill J. M. *N. Engl. J. Med.* 1992, 326, 387-393.

Faut-il encore former des internistes généralistes?

Jamais une telle question ne se serait posée il y a vingt ans. L'interniste généraliste de l'époque soignait ses patients quel que soit l'organe atteint. Depuis lors, les connaissances médicales se sont multipliées dans tous les domaines, de la biologie moléculaire à la physiologie et à la thérapeutique. Cette explosion des connaissances a nécessité la formation de spécialistes qui seuls peuvent suivre l'évolution des connaissances sur un organe (pneumologue, cardiologue, gastro-entérologue) ou un système (endocrinologue, immunologue, etc.). Les spécialistes eux-mêmes ont grandement contribué à la formidable avance des connaissances médicales. Sans eux, les techniques interventionnelles en gastro-entérologie, ou en cardiologie, par exemple, n'auraient pas vu le jour. Le monde est au début d'applications de techniques du génie génétique dans le traitement de maladies métaboliques, immunologiques ou tumorales, qui nécessitent les compétences d'équipes hyperspécialisées.

Le progrès de la médecine, avec sa tendance vers une spécialisation inéluctable, a également eu des conséquences négatives. Le coût de la santé a augmenté de façon exponentielle, et menace l'équilibre budgétaire de bien des pays occidentaux. Avec la spécialisation, est apparu le problème de la fragmentation des soins délivrés aux malades. Dans nos hôpitaux universitaires, le malade voit de multiples médecins de différentes spécialités, et se demande parfois qui prend les décisions. Les informations qu'il reçoit peuvent être disjointes et contribuent à un sentiment d'insécurité. En milieu ambulatoire, la pratique du «shopping médical» se répand: les malades vont consulter directement un spécialiste selon la localisation de l'organe ou du système qu'ils pensent être atteint. Cette pratique entraîne forcément une multiplication des examens spécialisés, souvent chers, et laisse le patient dans l'insécurité, lui qui doit, à la fin de ses consultations, faire la synthèse de ses problèmes.

Malgré ces points négatifs, la poussée vers la spécialisation reste très forte, se manifeste à tous les niveaux et est encouragée par notre système de rémunération. Par exemple, dans notre département de médecine, un débat a eu lieu pour décider de la créa-

tion de services de spécialités ou du maintien de services de médecine interne générale regroupant toutes les pathologies. Il existe également, au niveau national, des propositions de création de titres FMH de monospécialités, en dehors de la médecine interne, qui permettraient le détachement de certaines sous-spécialités de la médecine interne. Enfin, dans la médecine ambulatoire, les gestes pratiques, généralement délivrés par des spécialistes, sont beaucoup mieux rémunérés que la prise en charge de patients dans un cabinet de consultation, même s'il est parfois plus facile de passer un endoscope ou un cathéter que d'écouter les plaintes multiples d'un patient angoissé. Les spécialités peu-

Le rôle de l'interniste généraliste doit rester celui de soigner la population adulte et de l'orienter, si nécessaire, vers des soins plus spécialisés

vent offrir par conséquent aux jeunes une qualité de vie meilleure et un salaire plus substantiel que celui de l'interniste généraliste.

Dans ce contexte, faut-il admettre une évolution irréversible de la médecine interne vers la spécialisation? Faut-il encore former des internistes généralistes?

Le développement des spécialités ne doit pas être remis en cause puisqu'il est à l'origine de progrès scientifiques sans précédent. Le développement serait par contre excessif et malheureux s'il entraînait l'exclusion ou l'étouffement de la médecine interne générale. Le rôle de l'interniste généraliste doit rester celui de soigner la population adulte et de l'orienter, si nécessaire, vers des soins plus spécialisés. L'intervention anarchique de

multiples spécialistes dans la vie d'un patient ne peut aboutir qu'à une médecine coûteuse, fragmentée et génératrice d'insécurité. Le succès du développement des spécialités ne sera total que si la médecine interne générale peut également se développer et se renforcer à l'avenir.

Quelles sont les mesures à prendre pour continuer à former des internistes généralistes?

Dans nos établissements hospitaliers universitaires, il faut éviter à tout prix un regroupement des patients en fonction d'une pathologie d'organe, en créant des services de spécialités. La nouvelle structure du département de médecine interne de Lausanne, élaborée de façon collégiale, a maintenu, à ma grande satisfaction, des services de médecine interne générale forts, regroupant des patients avec des maladies de multiples organes et permettant ainsi l'apprentissage de la médecine interne générale.

La création de nouvelles monospécialités de la médecine interne par la FMH consacrerait un divorce entre la médecine interne générale et les spécialités concernées et doit être évitée. Comment, en effet, demander à une monospécialité de garder un intérêt à former des internistes généralistes? Dans le cas de la cardiologie ou de la rhumatologie qui considèrent actuellement la création de monospécialités FMH, il est facile d'imaginer les problèmes que cela pourrait poser puisque les affections cardiaques et rhumatismales constituent les motifs de consultations parmi les plus fréquents de l'interniste généraliste.

Une modification du système de rémunération devrait être accélérée pour revaloriser la consultation et pour éviter une consommation exagérée de gestes techniques.

Enfin, la consultation spécialisée devrait se faire seulement sur demande de l'interniste généraliste ou du généraliste pour éviter une fragmentation de la prise en charge des malades, et les frais énormes qui en résultent.

La médecine interne moderne et ses spécialités ont besoin de médecins internistes généralistes bien formés, si elles veulent éviter la banqueroute des budgets de la santé, la fragmentation des soins et l'insécurité de la population.

Professeur Pascal Nicod

Défense et illustration de la médecine interne

Quelle est la place actuelle et future de la médecine interne d'ensemble?

Il faut la situer d'abord par rapport à ses sous-spécialités, nées d'une inflation de connaissances qui interdisent un savoir encyclopédique et de l'apparition de techniques d'investigation qui imposent un savoir-faire de plus en plus «pointu». Mais ces sous-spécialités ne sauraient remplacer la médecine interne d'ensemble ou de synthèse: le patient est bien plus qu'un organe ou un ensemble d'organes malades, et le symptôme n'oriente pas d'emblée vers un organe.

A quel spécialiste adresser celui qui souffre de douleurs rétrosternales ou de «mal aux reins»? Qui verra celui qui maigrit ou a de la fièvre? Et si chez le jeune la maladie peut rester simple, chez le vieillard tout se complique, et c'est l'interniste qui prendra le mieux en charge une pathologie intriquée, et restera responsable d'harmoniser des avis parfois divergents, des thérapeutiques pas forcément compatibles, assurant un meilleur suivi du patient qu'une armada de spécialistes. C'est l'interniste qui, sachant ce qu'il sait et ce qu'il ne sait pas, fera l'usage le plus fondé et le plus économique des examens complémentaires et des avis de spécialistes (malgré des tarifs qui n'encouragent guère l'anamnèse, le status et l'effort de réflexion...).

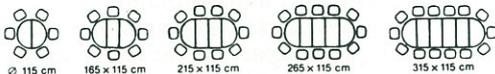
Cet interniste, médecin traitant de premier recours, se distingue-t-il du généraliste? De moins en moins sans doute, et un des rôles traditionnels de l'interniste perd de l'importance, celui de consultant pour un problème complexe qui dépasserait l'omnipraticien. J'y vois plusieurs raisons: le médecin traitant dispose de plus de temps, et il est mieux formé à ce genre de problème. Cette vision est optimiste, la vision pessimiste étant que l'on multiplie examens et consultations de superspécialistes sans chercher la synthèse. L'interniste et le généraliste veulent tous deux accompagner leur patient dans la durée, et privilégier le colloque singulier. Je pense que vouloir les opposer est un stérile combat d'arrière-garde, et qu'effectivement leurs pratiques se rapprochent. Je serai un peu provocateur en disant que ce n'est pas l'interniste, mais bien plutôt le généraliste qui est une espèce en voie d'extinction, du moins dans nos villes; l'évolution de la médecine (progresses scientifiques, densité médicale et hospitalière) et une saine conscience de ses propres limites n'autorisent plus le titulaire du diplôme fédéral à traiter chacun de la conception à la mort pour chaque affection, maniant l'endoscope, l'électrode et la sonde à ultrason,

le bistouri, les forceps, les cytostatiques et la psychothérapie, alors que certains de ces gestes seraient mieux réalisés par un confrère voisin. Le gros des motifs de consultation reste alors «de la médecine», c'est-à-dire de la médecine interne (avec une teinte psychologique ou psychiatrique souvent marquée). Le programme de formation du généraliste reconnaît cette importance croissante de la médecine interne, et les stages dans cette «non-spécialité», hospitaliers, mieux encore en polyclinique ou auprès d'un praticien, puis une formation continue en médecine interne me paraissent la condition d'une bonne pratique de premiers recours, la formation comptant plus que le titre FMH, soit de généraliste, soit d'interniste.

