

COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

***Hospitalisation à domicile:
«l'hôpital sans murs»***

Billet présidentiel

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

2
MARS
1997



Bioflorin®

Entérocoques vivants,
Souche SF 68.



Le concept biologique contre la diarrhée.

**Bioflorin® normalise
l'écosystème intestinal**

- ❑ gastroentérites, entérites, entérocolites
- ❑ diarrhées causées par des médicaments (p.ex. antibiotiques)
- ❑ diarrhées des voyageurs, diarrhées alimentaires
- ❑ dyspepsies toxiques de l'enfant

**Rééquilibre
la flore
intestinale
et agit contre
la diarrhée**



Bioflorin® | **C** Capsules: entérocoques vivants 75 millions. | **I** Modification de la flore intestinale, diarrhées. | **P** Adultes, enfants et nourrissons: 3 caps./j. prophylaxie: 2 caps./j. **D** Informations supplémentaires dans le Compendium Suisse des Médicaments ou auprès de la maison Giuliani

Distribution:
Synthélabo Pharma
1000 Lausanne 21

GIULIANI

Editorial

Hospitalisation à domicile: Un nouveau métier pour les praticiens?

Plusieurs articles de ce numéro décrivent en détail l'expérience qui se met en place actuellement dans notre canton: le Conseil d'Etat a choisi de tester, dans trois zones pilotes (Lausanne, Morges et Yverdon), la faisabilité, les avantages, les inconvénients et les coûts d'un nouveau concept appelé «Hospitalisation à domicile». Est-il possible d'avoir des patients «hospitalisés à domicile»? Est-il possible de rétablir à domicile des conditions de lits hospitaliers de type A? Diminuer le recours à l'hospitalisation, favoriser les traitements des patients dans leur milieu: si c'est possible, les médecins praticiens, leurs patients... et le contribuable (ou le payeur de prime d'assurance) pourraient être les bénéficiaires.

Comme il est décrit dans les articles suivants, le concept rend obligatoire une liaison entre médecins hospitaliers, responsables d'un séjour initial court à l'hôpital et médecins traitants qui suivront leurs patients à domicile, avec l'aide du personnel des CMS. Ce système se fera sur une base purement volontaire de la part des praticiens et de leurs patients. Il est probable qu'un très petit nombre de patients rempliront les critères qui permettent de tenter cette expérience, compte tenu de la volonté absolue de ne faire courir aucun risque au patient et du fait que, déjà maintenant, beaucoup de patients sont renvoyés rapidement de l'hôpital après leur entrée, sans mise en place d'un système particulier.

L'expérience a été discutée au Comité de la SVM; son secrétaire général et le soussigné la suivent de près. Bien que de petite taille, cette expérience nous semble importante parce qu'elle permet d'imaginer de nouveaux horizons sur la médecine de demain.

**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions:

N° 3/97
14 mai 1997
(délai rédactionnel:
21 avril 1997)

N° 4/97
18 juin 1997
(délai rédactionnel:
26 mai 1997)

Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

A propos «d'hospitalisation à domicile»

«Hôpital sans murs»

Le point de vue du CHUV

HAD à Morges et à Yverdon

11

Billet présidentiel

Comité SVM,
tour d'horizon 1996

13

Opinion

15

Enquête

17

Communiqués

19

Calendrier
médical vaudois

- a) *L'expérience HAD vise à institutionaliser une véritable ouverture de l'hôpital.*
- b) *Dans cette expérience, médecins hospitaliers et praticiens de la ville deviennent des partenaires obligatoires, qui doivent s'entendre pour que leurs patients communs ne soient exposés à aucun risque.*
- c) *Cette collaboration obligatoire entre praticiens de ville et médecins hospitaliers peut être considérée comme une rencontre où les deux types de médecine trouvent des intérêts:*
- *le médecin hospitalier découvre ainsi les contraintes du praticien en ville, qu'il connaît souvent mal;*
 - *le médecin praticien va rencontrer les médecins hospitaliers souvent spécialisés; ce sera une forme de formation continue de haute valeur pédagogique, parce que basée sur le besoin de savoir.*
- d) *Sur le plan tarifaire, prévoir un honoraire pour les praticiens qui rencontrent les médecins hospitaliers peut contribuer à effacer une lacune qui est souvent à l'origine d'une mauvaise communication entre ces deux types de médecins.*

Les personnes impliquées, qui décrivent leur travail dans les articles suivants, ont encore beaucoup de problèmes à résoudre, mais tous les partenaires ont compris l'importance de l'enjeu pour la médecine de demain où l'on parlera de plus en plus souvent de «hôpital sans murs».