Pour accompagner efficacement son patient dans tous les aléas de sa santé, en minimisant les risques du touche-à-tout approximatif, il faut un large champ de connaissances, savoir et savoir-être autant que savoir-être relationnel, et la conscience aiguë de ses limites. Pour parler en proverbes: «Qui peut le plus peut le moins», avec une réserve: «Qui trop embrasse mal étirent.» Dans cette visée, la médecine interne d'ensemble offre une dimension adéquate. *Dr Marc Bonard*

DES TABLES EXCLUSIVES

petites pour tous les jours



et sur mesure pour les grandes occasions
sans adjonction de pieds intermédiaires

Ouverture tous les jours
de 8 h à 12 h/14 h à 18 h 30
Samedi jusqu'à 16 h 30
Lundi matin fermé

Tous les vendredis
**OUVERTURE
NOCTURNE**
jusqu'à 21 h

Venez nous rendre visite à

SION-EXPO

du 24 avril au 3 mai 1992
Bulle 3 - Stand 215

au  sportif
ameublement s.a.

1315 LA SARRAZ
☎ (021) 866 76 04

«Topas», cerisier massif

«Jeunesse», chêne et frêne

«Biedermeier», noyer

«Rustica», chêne massif

«Christine», chêne ou noyer

«Iris», chêne

Extension en ciseaux
Système (OH)

Après l'effort...

...le confort

Généralistes et internistes généraux: quel avenir pour deux spécialités en crise d'identité?

Dans un article de la *Revue médicale de la Suisse romande*, le professeur E. C. Bonard, qui a beaucoup fait pour la formation des généralistes vaudois, se posait la question de l'identité et du rôle de l'interniste général.

Devenus minoritaires au sein du corps médical suisse, les généralistes se posent également la question de leur place dans notre système de santé. Jadis, le généraliste avait en charge 90% des soins à la population, et les rares spécialistes, surtout présents en milieu hospitalier, voyaient les patients essentiellement en consilium. Actuellement, les spécialistes, devenus nombreux, reçoivent beaucoup de patients en première intention. Certains spécialistes, surtout pédiatres et gynécologues, revendiquent l'exclusivité des soins relevant de leur spécialité. L'implantation de nombreuses permanences, ayant droit de publicité, a drainé une grande part des cas de petite chirurgie et de traumatologie. En milieu urbain en tout cas, le champ d'activité du généraliste s'est ainsi restreint, se concentrant surtout sur les problèmes de médecine interne, de psychosomatique et de prévention.

Avec la prolifération des sous-spécialités qui ont fragmenté la médecine interne, l'interniste général est parallèlement devenu de plus en plus un médecin de premier recours, les sous-spécialistes reprenant son rôle traditionnel de spécialiste de référence pour cas difficiles et de médecin-chef hospitalier. Les domaines auxquels, pour raison de formation, il ne touche habituellement pas sont justement ceux qui échappent petit à petit aux généralistes. En fait, aujourd'hui, le genre de pratique de ces deux praticiens ne dépend plus guère du type de FMH obtenu, mais du lieu d'installation. En milieu rural, le médecin aura une activité pédiatrique, gynécologique, de petite chirurgie et de traumatologie, même s'il est interniste de formation, alors qu'en milieu urbain, la présence de nombreux pédiatres, gynécologues et permanences réduira considérablement ces types d'activités, même pour un généraliste. Dès lors, vaut-il encore la peine de maintenir deux formations distinctes, et quelle pourrait être la spécificité respective des généralistes et des internistes généraux?

Cette évolution, encouragée par les milieux hospitalo-universitaires et considérée avec une bienveillante indifférence par les responsables de la

politique de santé, a été admise par beaucoup comme naturelle, conséquence des progrès de la médecine. A une époque où le budget global de la santé a atteint une limite, on peut cependant se poser la question du rapport coût-efficacité d'un tel système. Le fréquent recours direct au spécialiste est-il facteur d'une efficacité optimale des soins ou est-il facteur d'un surcoût inadéquat? Plusieurs pays européens, tout en restant libéraux, limitent le remboursement des consultations directes de spécialistes. Une telle attitude est-elle une atteinte inacceptable au libre choix du médecin ou est-elle, au contraire, une mesure permettant de freiner les coûts de la santé? Une réflexion globale sur une politique de santé cohérente dans notre pays ne pourra pas éluder ce type de question. De leur réponse dépendra l'avenir de la pratique générale. Je suis cependant convaincu que la prise en charge des patients par des médecins de premier recours très polyvalents et très bien formés favorise une médecine efficace et économique.

Encore faut-il que la formation des médecins de premier recours soit optimale et les prépare au mieux à la médecine ambulatoire, ce qui n'est, hélas, pas le cas. Dans les pays anglosaxons, notre activité fait l'objet de la

formation de «Family Medicine», discipline qui dispose de services hospitaliers et de centres ambulatoires, dispensant un enseignement spécifique, et permettant à la médecine de famille d'être une discipline universitaire au même titre que toutes les autres spécialités médicales.

Même éclatée, la famille reste le noyau de notre fonctionnement social et sa compréhension la clé de bien des problèmes. Le généraliste peut se définir comme le médecin de la famille qui, par sa formation, par sa connaissance de la famille et de son milieu, doit être apte à prendre en charge, au moins dans un premier temps, l'ensemble des problèmes médicaux de l'ensemble de ses membres... encore que bien des internistes puissent, à juste titre, revendiquer cette définition.

Il faut reconnaître que notre formation actuelle, tant pour le FMH de médecine générale que pour celui de médecine interne ne nous prépare guère à cette réalité. On pourrait rêver d'une formation axée essentiellement sur la pratique ambulatoire, au sein de laquelle l'acquisition des compétences scientifiques et techniques irait de pair avec l'apprentissage de l'approche psychodynamique et systémique qui nous fait cruellement défaut aujourd'hui, ou que nous devons acquérir une fois installés. A partir de cette base indispensable, chacun pourrait moduler sa polyvalence, en fonction de son futur lieu de pratique. Une fusion des deux formations, dans cette optique, préparerait de véritables médecins de famille, de ville ou de campagne, capables d'assurer le rôle pivot que l'hyperspécialisation de ces dernières décennies leur a fait partiellement perdre.

Une telle évolution correspondrait-elle aux vœux des internistes généraux? En tout état de cause, elle ne pourra se faire que par une volonté délibérée de toutes les instances qui gèrent notre système de santé. Savoir si l'on veut maintenir et renforcer une médecine de premier recours utile et de qualité va au-delà d'un simple problème de formation ou de titre FMH, c'est aussi un choix politique.

D^r J.-P. Pavillon, Echallens

Soutien à une «médecine interne générale»...

«La valeur de la médecine d'un pays n'est pas seulement donnée par la célébrité de certains de ses savants et de ses professeurs, elle se mesure à la qualité de ses médecins praticiens.»

Professeur Edouard Jéquier-Doge,
1968

Cette citation est d'actualité dans le débat sur la médecine interne et générale. Le ton est donné: il ne s'agit pas d'opposer des tendances différentes mais de favoriser le développement de deux aspects de la médecine, l'un et l'autre nécessaires à sa survie et au bien-être des patients de ce pays.