Professeur
A. Pécoud, PMU
Comité de la SVM

Séminaires en faveur des médecins, des 24 avril et 15 mai 1997, organisés par FMH Service et la Banque Cantonale Vaudoise

D'entente et avec l'étroite collaboration de la Banque Cantonale Vaudoise, nous organisons, à l'attention des médecins de notre canton, le jeudi 24 avril et le jeudi 15 mai 1997, deux séminaires d'une demi-journée chacun.

Ces rencontres permettront d'aborder avec des spécialistes des branches concernées des sujets touchant le quotidien professionnel et privé du médecin, tels que les budgets d'investissement, les modes de financement, la planification fiscale ou la gestion du patrimoine, ainsi que la prévoyance individuelle. Ces réunions se dérouleront au

Centre administratif bancaire de la Banque Cantonale Vaudoise, avenue de la Vallombreuse, à Prilly.

Elles débuteront à 14 heures et se termineront aux environs de 18 heures par un apéritif et une visite facultative de la salle des changes et de la bourse électronique.

Jeudi 24 avril

14 heures-15 h. 30: Budgets d'investissement et mode de financement.

15 h. 45-17 heures: Trafic des paiements, planification fiscale, prévoyance individuelle et professionnelle, gestion du patrimoine.

17 heures-17 h. 45: Expérience pratique, questions et débats.

Jeudi 15 mai

Programme pratiquement semblable à celui du 24 avril 1997, avec un accent particulier mis sur la planification fiscale et la prévoyance pour le médecin et sa famille.

S'inscrire auprès de:

FMH SERVICE

Ch. du Grand-Record 7
1040 Echallens
Fax 021/881 42 19

MEDISCRIP votre service de secrétariat médical «à la carte»

Vous êtes surchargé, votre assistante est absente, vous avez des travaux en suspens?

MEDISCRIP est la solution qu'il vous faut!!!

**Renseignements: Georgette Vionnet - 1662 Pringy
Tél. 026/921 11 70 - Fax 026/921 17 39**

Dossier

A propos «d'hospitalisation à domicile»

*«Toi qui chemines,
il n'y a pas de chemin;
le chemin, tu le fais en marchant...»*

Antonio Machado

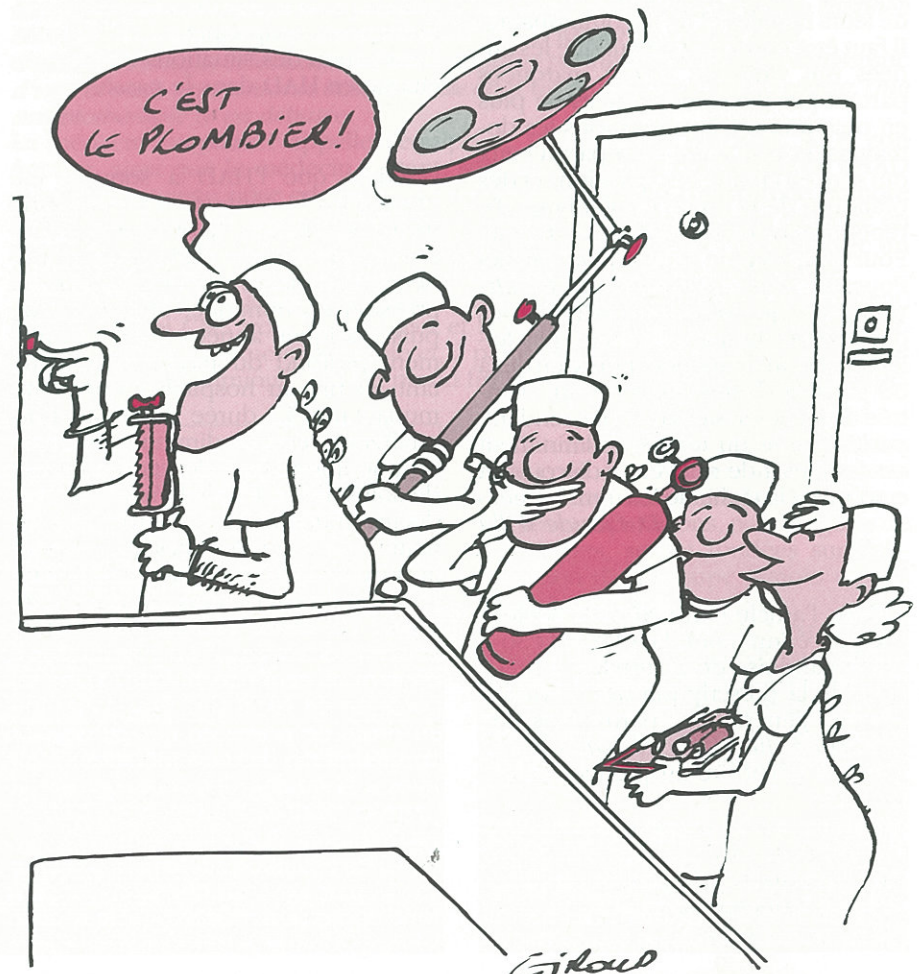
Pendant plusieurs siècles, «l'hôpital» était destiné aux miséreux, incurables ou femmes abandonnées en couches... Les malades étaient soignés à la maison, et une assistance laïque à domicile a été mise pour la première fois en place en 1544 par François I^{er}, qui fonde «Le Grand Bureau des Pauvres», qui sera remplacé à la Révolution par un «Bureau de Bienfaisance». Dans notre pays, en 1675, le cahier des charges de l'aumônier de Vevey prévoit qu'il aura mission «du soin et des assistances des pauvres malades; à l'effet de quoy il les visitera pour le moins de trois jours une fois et plus outre selon la nécessité requerra. Et leur portera ou fera porter ou des bouillons qui seront préparés à l'hospital ou de la chair, ou du pain, ou du vin, ou de l'argent lorsqu'il le jugera nécessaire pour la subsistance et soulagement des pauvres malades». L'équipe pluridisciplinaire est presque née...! Dès 1859, l'École de La Source donne son enseignement à domicile, et un Comité est fondé en 1861 à Lausanne «pour venir en aide aux familles et aux malades lorsque le mal dont ils souffrent représente quelque gravité ou va se prolongeant».