L'histoire récente de la médecine interne montre que, dès les années 70, elle a été marquée par le développement remarquable de nombreuses sous-spécialités. Les groupes de sous-spécialistes ont d'abord grandi en milieu universitaire, formant ainsi des spécialistes qui ont poursuivi leur activité dans la médecine libérale. Les bienfaits de ce développement sont multiples. Au niveau universitaire, enseignement et recherche ont grandement profité de cette dynamique. Dans l'intérêt des patients, de nombreux moyens techniques ont vu le jour et il faut se souvenir que beaucoup d'approches diagnostiques ou thérapeutiques sont devenues plus simples. Cette évolution a également permis de répondre à des nouveaux défis, tels que l'infection par VIH, survenue au début des années 80. La formation des praticiens non spécialisés a bénéficié de ce développement si l'on pense aux nombreux colloques, séminaires, journées, etc., organisés à l'intention des praticiens par des spécialistes, universitaires ou non.

Ce développement impressionnant est bien sûr à l'origine des points d'interrogation actuels sur la médecine interne et la médecine générale. Des questions se posent maintenant; elles concernent l'attitude parfois ambiguë des patients, souvent partagés entre spécialiste et généraliste, la disparité des revenus, l'érosion de la médecine traditionnelle par les médecines parallèles, le fléchissement du nombre de candidats à la médecine interne et générale, etc. Ces inquiétudes sont également entretenues par la marche

vers l'Europe, puisque dans certains grands pays qui nous entourent, il n'existe pas de structure solide et reconnue de la médecine interne et de la médecine générale. Il y a donc un nouveau défi à relever: celui de veiller à ce que la médecine interne et la médecine générale gardent leur force et se développent encore dans les années à venir.

La volonté de soutenir une médecine interne générale est inhérente à la mission de la Polyclinique médicale universitaire: la raison d'être de notre institution est de former des assistants qui seront quasi tous des praticiens de ce pays, généralistes pour la moitié d'entre eux et internistes pour l'autre moitié. Les structures d'enseignement postgradué de la PMU sont destinées à favoriser l'enseignement d'une médecine globale. Elles doivent permettre d'intégrer les conseils des différents spécialistes à un malade donné et favoriser le développement des qualités essentielles du médecin de première instance (telles que la faculté tantôt de rassurer tantôt de reconnaître les signes d'alarme), la disponibilité, l'accompagnement du patient à long terme, etc. Dans ce sens, le temps que les assistants «gagnent» en ne participant pas à des activités techniques spécialisées (cathétérisme, endoscopies, etc.) peut être mis à profit pour favoriser l'enseignement de la relation médecin-malade.

Mais les défis actuels nous demandent de réfléchir à des stratégies plus actives pour renforcer la médecine interne générale et son attractivité face aux étudiants en médecine et face aux patients. Nous devrions explorer plusieurs possibilités:

1. C'est au niveau universitaire que les succès des spécialistes ont pris naissance: ne devrions-nous pas, maintenant, renforcer les contacts entre praticiens et médecine universitaire? Il est important que les praticiens internistes et généralistes participent à l'enseignement prégradué. Actuellement, ils sont présents dans le cours de médecine générale. A l'avenir, ne pourrions-nous pas imaginer qu'ils occupent une certaine place dans les nouvelles techniques d'enseignement, basées sur le petit groupe d'étudiants guidés par un tuteur? Au niveau postgradué, les as-

sistants devraient également être plus en contact avec les généralistes/internistes: la rencontre avec des praticiens motivés devrait permettre de soutenir l'attractivité de cette médecine. Enfin, des efforts doivent être entrepris pour développer des programmes de recherche en cabinet médical, comme déjà discuté dans le numéro du *Courrier du Médecin vaudois* de mars 1991. La PMU explore actuellement tous ces moyens de liaison entre praticiens et milieux universitaires.

2. Il est crucial, à l'avenir, que les médecins internistes et généralistes gardent une structure de formation qui aboutit à une reconnaissance officielle. On se rappellera que, dans les années 70, la création des sociétés de «Family practice» dans les pays anglosaxons et de médecine générale dans notre pays a été un élément clé pour sauvegarder la qualité d'une médecine non spécialisée. Dans ce sens, tout doit être fait pour éviter que, dans l'«Europe médicale» de demain, internistes ou généralistes suisses perdent cette reconnaissance et ne soient définis uniquement comme des médecins sans spécialité...

3. Enfin, à long terme, on peut se demander s'il est bon que les médecins internistes et généralistes soient de fait ainsi «divisés». Il faut bien admettre que souvent, en milieu urbain en tout cas, ces deux groupes de médecins pratiquent le même métier. On entend souvent les internistes se plaindre d'avoir une formation incomplète dans certaines branches telles que la dermatologie et l'ORL et qu'il n'est pas rare que les généralistes évoquent leurs besoins d'être mieux formés en médecine interne. Ces deux branches se sentent actuellement menacées. Ne devraient-elles pas progressivement considérer les points qui les rassemblent plutôt que ceux qui les séparent?

Une «médecine interne générale» bien structurée, serait peut-être un des moyens pour éviter, dans l'intérêt du patient, à la fois l'éclatement de la médecine en sous-spécialités et sa marginalisation par les développements d'une médecine non scientifique.

Professeur A. Pécoud
PMU



AMBULANCES ALPHA • Lausanne 021/36 71 71

24 heures sur 24

Transport :
malade, blessé, convalescent

Entrée et sortie d'hôpital

Rapatriements Suisse et étranger

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

Devis gratuit

Location d'oxygène

FOSFOR

Dossiers médicaux

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

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

MédiSlash

Gestion de cabinet médical / Factures / Rappels
Comptabilité / Relevé de factures / Comptes...

Cd-Rom

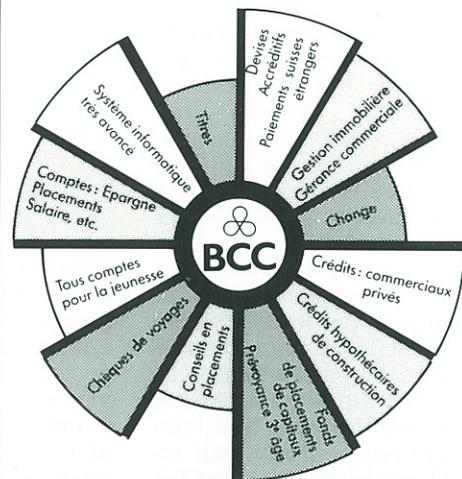
Lecteurs & Bases de données médicales sur CD

**POUR UN SUIVI MEDICAL
PERFORMANT**



Fosfor sa 15, chemin de la Biolleyre 1066 Epalinges
Tél. 021/784 00 88 Fax 021/784 20 62
BUREAUTIQUE - LOGICIEL - FORMATION

les services BCC



1003 Lausanne

Rue Saint-Laurent 21

20 65 41

1800 Vevey

Av. du Gén.-Guisan 15

921 41 41

1400 Yverdon

Rue du Lac 35

(024) 21 51 88

BCC  **GZB**

Banque Centrale Coopérative Société Anonyme

Fixe et temporaire

- du personnel diplômé.
- toutes les professions médicales, paramédicales et soignantes.
- une permanence et un service de garde durant les week-end.

MANPOWER

Medical

Permanence et service de garde les week-end

Rue de Bourg 20, 1003 Lausanne, tél. 021/20 25 35

Opinions

Lettre ouverte au Dr R. Mayer, président du GMI

Monsieur Mayer, vous me lassez! Bien que partageant souvent vos préoccupations et adhérant, à l'occasion, à certains de vos raisonnements, je dois avouer que le rédacteur-lecteur que je suis est fatigué de vos propos agressifs et souvent empreints d'impolitesse.

J'ose espérer que nous sommes assez nombreux à pratiquer la médecine dans le canton, tout comme vous pour le bien de nos concitoyens, sans imaginer vivre, pour autant, un conflit

armé et ouvert avec nos partenaires (ainsi que vous n'aimez pas les appeler!).

Je ne me sens pas personnellement en guerre et je suis donc las de constater que le journal de notre société devient un champ de bataille où tous les coups sont permis et qui laisse libre cours à l'agressivité, aux vociférations et aux paroles fielleuses.

Ce journal mérite mieux et il me paraîtrait souhaitable de retrouver une certaine tenue dans les articles qui pa-

raissent dans la rubrique des opinions. Je ne peux qu'encourager les lecteurs à nous faire part de leur avis qui, je l'espère, sera parfois plus nuancé, et le GMI, en particulier, afin de donner parfois la parole à d'autres personnes de leur groupement.