Il y a trois ou quatre décennies, la pénurie des lits d'hôpitaux d'alors, comme des établissements médico-sociaux, fait prendre conscience qu'une organisation cohérente et organisée de soutien à domicile va préserver non seulement le confort et la liberté des bénéficiaires, mais encore coûter moins cher que de les héberger. C'est l'ère de l'infirmière de santé publique, à l'aise dans les soins aussi bien qu'en matière de prévention ou d'action sociale, qui va donner ses lettres de noblesse à cette institution. Peu à peu cependant, ce concept de maintien à domicile va évoluer et apparaître non plus seulement comme une alternative possible à l'hébergement, mais bien comme une ré-

ponse obligée aux problèmes posés à la collectivité par l'économie de la santé, qu'ils soient liés à l'évolution démographique du grand âge comme à d'autres situations plus aiguës, ou qui imposent une aide à la fin d'une vie.

C'est ainsi que, dans le contexte de ce réseau de soins existants, s'élabore depuis une ou deux décennies l'idée d'une vraie «hospitalisation à domicile», qui trouve ses raisons, sa nécessité et son assise de plusieurs parts, montrant les éléments de sa pertinence par maints côtés: humain, médical, économique, et donc politique. En regard du «maintien à domicile», aussi bien organisé qu'il l'est dans notre canton, quelle

différence établir avec «l'hospitalisation à domicile»? N'est-ce pas là pure affaire de sémantique, propre à mettre, par l'expérience qui s'annonce, du nouveau là où il n'y en a pas? Il est vrai que beaucoup d'entre nous estiment pratiquer une forme de soins à domicile tout à fait pleine et satisfaisante, répondant à l'essentiel des besoins du secteur ouvert. Et pourtant, l'étude pilote qui prend forme maintenant va bien au-delà, en mettant l'action sur la notion justement «d'hospitalisation» à domicile, qui doit être une vraie alternative à l'hospitalisation traditionnelle, avec ce qu'elle comporte d'exigence, de compétence, de technique et de sé-



curité. Si les structures sont rendues adéquates, et si les situations concernées le permettent – elles seront peu nombreuses au départ – l'alternative devra rester un choix: celui du malade d'abord, comme aussi de sa famille. Et puis, il est toujours temps de redire, avec le philosophe Michel Foucault, que «le lieu naturel de la maladie, c'est le lieu naturel de la vie – la famille: douceur des soins spontanés, témoignage de l'attachement, désir commun de la guérison, tout entre en complicité pour aider la nature qui lutte contre le mal, et laisser le mal lui-même se déployer dans sa vérité».

Au-delà, ou à cause des contraintes pratiques et quotidiennes que va nous imposer ce nouvel élément du système de soins, la préoccupation, donc l'intérêt pédagogique à tous les niveaux, n'est pas le moindre corollaire de cette évolution; d'autres, plus qualifiés, en parleront ici. En effet, cette pratique interdisciplinaire est bien plus importante qu'il ne peut y paraître: elle transforme et fait évoluer non seulement les professions et leurs rapports entre elles, mais aussi toute une part de vie et de culture de notre société. Il faut bien s'en rendre compte: elle marque une prise de responsabilité particulière de chacun, des bénéficiaires du système certes, mais aussi et surtout de leurs familles et de la communauté. Il faut être conscient du fait que les années qui viennent seront marquées partout par des concurrences de plus en plus prononcées dans tous les domaines, et cela aussi bien parmi ceux qui sont en charge des questions et des pratiques de la santé. C'est à nous d'y répondre avec efficacité et souplesse. Pour finir, comme le dit encore Michel Foucault dans *Naissance de la Clinique*: «Ce qui compte, dans les choses dites par les hommes, ce n'est pas tellement ce qu'ils auraient pensé en deçà ou au-delà d'elles, mais ce qui d'entrée de jeu les systématisait, les rendant, pour le reste du temps, indéfiniment accessibles à de nouveaux discours et ouvertes à la tâche de les transformer.»

Dr Claude Willa

Erratum

Dans l'article consacré aux Règles de procédure entre la SVM et la Société vaudoise de pharmacie à propos de la prescription des médicaments génériques, paru dans le *Courrier du Médecin vaudois* n° 1/97, il fallait lire au premier paragraphe:

«Faisant suite... le comité de la SVM et le comité de la Société vaudoise de pharmacie proposent aujourd'hui à leurs membres...

Avec nos excuses.

Hospitalisation à domicile (HAD)

«Hôpital sans murs»

L'HAD ailleurs

L'hospitalisation à domicile (HAD), aussi appelée «Hôpital sans murs», prend son origine aux Etats-Unis vers 1945, les premiers programmes étant motivés par l'engorgement des services hospitaliers. Aujourd'hui, l'HAD est une filière de soins offerte dans de nombreux pays (Etats-Unis, Canada, France), partant de l'hypothèse que certains patients admis à l'hôpital pour des soins aigus peuvent être hospitalisés à domicile avec la même garantie de sécurité et de qualité de soins. Il est difficile de donner une description générale de l'HAD, difficulté liée, d'une part, au contexte sanitaire et politique peu comparable d'un pays à l'autre et, d'autre part, à la confusion de l'HAD avec d'autres structures de soins extrahospitaliers telles que le maintien à domicile. L'apparition de nouveaux médicaments et de moyens techniques plus performants permettant de plus en plus de traitements ambulatoires compliquent, par ailleurs, l'évaluation des situations de prise en charge en HAD dans le passé.

Le contexte vaudois

Alors que l'HAD a souvent été créée dans le contexte d'une pénurie de lits hospitaliers, le programme vaudois se développe dans un environnement sanitaire différent. Sous la pression économique, on assiste depuis quelques années à un changement profond du paysage sanitaire, tant au niveau hospitalier que communautaire. La durée du séjour hospitalier ne cesse de diminuer, résultant en une abondance de lits d'hôpitaux de soins aigus. Parallèlement, les médecins traitants et les structures de maintien à domicile sont sollicités pour la prise en charge de patients quittant l'hôpital de soins aigus au terme d'un séjour de durée réduite, nécessitant souvent des soins d'un niveau élevé d'intensité et de technicité. Dans ce contexte de recul de l'hospitalisation au profit de prises en charge dans la communauté, des considérations relatives à la qualité des soins ont été le premier motif de l'intérêt porté à l'hospitalisation à domicile.

Cette évolution sur le plan sanitaire va de pair avec un changement profond du rapport médecin-malade avec l'émergence de patients devenus des

Les buts de l'HAD

1. Améliorer la qualité de vie des patients qui souhaitent être traités à domicile.
2. Assurer la continuité et la qualité des soins en utilisant au mieux le réseau sanitaire.
3. Diminuer les coûts de l'hospitalisation.

partenaires demandant à être informés, capables de manifester des préférences et de faire des choix.

Le modèle HAD vaudois s'inscrit dans ce paysage en pleine mutation: centré sur le patient, il offre une nouvelle filière de traitement aux malades qui souhaitent être traités à la maison avec les mêmes garanties de sécurité et de qualité qu'à l'hôpital traditionnel. Ouvert sur la communauté, le projet vaudois favorise une collaboration étroite entre l'hôpital et les structures sanitaires extra-hospitalières et offre de ce fait une plate-forme unique de formation et de perfectionnement continu pour tous les acteurs du réseau sanitaire.