Peut-être s'en trouverait-il un dont le sentiment de persécution serait moins exacerbé... cela afin de ne me plus lasser!

Dr Philippe Juillard

Un miroir à entretenir et polir

Le constat, pertinent à souhait de Francis Thévoz dans le dernier numéro de notre *Courrier*, ne se contente pas d'interroger – il nous touche profondément. Victime de notre bonne foi, de notre engagement personnel sans arrière-pensée, nous avons «assisté» à des changements profonds et nous nous sommes trouvés floués. Vraiment?

Le dialogue privilégié médecin-malade échappe encore à toute prise. Il reste protégé, personnel, intime, et il ne peut en être autrement, même si les tentatives de s'immiscer abondent, même si leur échec se solde par des entraves tracassières. Ce caractère profondément privé lui a toujours valu envie et jalousie, au point d'être identifié à un pouvoir qualifié de mythique. Certes la médecine de nos prédécesseurs, valorisée par la conquête scientifique, s'est attribué un prestige au-delà de la discussion. Les médecins l'ont-ils voulu? Il y a lieu d'en douter.

Primum moyens a été, et reste toujours l'intérêt pour autrui, l'engagement social et la passion scientifique. En sorte que le corps médical a «assisté» avec maladresse, souvent sans trop savoir comment s'y prendre et sans trop savoir comment s'y associer à l'évolution de son environnement. Mais il y a participé même si parfois il se sent laissé pour compte et ne cache pas son amertume.

Ce dialogue singulier et privilégié n'est plus une relation strictement privée. Il s'intègre dans le cadre d'un droit à la santé garanti par une sécurité sociale, ses déterminants économiques et ses ressources. Il ne s'agit donc pas seulement d'une action solitaire limitée au cabinet ou à un service hospitalier. Il s'agit également d'une action sociale pleine et entière, d'une action de santé publique, dont le médecin est l'un des acteurs au niveau de ses compétences et de son engagement.

Personne, de l'Etat, des hôpitaux, des caisses maladie, ou de leurs gestionnaires ne le conteste. Faut-il laisser «aux dames de la couture» ou à un comité local pavé de bonnes intentions et muni des conseils du bon docteur, si dévoué, le soin de gérer le réseau hospitalier et gériatrique vaudois? La liberté de la pratique médicale, indispensable et nécessaire, doit-elle permettre aussi n'importe quoi, facture à charge des assurés et des contribuables, pendant que le médecin trône dans sa superbe?

La SVM n'a jamais été tenue à l'écart du plan hospitalier de «on» en 1978 et de ses modifications subséquentes. Elle fait partie des groupes de travail et des commissions cantonales. Elle négocie des conventions qu'elle signe ou ne signe pas. Certes l'expérience personnelle, individuelle, qu'elle incarne entre fatalement en conflit avec les

conceptions de prise en charge générales, les grandes structures administratives, coûteuses et souvent abstraites des économistes et des experts. Cela demande d'apprendre le langage médico-économique pour les comprendre, et développer des arguments pour les convaincre des réalités à l'échelle du terrain, d'instaurer un esprit d'équipe plutôt que d'affrontements. Les nécessités économiques sont un aspect des choses, les contingences sociales un autre, dont les déterminants et les exigences sont différents, souvent difficiles à concilier sans être contradictoires.

Le système vaudois a institué un partenariat dont nous pouvons être fier. L'écoute de la SVM est à la hauteur de son engagement. Mais il ne suffit pas de tonner de la voix pour se faire entendre. A nous de doter notre société des infrastructures nécessaires pour produire les données médicales qui reflètent notre activité, les besoins de nos malades et de nos services hospitaliers. A nous d'y consentir les sacrifices nécessaires. A défaut d'anticipation, de dynamisme et d'efficacité, il faudra se contenter «d'assister» du haut de notre petit nuage aux décisions de «on».

Miroir brisé? Pas encore. Mais il demande instamment à être entretenu et poli pour diffuser un peu de lumière.

Dr Y. Guisan

Communiqués

Conventions d'hospitalisation et d'hébergement

Nous sommes finalement à même de faire le point sur le renouvellement de ces conventions arrivées à échéance en décembre 1991. Comme vous le savez, la renégociation s'est révélée particulièrement ardue, d'une part, parce qu'une situation juridique devait être corrigée – l'hébergement médico-social ne pouvant plus être considéré comme de l'hospitalisation – d'autre part parce que la situation économique a engendré des tensions manifestes entre les partenaires impliqués.

Ces diverses conventions ont été approuvées dans le courant février par les associations faîtières. Elles sont entrées en vigueur rétroactivement au 1^{er} janvier 1992 sous réserve de l'approbation formelle des organes de l'Etat.

Convention vaudoise d'hébergement (CVHé)

Il s'agit bien de la dernière-née de l'ensemble des conventions régissant le système de santé vaudois. Ce nouvel instrument a été rédigé au pas de charge par les représentants de tous les partenaires impliqués, parallèlement à la mise sur pied de la loi sur l'aide aux personnes recourant à l'hébergement médico-social (LA-PHREMS) approuvée par le Grand Conseil en décembre.

Les conséquences de la CVHé pour les médecins sont les suivantes:

- La pratique usuelle n'a pas été remise en question. Le(s) médecin(s) responsable(s) nommé(s) par la direction de l'EMS établit(ssent) avec celle-ci une convention définissant l'activité, les rapports de travail et le mode de rémunération.
- Pour les médecins qui souhaitent conserver un statut d'indépendant, une convention type – approuvée paritairement par l'AVDEMS et la SVM – impose la *rémunération à l'acte*. La CVHé prévoit, dans ce cas, l'application du tarif de la NMT en vigueur. Une taxe médico-administrative concernant les activités non facturables à l'acte peut en outre être négociée avec la direction de l'EMS (Fr. 0.05-0.30/pen-

sionnaire/jour selon l'importance de cette activité).

- L'ensemble des activités peut aussi être honoré sur la base d'un forfait. Dans ce cas, le médecin est considéré *par l'AVS comme un salarié*.

Dans tous les cas, *les honoraires sont adressés à l'établissement et non au pensionnaire*.

A noter, que les directions des EMS ont le droit de désigner des médecins responsables et de les imposer à leurs pensionnaires (de la même manière qu'en milieu hospitalier). C'est déjà souvent le cas dans les EMS conventionnés. Il n'en est pas de même de nombreux EMS entrant cette année dans la CVHé. Dans le but vraisemblable de limiter les dépenses médicales qui sont dès à présent comprises dans leur budget de fonctionnement, un certain nombre d'entre eux exigeraient que leurs pensionnaires abandonnent leur médecin traitant pour le médecin responsable.

Au cas où cette situation entraînerait des litiges, une intervention peut être demandée auprès de la *commission paritaire AVDEMS – SVM*.

Convention vaudoise d'hospitalisation (CVHo)

Mis à part le départ des EMS de la CVH, les changements induits dans la CVHo ne sont pas révolutionnaires. Ce sont surtout les aspects économiques qui ont particulièrement touché le GHRV, qui ont donné lieu aux plus après discussions.

A noter que la question de l'*hospitalisation d'un jour* n'a finalement pas été résolue, puisque ces traitements ressortent toujours de la tarification ambulatoire soumise à participation du patient et franchise. Le GHRV a obtenu un encouragement à cette pratique par le biais d'une correction d'enveloppe budgétaire.

En outre, la FVCM qui aurait voulu introduire des articles concernant l'hospitalisation en privé, et en demi-privé a préféré renoncer pour l'instant.

Les conséquences de la CVHo pour les médecins hospitaliers sont les suivantes:

- revalorisation du coût par cas: après négociation avec la FVCM, le coût par cas a été revalorisé de 4%, ce qui correspond à la revalorisation intervenue pour le point en cabinet. Il s'établit dès lors à Fr. 472.–;
- en référence, le point hospitalier a été revalorisé de Fr. 2.05 à Fr. 2.15;
- le taux de retenue de 18% reste inchangé;
- le taux de retenue – interne à la SVM – pour le fonds de garantie ne sera pas modifié avant les premiers résultats partiels de l'exercice 1992.