Le projet HAD du canton de Vaud

L'expérimentation HAD du canton de Vaud relève d'une décision politique. Le Conseil d'Etat a admis la nécessité d'une phase d'expérimentation pour accompagner l'implantation de cette filière de soins dans le réseau sanitaire vaudois. Le 24 janvier 1996, il a libéré les moyens nécessaires à la conduite de l'expérience, soit 1,65 millions.

Trois sites pilotes ont été retenus: Lausanne, Morges et Yverdon. L'HAD s'inscrira dans le réseau existant tout en le complétant. Au cours de la pre-

Le modèle HAD vaudois

- se base sur des structures sanitaires existantes: Hôpital – Médecins traitants – CMS/BOUM;
- favorise la collaboration entre l'hôpital et la communauté;
- offre une plate-forme unique de formation continue pour tous les acteurs du réseau sanitaire.

Les conditions *sine-qua-non*

- le patient,
- son entourage et
- le médecin traitant sont d'accord pour l'HAD.

mière année de fonctionnement, les trois sites devraient se répartir un effectif de 500 à 1000 patients correspondant à l'occupation d'environ 30 lits au total pour un coût estimé à 370 francs par jour.

Les institutions qui participeront à l'expérimentation ne seront en aucun cas pénalisées. Elles bénéficieront au contraire de l'expérience acquise pour diversifier à temps leur offre en soins. Les prestations fournies durant l'expérience leur seront remboursées à partir d'un fonds prévu à cet effet et géré par la Centrale d'encaissement des établissements sanitaires vaudois. Les prestations seront facturées selon le tarif en vigueur, reconues au titre de l'assurance de base. Il en va de même des patients, pour qui une hospitalisation à domicile n'entraînera aucune charge supplémentaire.

L'évaluation médicale de l'expérience est placée sous la responsabilité de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive (IUMSP). L'analyse économique dépend de la direction du projet. Trois objectifs sont visés:

1. Vérifier la faisabilité de l'HAD dans le réseau sanitaire vaudois. En déterminer le potentiel et acquérir le savoir-faire nécessaire.
2. Vérifier que la qualité des soins et du service, ainsi que la satisfaction des patients sont au moins comparables aux niveaux atteints en hôpital.

Comité de pilotage du projet HAD

Organe désigné par le Conseil d'Etat pour prendre la direction politique du projet HAD (décision de mars 1996).

- M. René PERDRIX, Préfet, Président
 M^{me} Ursula AUBRY, Association des cliniques privées
 M^{me} Valérie BINAME, Association suisse des infirmières
 D^r Pierre CHRISTELER, GHRV
 Professeur Pierre DE GRANDI, CHUV
 M^{me} Babette HUNENBERGER, Organisation suisse des patients
 D^{resse} Claire JAUSSE, GMGV
 M. Charles KLEIBER, Service des Hospices cantonaux
 Professeur Alain PECOUD, Comité de la SVM
 M. Daniel PETITMERMET, SVM
 M. Jean-Jacques ROCH, Préfet, zone sanitaire Morges-Aubonne
 M. Jean-Claude ROCHAT, OMSV
 M. Henri ROTHEN, GHRV
 M. Bernard RUEF, Fédération vaudoise des caisses maladie
 M. Gérald TINTURIER, Service de santé publique
 D^r Claude WILLA, ALSMAD



Se faire hospitaliser à domicile... - Mode d'emploi

Monsieur K, 70 ans, est adressé aux urgences de médecine par son médecin traitant pour un état hautement fébrile accompagné d'une toux et d'une dyspnée au repos. Ancien fumeur, il souffre d'un BPCO sévère de longue date. L'examen clinique et les examens paracliniques permettent de poser le diagnostic d'une broncho-pneumonie basale droite chez un patient avec BPCO sévère. Une antibiothérapie iv est débutée.

Le médecin hospitalier appelle l'équipe de coordination HAD. M. K. et son épouse, ainsi que le médecin traitant, sont informés des conditions de l'HAD et souhaitent cette prise en charge. Le médecin traitant est d'accord de prendre la responsabilité du séjour HAD de son patient et accepte le cadre de prise en charge proposé. M. K. retourne à domicile après 24 heures à l'hôpital avec un traitement d'antibiotiques iv, d'aérosols et de physiothérapie respiratoire. Durant les premiers jours, le médecin passe quotidiennement voir son patient, l'infirmière du CMS trois fois par jour et la physiothérapeute une fois par jour. L'évolution est lentement favorable et, à partir du quatrième jour, le nombre de visites peut être diminué. L'HAD prend fin après huit jours de prise en charge.

3. Déterminer dans quelles conditions le coût de l'HAD est inférieur à celui d'une hospitalisation classique.

Les comparaisons, par catégorie de traitements, seront fondées sur l'observation d'un groupe témoin de patients hospitalisés.

La première étape de l'expérimentation s'achèvera fin 1998 par un rapport au Conseil d'Etat, lui permettant de prendre la décision de développer l'HAD, d'y renoncer ou, le cas échéant, de prolonger l'expérimentation.

Adresses des auteurs:
 Bernard Bachelard, directeur du projet HAD, Service de santé publique,
 D^{resse} Hedi Decrey, médecin associée,
 Polyclinique médicale universitaire.



Bioréac sa

Programme de vente très complet:

- Matériel médical et de laboratoire
- Désinfectants
- Appareils médicaux
- Réactifs pour analyses médicales
- Bandelettes et divers Tests pour diagnostic
- Equipement de laboratoire

Distribution des produits de:

Amelung - Ames - Assistent - Bayer - B. Braun (SSC) - Becton Dickinson - Biomérieux - Boehringer - Boso - Coulter - Dade - Erka - Heine - Henkel - Hettich - Hoffmann la Roche - Mölnlicke - Hostess - IVF - KaWe - Dr. Lange - 3 M - Medicon - Merck - Olympus - Riele - Riester - S+K - Socorex - Tela - etc.

- Service des commandes

Tél. 021/617 74 26-27 Fax 021/616 68 85

- Installation, service après vente, salle de cours

Tél. 021/617 98 43

Bd de Grancy 35, case postale - 1001 Lausanne

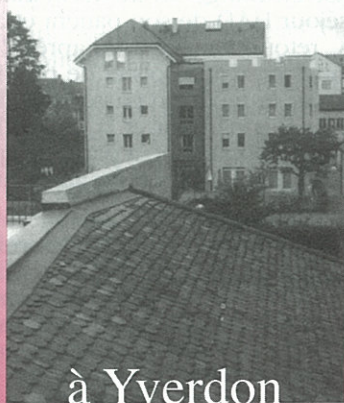


«Nous avons réuni
les conditions
qui permettent de prolonger
votre bien-être et de vous
sentir chez vous»



en Bourgogne

La Résidence des Jardins de l'Arroux est un lieu de vie conçu avec soin, à quelques minutes de Bibracte, l'ancienne capitale des Gaules et du parc du Morvan.



à Yverdon

La Résidence des Jardins de la Plaine, située au cœur de la cité thermale, offre le calme et la sécurité tout en restant en contact avec la vie collective.

LES RÉSIDENCES DES JARDINS

**Accueil
Confort
Sécurité**



à Lausanne

La Résidence du Parc de Valency est située dans un quartier particulièrement calme. La proximité des transports publics permet l'autonomie et l'accès facile au centre-ville.

- Courts séjours
de type C (conventionnés)
- Longs séjours
- Vacances
- UAT
(Unité d'Accueil Temporaire)
- Appartements
et studios
protégés
- Urgences.

N'hésitez pas
à contacter :

Madame
Renée Guisan

(024) 426 10 56

Fondation JPL
14b Rue Haldimand
1400 Yverdon-les-Bains

Hospitalisation à domicile: Le point de vue du CHUV

Introduction

Le but de cet article consiste à définir les caractéristiques et le mode d'identification des patients pouvant bénéficier de l'hospitalisation à domicile (HAD) ainsi que le rôle des différents intervenants à l'hôpital et au domicile du patient, cela sur le site lausannois.

La description faite ci-dessous sera applicable dans les grandes lignes dès le 1^{er} juillet 1997. Cependant, plusieurs éléments pratiques sont encore en discussion et restent à préciser.

Organisation

Les patients admis dans le programme HAD seront des patients pour qui une hospitalisation en lit aigu est requise. Il s'agit donc de lits A uniquement. Il importe de faire la différence avec le maintien à domicile. Il est vrai, par ailleurs, que la plupart des médecins installés ont eu l'occasion de pratiquer ici ou là l'HAD. L'avantage de l'expérimentation vaudoise est d'offrir l'infrastructure nécessaire ainsi qu'un cadre officiel d'évaluation. Dans un premier temps, les patients seront recrutés dans le Département de médecine interne (urgences, division de lits). Les pathologies retenues seront prioritairement les infections broncho-pulmonaires, les décompensations cardiaques et les thromboses veineuses profondes des membres inférieurs, ainsi que les antibiothérapies intraveineuses au long court (dermihypodermes, etc.). D'autres pathologies seront concernées dans un deuxième temps.