A noter, que suite à la décision du Grand Conseil de décembre de diminuer les budgets cantonaux de façon linéaire de 1%, le DISP a demandé une réduction de l'enveloppe budgétaire du GHRV. Il a été également demandé aux médecins hospitaliers de rétrocéder 1% du forfait par admission. Par solidarité avec le GHRV, cette mesure a été acceptée à titre exceptionnel pour l'année 1992 uniquement. Cette réduction ne touchera pas les activités «privées» et ambulatoires.

Convention ambulatoire GHRV – SVM – FVCM

A la demande pressante de la FVCM, appuyée par le SHC et le DISP, le passage du tiers-payant au tiers-garant s'effectuera dès le 1^{er} juillet 1992 pour les activités ambulatoires du GHRV. En contrepartie, la FVCM accepte d'aligner la valeur du point ambulatoire GHRV sur celle du cabinet – revendication importante de la SVM.

- Du 1^{er} janvier 1992 au 1^{er} juillet 1992: la valeur du point est de Fr. 2.95 pour les prestations générales et de Fr. 2.70 pour les prestations spéciales.
- Dès le 1^{er} juillet, elle sera de, respectivement, Fr. 3.– et Fr. 2.75.

A noter que cette décision n'a pas été accueillie avec enthousiasme par le GHRV qui craint, à juste titre, de voir augmenter son contentieux. Les médecins hospitaliers ont donc accepté de rétrocéder au GHRV Fr. 0.10 sur la valeur du point dès le 1^{er} juillet 1992 et ce pour une durée limitée à une année. Le GHRV et la SVM se sont engagés, en effet, dans l'intervalle, à ré-

évaluer cette retenue à la lumière d'une analyse économique du coût du passage au tiers-garant pour les établissements.

Convention LAA-AI-AMF

Il s'agit d'une convention particulièrement ardue sur le plan technique. A l'heure actuelle, les valeurs du point ne connaissent pas de changement. Les négociations se déroulent à Berne.

Le fonds des honoraires ne pose pas de problème, sauf en ce qui touche

le fonds des honoraires privés qui accuse un déficit de Fr. 272 800.-. Un assainissement a dû être entrepris par la SVM en réintroduisant une retenue de 1%. Par ailleurs, ce fonds déficitaire sera en partie compensé par un transfert du fonds de garantie (chambres communes).

A noter, en outre, qu'il est impératif de faire figurer sur les notes d'honoraires complémentaires qu'il a été tenu compte du forfait conventionnel de base de Fr. 781.-.

D. Petitmermet
Secrétaire général de la SVM

Erratum

Dans le *Courrier du Médecin vaudois* n° 2 de février 1992, p. 9, 2^e colonne, 11^e ligne, il fallait bien lire **antimédicale** et non pas **anticléricale**.

Valeur du point au 1^{er} janvier 1992

Référence nomenclature médicale tarifée:

- en cabinet:
prestations générales Fr. 3.—
prestations spéciales Fr. 2.75
- hospitalier GHRV
(dans le cadre d'un forfait par admission) Fr. 2.15
- ambulatoire des établissements du GHRV:
prestations générales Fr. 2.95
prestations spéciales Fr. 2.70
- en EMS et CTR:
prestations générales Fr. 3.—
prestations spéciales Fr. 2.75
- ambulatoire du CHUV:
prestations générales et spéciales Fr. 2.70

Référence tarif bleu LAA:

- en cabinet Fr. 4.65

Référence catalogue des prestations hospitalières (tarif orange):

- hospitalier GHRV
(dans le cadre d'un forfait par admission) * Fr. 4.65
- ambulatoire LAA des hôpitaux du GHRV Fr. 4.65

Référence liste des analyses OFAS:

- laboratoires Fr. 1.30

Prévention du VIH au cabinet médical en Suisse romande et au Tessin

En accord avec leurs objectifs, la FMH et le Centre médico-social Pro Familia (CMSPF) ont établi une collaboration pour le programme de formation «Prévention du VIH au cabinet médical» (soutenu par l'OFSP).

Objectif

Intégrer dans la consultation la prévention, le «counselling» et le soutien face à la séropositivité et au sida.

Contenu

- Quel rôle dans la prévention et l'accompagnement.

- Gérer l'entretien avec une personne concernée.
- Proposer un test VIH.
- Annoncer le résultat d'un test.
- Possibilités et limites dans l'accompagnement.
- L'état actuel de la recherche (clarification des connaissances récentes).

Coût

Fr. 50.- tout compris, hormis matériel didactique.

Info: M^{me} Monique Weber, CMSPF, 1, av. Georgette, 1003 Lausanne, tél. 021/20 37 75.

Demande d'inscription

Je désire m'inscrire au séminaire n° 10: «Le médecin face au sida» (2 jours en milieu résidentiel, groupe de 12 médecins au maximum):

	1 ^{er} choix	2 ^e	3 ^e
18-19 mars à Neuchâtel	_____	_____	_____
15-16 avril à Villars-sur-Glâne/Fribourg	_____	_____	_____
26-27 novembre à Neuchâtel	_____	_____	_____
Nom: _____	Prénom: _____		
Adresse: _____			
NP/Lieu: _____			
Téléphone: _____			

Demande d'information

Je m'intéresse à la formation «Le sida aujourd'hui, préparer l'avenir» et désire recevoir l'ensemble du programme proposé (10 modules).

Retourner à: D^r Madeleine Ruedi-Bettex, 21, ch. des Quatre-Ministres, 2000 Neuchâtel, tél. 038/24 72 13.

4^e Journée d'échange des médecins généralistes de Suisse romande

Gruyères, jeudi 14 mai 1992

Les groupements romands de médecine générale ont choisi pour la 4^e Journée d'échange des médecins généralistes de Suisse romande les thèmes de discussion suivants:

- FR: Le médecin généraliste FMH et l'Europe de 1993
- GE: Hypnose et sophrologie dans le cabinet du généraliste
- JU: Le médecin et le délégué médical: positif ou négatif
- NE: Le généraliste de l'an 2000
- VD: Le médecin et l'argent
- VS: Médecine générale: échec ou réussite?

Ils invitent leurs collègues pratiquant la médecine générale à participer à l'un ou l'autre des groupes d'une dizaine de participants, qui seront constitués pour cette journée.

Chaque groupe de discussion traite un thème sous la responsabilité d'un animateur médecin généraliste. Plusieurs groupes peuvent ainsi traiter le même thème et arriver à des conclusions différentes.

En fin de journée, et en assemblée plénière, chaque groupe présente en quelques minutes le fruit de son travail.

Les thèmes abordés sont susceptibles d'être publiés.

Une invitation personnelle sera adressée à tous les médecins généralistes de Suisse romande en mars 1992. Si d'autres médecins sont intéressés par cette manifestation, ils peuvent s'adresser au Dr Michel Kolly, 1668 Neirivue, tél. 029/8 10 86, qui leur fera parvenir le programme de cette journée.

Dr Olivier Jallut Médecines parallèles et Cancers

Modes d'emploi et de non-emploi. L'horizon chimérique, Bordeaux, mars 1992.

Laissant les médecines douces aux «maladies douces», l'auteur recense les méthodes parallèles à visées anticancéreuses. Hydrothérapie, naturopathie, astrologie médicale, cristallisation sensible, méthodes bioélectriques, tests spéciaux et machines merveilleuses, guérisons par la foi et cures diverses, régimes alimentaires et produits chimiques... ces méthodes apportent-elles quelque chose d'utile aux traitements des cancers ou ne sont-elles qu'illusions coûteuses et dangereuses? Après avoir exposé le sujet (les cancers et leurs thérapies, l'effet placebo, les facteurs psychologiques et alimentaires), il explore l'histoire des traitements rationnels et irrationnels des cancers, de l'Antiquité à nos jours, en évoquant la tuberculose et ses traitements inefficaces jusqu'aux années 1940.

Puis il répertorie les méthodes parallèles prônées pour le «traitement

des cancers, mais aussi pour leur diagnostic à l'aide de procédés qui vont des méthodes magiques (gridologie, etc.) aux fantaisies de laboratoire. Après l'historique des méthodes tombées en désuétude, la description détaillée des méthodes actuellement en usage fait le corps de l'ouvrage: on trouve à chaque fois un résumé de la théorie, une description de la situation en réalité, un mode d'emploi et des références. Un index permet de s'y retrouver parmi les quelque 150 méthodes décrites.