Pour chacune des pathologies identifiées, un protocole de prise en charge est établi consensuellement entre médecins hospitaliers responsables de l'HAD et médecins praticiens. Outre les critères d'éligibilité et d'exclusion, le protocole définit: les indications à l'hospitalisation, les critères de fin d'hospitalisation, les critères de réadmission en milieu hospitalier, le bilan médical initial nécessaire, le cadre thérapeutique, les critères de surveillance médicale et infirmière, ces derniers points restant des propositions tout à fait souples, puisqu'ils sont tributaires, entre autres, de l'évolution clinique.

Conditions requises d'accès au programme HAD

- L'accès au programme HAD nécessite un triple accord: celui du patient, de son entourage et du médecin traitant.
- Le rôle de l'entourage est à définir de cas en cas pour offrir un encadrement adéquat (selon la pathologie en cause, le niveau d'autonomie, l'âge du patient).
- Le médecin traitant qui accepte le programme HAD suivra son patient à domicile ou alors déléguera ce travail à l'équipe HAD hospitalière.
- Le patient doit être domicilié dans la zone sanitaire desservie par l'hôpital.

- Le domicile du patient doit être adapté à la prise en charge (conditions d'hygiène, téléphone, accessibilité).

Critères d'exclusion au programme HAD

- Critères de gravité liés à la pathologie nécessitant une surveillance en milieu de soins intensifs ou continus, ou nécessitant des interventions médicales et/ou infirmières répétées (par exemple: instabilités hémodynamique, hypoxémie sévère, importante tachypnée, troubles du rythme, angor, perturbation sévère de la formule sanguine ou du ionogramme, etc.).



La nifédipine sous forme actualisée: Cardipin 40 CR

Des études rétrospectives sur la mortalité des patients sous antagonistes du calcium ont jeté le doute, ces derniers mois, sur la valeur de la nifédipine dans le traitement des problèmes cardiovasculaires.

Différences de jugement: à quoi tiennent-elles?

Il ressort d'un examen plus approfondi de la méta-analyse de Furberg et de ses collaborateurs, discutée jusqu'à satiété, qu'à différents égards, les cas considérés ne correspondaient pas à l'usage en Suisse.

Indication: Des patients ont été inclus dans l'étude, qui ne correspondaient pas aux indications autorisées.

Posologie: Il a été établi que les effets indésirables étaient produits par des doses de 80 mg par jour et plus.

Forme galénique: Les nouvelles formes retard de la nifédipine, qui se distinguent des produits plus anciens par leurs caractéristiques pharmacocinétiques et hémodynamiques, ne sont pas prises en considération. Evaluation: On a pris comme base de calcul la mortalité totale et non la mortalité cardiaque.

La nifédipine - les bonnes indications

Selon une proposition de traitement différencié, les principales indications des antagonistes du calcium sont l'hypertension et l'angine de poitrine stable ou vasospastique. Dans l'angine instable, ils devraient être employés tout au plus après un traitement aux bêtabloquants, mais ils sont à éviter en cas d'infarctus aigu du myocarde.

La bonne durée d'action

Des traitements à courte durée d'action à base de dihydropyridine peuvent entraîner une baisse trop rapide de la pression artérielle, avec des fluctuations marquées «peak-to-trough» et tous les phénomènes qui y sont associés: hypotension symptomatique, tachycardie réflexive et stimulation plus forte du sympathique. C'est pourquoi il conviendrait d'éviter les formes d'antagonistes du calcium à courte durée d'action. En revanche, les formes plus récentes à libération lente n'ont guère d'effet



sur la fréquence cardiaque (1,5). De même, la stimulation du sympathique est moins marquée qu'avec les produits à demi-vie courte. **Les formes CR sont donc des médicaments totalement nouveaux.**

Grâce à sa forme novatrice de comprimé matriciel hydrocolloïdal, Cardipin 40 CR atteint des taux plasmatiques efficaces sur 24 heures, sans aboutir «at trough» à une élévation de la fréquence cardiaque.

Le bon dosage

Les effets indésirables de la nifédipine dans les méta-analyses américaines s'expliquent entre autres par les doses élevées choisies (80 mg de nifédipine par jour) qui ne jouent sans doute pas un rôle négligeable. En revanche, les effets secondaires correspondant aux posologies habituelles ne se distinguent pas de ceux observés sur le groupe témoin! Cardipin 40 CR permet d'avoir en une seule prise la dose quotidienne habituelle de 40 mg et peut donc se substituer au schéma, aujourd'hui dépassé, de 2 x 20 mg retard: c'est le produit à **libération constante (Constant Release) en une dose logique.**

Cardipin 40 CR, novateur et économique

Plus la durée du traitement est longue, plus l'économie devient sensible. Le remplacement de 2 x 20 mg de nifédipine retard par 1 x Cardipin 40 CR fait économiser aux caisses maladie plus de Fr. 200.- par patient et par année!