Comme nous le dit le professeur Schraub dans sa préface, le Dr Jallut a su prendre en compte non seulement la maladie organique mais aussi l'homme malade avec ses problèmes psychologiques pour nous livrer un «ouvrage qui permettra à toutes les personnes qui se posent des questions sur ces différents traitements de trouver une information claire et une solution à leurs problèmes».

Ce livre, travail considérable et recensement pratiquement exhaustif des médecines parallèles en cancérologie, est donc destiné à aider le lecteur à mieux connaître ces méthodes et à lui permettre de juger objectivement leur valeur réelle.

Registre des psychologues FSP

Le registre publié, pour la première fois, par la Fédération suisse des psychologues fournit l'adresse et le numéro de téléphone des près de 2500 membres de la FSP classés par ordre alphabétique et par canton.

Il peut être obtenu auprès du se-



Votre nouvelle agence BMW

JAN-AUTOS SA

Petit Rocher 6 1004 Lausanne

Tél. 021-25 56 43

la plus belle vitrine au centre ville

Toute la gamme BMW, de la nouvelle série 3
au fabuleux coupé 850 i

crétariat FSP à Berne, tél. 031/46 04 66 ou par fax 031/46 04 77 pour la somme de Fr. 15.- ou Fr. 20.- s'il est complété par la liste des psychothérapeutes reconnus par la FSP.

Premier symposium

de l'Association suisse romande de chirurgie coelioscopique (ASRCC)

Possibilités actuelles d'opérations coelioscopiques en chirurgie digestive et gynécologique

Genève, 30 avril 1992, Hôtel Mövenpick-Radisson (20, route de Pré-Bois, Genève-Aéroport)

avec la participation de:
 professeur J. Périsat, Bordeaux;
 professeur J. Bouquet de Jolinière, Clichy;
 professeur P. de Grandi, Lausanne;
 professeur P. Fuentes, Marseille;
 Dr Ph. Debodinance, Roubaix;
 Dr Ch. Gelez, Lyon;
 Dr P. Janecek, PD, Lausanne;
 Dr Ch. Klaiber, Aarberg;
 Dr Ph. Mouret, Lyon;
 Dr A. Nisolle, Bruxelles;
 Dr J. Wattiez, Clermont-Ferrand.

Adresse du secrétariat du symposium:

Dr J.-M. Lambercy
 9, av. Victor-Ruffy
 CH-1012 Lausanne
 Tél. 021/653 57 84
 Fax 021/653 57 86

Cours de formation pour médecins d'urgence

de l'ASMU
 (Association suisse des médecins d'urgence)

Objectifs du cours

Cours central (en 2 parties) de fin d'études et de répétition complétant les connaissances de médecine d'urgence et préparant à l'activité de médecin d'urgence conformément aux normes fixées par l'IAS.

Destinataires

Médecins disposant d'une formation de médecine d'urgence (chirurgie, anesthésie, soins intensifs, médecine interne, médecine d'urgence).

Direction

Dr Olivier Moeschler, CHUV

Durée

5 jours (2 et 3)

N° du cours

213 (partie 1)
 214 (partie 2)

Dates

8-9.5.1992
 5-7.11.1992

Délais d'inscription

29.2.1992
 29.2.1992

Nombre de participants

12 par classe

Prix du cours

Fr. 700.- (pension complète et documents du cours inclus).
 La fondation de la Winterthour Assurances pour la prévention des sinistres soutiendra ce cours.

Confirmation

Attestation délivrée par le centre.

Renseignements:

Centre de formation CRS, 6207 Nottwil, tél. 045/54 50 50, fax 045/54 20 59.
 N. B.: Quelques places sont encore disponibles.

NULLE PART AILLEURS QU'À MONTREUX: CLINIQUE BON PORT

Un établissement unique en son genre; spécialisé en matière de médecine interne, de nutrition, de relaxation et d'activité physique, propre à prendre en charge des patients dont le mode de vie est inadéquat.

Recommandé pour une prise en charge personnalisée des patients, en particulier en cas de dépression liée au surmenage, de réhabilitation cardiaque, pour traitement de l'obésité et pour suites de traitements.

Sous la direction médicale de médecins de renom; organisé autour d'un collège de huit médecins, tous autorisés à pratiquer de manière indépendante dans le canton de Vaud.

Ouvert aux médecins traitants.

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

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

CLINIQUE BON PORT

21, rue Bon-Port, CH-1820 Montreux

Tél. 021/963 51 01 - Fax 021/963 77 95 - Téléc 453 133

Elections à l'assemblée générale de printemps

Le comité de la SVM vous informe que les postes ci-après seront à repourvoir lors de l'assemblée générale de printemps qui aura lieu le 7 mai 1992, à l'aula du Collège de Beausobre:

- le D^r Gardaz a présenté sa démission du comité de la SVM. Le D^r Flückiger est arrivé à la fin de son premier mandat et ne souhaite pas se représenter. En outre, le D^r Thévoz a terminé son deuxième mandat. Trois postes sont donc à repourvoir;
- le D^r R. Campiche a présenté sa démission du Conseil de discipline;
- le D^r J.-F. Rossat se retire de la Chambre médicale;
- le D^r W. Hinden a démissionné du comité de la Société médicale suisse romande.

Les candidats intéressés à se présenter sont priés de s'adresser au secrétariat de la SVM.

Collecte de médicaments (pour mémoire)

Les médecins, comme d'autres membres des professions médicales, sont fréquemment contactés lors de collectes de médicaments. Les associations organisant ces dernières n'offrent toutefois pas toujours toutes les garanties (scientifiques et légales) qu'on est en droit d'attendre par la manutention, au sens large, des médicaments.

Tout organisme se livrant à ce type de collecte doit être autorisé par les autorités cantonales, posséder un per-

sonnel compétent, exercer une surveillance et prendre différentes précautions. Cela afin d'éviter, notamment, que des stupéfiants ou des substances psychotropes ne soient exportés en violation des conventions internationales, ou détournés suite à une inadéquation des procédures mises en place, ou encore que des médicaments échus ou non adaptés à la demande ne soient envoyés vers des pays tiers.

Des informations supplémentaires peuvent être obtenues auprès des autorités sanitaires cantonales ou du pharmacien cantonal.

*L'Association
des pharmaciens cantonaux
(BMS, octobre 1991)*



Prochaines parutions:

N° 4/92
22 avril 1992
(délai rédactionnel:
30 mars 1992)

N° 5/92
20 mai 1992
(délai rédactionnel:
27 avril 1992)

**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

*Organe de la
Société vaudoise de médecine*

Comité de la SVM

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

Secrétaire général

Daniel Petitmermet, lic. ès lettres

Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1
Case postale 76
1010 Lausanne 10
Tél. 021/652 99 12
(8 h. 30 - 12 heures, sauf mardi)
(13 h. 30 - 17 h. 30, sauf jeudi et vendredi)
CCP-Lausanne 10-1500-5
Fax 021/652 32 21

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

Tél. 021/652 99 32
(24 heures sur 24)
Abonnements de déviation
et de télécommunications au service
des médecins de la région lausannoise

Administration et rédaction

Case postale 76, 1010 Lausanne 10

Régie des annonces

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

Impression

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

Calendrier 1992 des rencontres vaudoises de l'Association des assistantes médicales

- Avril: Conférence sur les hormones (carence, ménopause), Dr D. de Ziegler (Paris).
- Mai: Journée de formation continue: l'enfant handicapé.
- Juin: Souper d'été.
- Conférence sur les vaccinations, Dr Vaudaux (en principe).
- Octobre: 2^e Congrès national de l'assistante médicale.
- Novembre: Assemblée générale.
- Novembre: Journée de formation continue.
- Décembre: Souper de fin d'année.

En plus de ces rencontres, sont organisés les cours suivants pour 1992 (formation continue):

- laboratoire: hématologie, sédiments urinaires, bactériologie, chimie sèche et traditionnelle;
- secours d'urgence;
- hygiène au cabinet;
- informatique: traitement de texte, gestion du cabinet, facturation;
- assistance à la consultation.

Adresses utiles:

ARAM, case postale 2034, 1002 Lausanne, tél. 021/784 36 88.

Bureau de placement: fixe, temporaire, dépannage, tél. 021/784 36 88.

Présidente ARAM: Doris Hervé, 32, ch. de Prélaz, 1260 Nyon, tél. 022/62 43 80.

Présidente Vaud: Marilynne Rodel, Lussy 18, 1806 Saint-Légier, tél. 021/943 45 64.

Responsable de la formation continue: Monica Mornod, Moraine 13, 1008 Prilly, tél. 021/25 85 12.

Secrétaire générale: A.-Cl. Perrette, Chêne 16, 1315 La Sarraz, tél. 021/866 66 79.

CP du 26 mars 1992

Les Jeudis de la Vaudoise

Les examens préopératoires

Dr J.-P. Gardaz, Service d'anesthésiologie, CHUV
Modérateur: Dr Ch. Allenbach, Montreux

9 h.	Introduction	Dr J.-P. Gardaz, PD
	Point de vue et rôle du médecin traitant	Dr A. Senff
	Point de vue et rôle du médecin anesthésiste	Dr A. Forster, PD, Genève
	Prélèvement préopératoire de sang, organisation, partenaires, contraintes	Dr J.-D. Tissot
	Le cliché thoracique préopératoire	Professeur Ph. Leuenberger
	Pause	
	Les examens préopératoires de routine sont-ils justifiés?	Dr Y. Charpak, Paris
	ECG préopératoire	Dr G. Turini, PD
12 h. 15	Conclusion	Dr Ch. Allenbach

CABINET MÉDICAL AVEC PHYSIOTHÉRAPIE

sur les hauts de Lausanne, cherche

UN MÉDECIN INDÉPENDANT

Case postale 33, 1096 Cully.

À REMETTRE

tout de suite, pour cause de décès,

CABINET MÉDICAL

équipé en ophtalmologie, situé dans le Nord vaudois, en pleine activité, très bonne situation, clientèle importante.

Possibilité de reprendre second cabinet, parallèlement au précité, situé dans le Jura, clientèle existante.

Pour tous renseignements, s'adresser au Cabinet médical, à l'attention de M. Antonin Trpka, Valentin 12, 1400 Yverdon-les-Bains.

Tél. 024/21 33 43 (le matin).

Tél. 024/71 15 93 (le soir).

SUR LES HAUTS DE LAUSANNE ET À PAYERNE

A vendre ou à louer, tout de suite ou pour date à convenir

MAGNIFIQUES CABINETS MÉDICAUX

de 160 m², partiellement équipés.

Avec ou sans physiothérapie.

Valorim SA, société propriétaire, av. Vinet 16, 1004 Lausanne.

Tél. 021/375 373.

SECRÉTAIRE MÉDICALE TRILINGUE

cherche emploi, début avril, à 80% ou 100%, région Riviera ou Lausanne.
Tél. 021/781 15 69.

Souhaitez-vous découvrir un

DÉZALEY

«CHÂTEAU DE CHEXBRES»

blanc 1990, rare (72 bouteilles numérotées) et de qualité, prêt à être dégusté?

Fr. 20.80 la bt par cartons de 12.

Fax 021/617 03 46.

Tél. 021/946 24 44 (répondeur).

J. Menthonnex,

Château, 1605 Chexbres.

Calendrier médical vaudois

Période du 23 mars
au 24 avril 1992

N° 3/92

MARDI 24 MARS

11 h.-12 h.: Colloque scientifique de médecine sociale et préventive. – Salle de colloques de l'IUMHT, Bugnon 19, Lausanne. – Dr J.-P. Vader: «Mesures de l'adéquation des procédures médicales.»

12 h. 30: Colloque multidisciplinaire de dermatologie, immunologie, néphrologie et rhumatologie. – Auditoire 305, Hôpital de Beaumont, Lausanne. – Dr O. Estoppey: «Maladie de Behçet.»

17 h. 30: Conférence du groupement d'études biologiques. – Auditoire Yersin, CHUV. – Dr J.-M. Roch (San Diego): «Activités de la protéine β A4 amyloïde dans le développement de la maladie d'Alzheimer.»

20 h. 15: Colloque à l'Hôpital d'Aigle. – Cafétéria. – «L'incontinence urinaire chez la femme.»

MERCREDI 25 MARS

12 h. 15: Séminaire de la Division d'endocrinologie et du métabolisme et de l'Institut de pharmacologie et de toxicologie. – Salle de conférences, Bugnon 27, entrée C3. – Dr B. Thorens: «Le transporteur de glucose des cellules β du pancréas (GLUT-2) et le récepteur du «glucagon-like peptide 1» (GLP-1): caractérisation moléculaire et rôles dans la sécrétion d'insuline.»

12 h. 45: Conférence à l'Hôpital de Montreux. – Salle de conférences. – Dr W. Fitting: «La fonction pulmonaire et son interprétation.»

JEUDI 26 MARS

8 h. 15: Colloque du Département de médecine interne. – Auditoire Tissot, CHUV. – Conférence des sciences cliniques. – Professeur E. Rubinstein (Tel Aviv): «Non-infectious diseases that masqueraded infections.»

9 h. 30-17 h.: 3^e Colloque lausannois d'épileptologie. – Auditoire Hôpital de Beaumont. – «Les crises partielles et leurs approches diagnostiques et thérapeutiques.» Rens.: Dr P.-A. Despland, PA, EEG-EMG (021/314 41 01).

9 h. 30: Colloque du Service de rhumatologie. – Auditoire L. Michaud, Hôpital Nestlé. – Professeur Y. Saudan: «Colloque interactif informatisé de rhumatologie.»

10 h.-13 h.: Colloque postgradué du Département de gynécologie-obstétrique. – Auditoire de la maternité, CHUV. – «Surveillance de la grossesse.»

11 h. 15-12 h.: Cours de formation postgraduée de la Division des maladies infectieuses, Division autonome d'hygiène hospitalière et Institut de microbiologie. – Auditoire Yersin, CHUV. – A. Cometta: «Syndromes septiques II: sepsis et choc septique.»

13 h.-13 h. 45: Colloque commun infectiologie, hygiène hospitalière et microbiologie. – Auditoire I, CHUV. – Professeur E. Rubinstein (Tel Aviv): «Rickettsial diseases.»

17 h.: Colloque de cardiologie. – Auditoire 2, CHUV. – Dr X. Jeanrenaud: «Colloque d'échocardiographie.»

VENDREDI 27 MARS

12 h. 15: Conférence de l'Institut de physiologie – Salle de séminaires de l'Institut, Bugnon 7, Lausanne. – Dr N. Schaad (Genève): «Mécanismes pharmacologiques de la synthèse de la mélatonine dans la glande pinéale de rat.»

LUNDI 30 MARS

14 h.-15 h.: Colloque du métabolisme phospho-

calcique. – Salle 10-301, CHUV. – Professeur P. Burckhardt: «Place de la calcitonine dans l'ostéoporose.»

MARDI 31 MARS

12 h.: Colloque de l'Hôpital de Nyon. – Salle du Corjon, Hôpital de Nyon. – Dr D. Slosman (Genève): «Densitométrie osseuse, indications et limites.»

12 h. 15: Colloque d'immunologie clinique et d'allergie. – Salle de séminaires 2, CHUV. – Dr L. Nicod, Genève: «Intégrines dans la réponse immune.»

MERCREDI 1^{er} AVRIL

11 h. 30-12 h. 30: Confrontations anatomo-cliniques du Département de médecine interne. – Auditoire Yersin, CHUV. – Dr J. Bogousslavsky, privat-docent et professeur R. Janzer: «Encéphalopathie, épilepsie et coma.»

9 h.-18 h.: Symposium du Service de neurologie du CHUV. – Auditoire Roux, CHUV. – Organisation: professeur P.-A. Desplands (tél. 021/314 41 01): «Le syndrome d'apnées du sommeil.»

12 h.: Colloque du Service de pédiatrie. – Salle de colloques BH 11-325. – Drs M. Andrew et D. Beck: «Hématologie pédiatrique: thromboses chez l'enfant.»

JEUDI 2 AVRIL

8 h.: Colloque régional à l'Hôpital de Saint-Loup/Orbe. – Bibliothèque du CMT-Saint-Loup. – A l'occasion de la présentation du nouveau service de médecine interne aiguë: Dr B. de Mural: «Bronco-pneumopathie chronique obstructive.»

9 h. 45-10 h. 45: Colloque de la Policlinique médicale universitaire. – Auditoire 2^e étage, César-Roux 19, Lausanne. – Dr M. Burnier, privat-docent: «Complications du syndrome néphrotique et de son traitement.» – Dr M. Bidlingmeyer: «Hyperlipidémie chez un patient avec maladie rénale.»

11 h. 15-12 h.: Colloque commun de formation postgraduée «SIDA» de la PMU et de la Division des maladies infectieuses. – Auditoire de la PMU. – Dr P. Francioli, privat-docent: «Prévention de l'infection HIV au cabinet médical – transmission nosocomiale des agents infectieux.»

13 h.-13 h. 45: Cours commun infectiologie, hygiène hospitalière, microbiologie. – Auditoire IV, CHUV. – Dr G. Praz (Sion): «Présentation de cas.»

16 h. - 16 h. 45: Colloque de cardiologie. – Auditoire 1, CHUV. – Professeur D. Burckhardt (Bâle): «Valve replacement with mechanical prostheses.»

LUNDI 6 AVRIL

8 h. 15-9 h. 45: Conférence du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. – Auditoire du Bercaill, Chablère 5, Lausanne. – Dr B. Pierrehumbert, privat-docent: «Echec à l'école: échec de l'école?»

MARDI 7 AVRIL

11 h.-12 h.: Colloque scientifique de médecine sociale et préventive. – Salle de colloques de l'IUMHT, Bugnon 19, Lausanne. – Dr^{se} S. Franceschi (Aviano, Italie): «Female tumors: an exemple of assessment of disease burden and preventive strategies.»

15 h. 30: Séminaire de la Division d'endocrinologie et biochimie clinique. – Salle de colloques BH 19, CHUV. – Dr G. Waeber: «Caractérisation

du gène humain codant pour le facteur transcriptionnel *Camp Responsive Element Binding Protein* (CREB).»

MERCREDI 15 AVRIL

17 h. 15: Colloque du Département des services de chirurgie. – Auditoire Tissot, CHUV. – Service de chirurgie cardio-vasculaire: «Suivi à moyen terme des transplantés cardiaques.»

JEUDI 16 AVRIL

9 h. 45-10 h. 45: Colloque de la Policlinique médicale universitaire. – Auditoire de la PMU, César-Roux 19, Lausanne. – Dr J. Bogousslavski, PD: «Sténoses carotidiennes symptomatiques et asymptomatiques.» – Dr Y. Christen: «Hémisindrome moteur d'apparition récente chez un hypertendu de 40 ans.»

MARDI 21 AVRIL

12 h. 30: Colloque multidisciplinaire dermatologie-immunologie-néphrologie-rhumatologie. – Auditoire de l'Hôpital de Beaumont, salle 305. – Drs P. Zufferey et P.-A. Buchard: «Maladie de Wegener.»

MERCREDI 22 AVRIL

12 h.: Colloque des spécialités du Service de pédiatrie. – Salle de colloques BH 11-325. – Professeur T. Deonna.

JEUDI 23 AVRIL

8 h.: Colloque des cas problèmes de l'Hôpital de Saint-Loup/Orbe. – Bibliothèque du CMT-Saint-Loup.

11 h. 15-12 h.: Cours de formation postgraduée de la Division des maladies infectieuses, Division autonome d'hygiène hospitalière et Institut de microbiologie. – Auditoire IV. – Dr J.-D. Baumgartner, privat-docent: «Syndromes septiques III: cytokines et anticytokines.»

13 h.-13 h. 45: Cours commun infectiologie, hygiène hospitalière, microbiologie. – Auditoire IV, CHUV. – Drs A. Iten et J.-Ph. Chave: «Reflets de la 3^e Conférence européenne sur les aspects cliniques et le traitement de l'infection HIV, Paris, mars 1992.»

17 h. 15: Leçon inaugurale du professeur Jacques Bille. – Auditoire Roux, CHUV. – «Bactériologie clinique: présent et futur.»

Nous vous prions de nous faire parvenir vos annonces de colloques couvrant la période du 27 avril au 22 mai 1992 avant le **lundi 13 avril 1992**. Merci.

CABINET MÉDICAL POUR SPÉCIALISTE

À VEVEY-LA TOUR-DE-PEILZ

110 m², à remettre pour septembre-octobre 1992 avec transfert de bail, immeuble de dix ans.

Loyer mensuel: Fr. 2000.-, charges comprises.
Tél. 021/944 49 87.

Agence générale de Lausanne
André Grandchamp
Agent général
Pl. Saint-François 5

1002 LAUSANNE
Tél. 021/20 17 01

Agence principale de Montreux
Av. du Casino 42

1820 MONTREUX
Tél. 021/963 65 56

Agence principale d'Yverdon
Rue de la Plaine 84

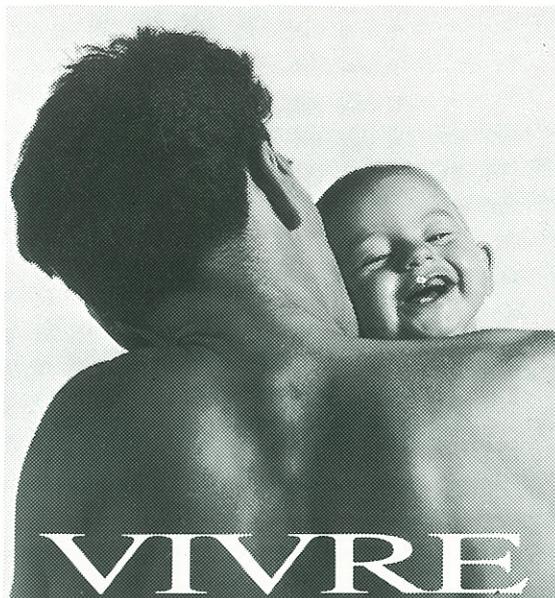
1400 YVERDON
Tél. 024/21 79 06

Agence de Chavannes
Rue de la Plaine 5

1022 CHAVANNES
Tél. 021/691 74 36

Agence de Pully
Av. de Lavaux 90

1009 PULLY
Tél. 021/29 44 05



VIVRE assumer, assurer...

La vie n'est pas toujours ce bonheur éclatant.
Pour prévoir l'aide dont chacun de nous,
un jour ou l'autre, aura besoin, la *Genevoise
Assurances* a développé le PLAN DE
SÉCURITÉ ÉVOLUTIF*
Le conseiller *Genevoise Assurances* vous
renseignera volontiers.

*Exclusivité *Genevoise Assurances*.

 **Genevoise**
ASSURANCES

Le spécialiste des professions médicales

Consultant du secteur médical hospitalier et leader dans ce domaine, **IDÉAL MÉDICAL** est

la réponse à vos recherches de personnel

pour votre cabinet.

Rapidité, compétence, liberté de choix dans les solutions proposées.

Nous vous libérons des contraintes inhérentes à l'embauche du personnel.

N'hésitez pas à nous contacter au numéro de téléphone 021/311 13 13. Nos conseillers vous renseigneront volontiers.

IDÉAL MÉDICAL, av. Ruchonnet 30, 1003 Lausanne
Ouvert sans interruption de 8 heures à 18 h 30, service de garde le week-end.



**ideal
medical**
TEMPORAIRE & FIXE

Lausanne 021/311 13 13
30, avenue Ruchonnet

M. AMREIN

Orthopédiste-bandagiste



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

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

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

HENNIEZ



granini®



Bioréac sa, la maison spécialisée

1001 Lausanne
boulevard de Grancy 35
téléphone 021 617 74 26

*qui installe moderne, économique.
Service clientèle actif et qualifié.
Service de contrôle de qualité pour
chimie et hématologie.*

Docteur, découpez et adressez-nous ce coupon-réponse, sans engagement de votre part!



Veillez prendre rendez-vous afin de faire une approche de votre programme de vente
car je m'installe en _____ (date)

Tél. professionnel: _____ / _____ Bip: _____

Tél. Privé: _____ / _____

de préférence: _____ (jour, heure)

Nom et prénom: _____ Spécialité: _____

Adresse professionnelle: _____