Les deux présentations (30 et 100 comprimés matriciels) sont assorties de marges plus élevées, comme le prévoit la réglementation relative aux génériques, et seront admises par les caisses à partir du 15 mars 1997.

Vous pouvez obtenir un complément d'information auprès du Département médico-scientifique de Spirig SA, 4622 Egerkingen (tél. 062/398 24 61, fax: 062/398 20 23, courrier électronique: Spirig@popnet.ch).

Moi, j'humidifie la peau sèche

Excipial® U Hydro lotion

hydrate grâce à l'urée

pauvre en lipides
émulsion de type huile dans eau
cosmétiquement élégante
peut s'utiliser aussi comme
lotion de jour

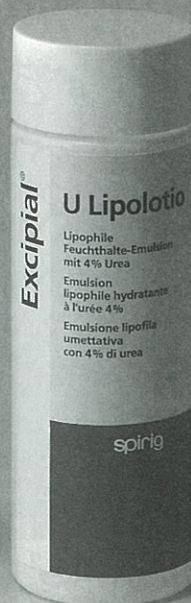


Moi, je nourris la peau très sèche et la garde humide

Excipial® U Lipolotion

hydrate grâce à l'urée et au véhicule occlusif

riche en lipides
émulsion de type eau dans huile
efficacité de longue durée
peut s'utiliser aussi comme
lotion de nuit



si semblables - si différentes

* admis par les caisses

spirig

Spirig SA
4622 Egerkingen

Ces éléments sont détaillés dans chacun des protocoles de prise en charge.

- Présence d'une pathologie associée nécessitant des investigations et/ou traitements en lit A.
- Instabilité psychologique telle que toxico- ou alcoolodépendance, démence avancée, décompensation psychiatrique, etc.

Sur le plan pratique

Pour avoir accès au programme HAD, un patient doit d'abord être admis à l'hôpital, où un bilan médical doit être fait dans l'optique d'un diagnostic clair. L'accessibilité au programme HAD peut avoir lieu après quelques heures, mais aussi après quelques jours d'hospitalisation, si des critères d'exclusion présents à l'entrée ont disparu en cours de séjour.

Une équipe hospitalière de coordination, composée d'un médecin et d'une infirmière de liaison, évalue quotidiennement les patients éligibles aux urgences de médecine et dans les divisions de lits de médecine. Leur rôle consiste à solliciter l'accord du médecin traitant, à vérifier les critères d'inclusion et d'exclusion médico-sociaux, à présenter le programme HAD aux patients et à son entourage.

Chaque patient éligible pour l'HAD et ayant donné son consentement, quitte l'hôpital avec un dossier médical, un dossier infirmier, un protocole de prise en charge ainsi que le traitement proposé. L'organisation, sur le plan infirmier et social, est gérée par l'infirmière de liaison HAD avec le Centre médico-social (CMS) qui est en charge du patient. Les modalités du suivi médical proposées par les protocoles de prise en charge sont discutées de cas en cas par le médecin hospitalier HAD et le médecin traitant. Au cas où le médecin traitant délègue son rôle, un médecin hospitalier de l'équipe HAD (probablement un assistant aîné) jouera le rôle du médecin

traitant à domicile et sera supervisé quotidiennement par le médecin-cadre hospitalier HAD.

A domicile, la prise en charge est fixée par le médecin traitant qui règle la fréquence des visites infirmières et médicales, les adaptations thérapeutiques et les éventuels examens de laboratoire à effectuer. Les modalités de prise en charge proposées par les protocoles servent de cadre de référence. Une collaboration étroite et régulière entre le médecin traitant et l'équipe de coordination HAD est indispensable. La décision de réhospitaliser un patient ou de mettre fin à l'HAD est prise par le médecin traitant, d'entente avec l'équipe de coordination HAD.

Selon les situations, dans les cas les plus lourds, une prise en charge HAD peut représenter plusieurs visites médicales et infirmières par jour, de la physiothérapie respiratoire, avec comme traitement de l'oxygène en

continu, des aérosols et des médicaments par voie intraveineuse.

Conclusion

Le programme HAD offre une alternative intéressante pour un certain nombre de patients.

Deux éléments sont absolument nécessaires pour assurer le succès de l'HAD:

1. Le niveau de sécurité devra être le même que celui de l'hôpital en terme d'évolution de l'état de santé.
2. La collaboration étroite entre tous les intervenants est impérative pour assurer la qualité de la prise en charge et le niveau de compétences nécessaires.

Département de médecine interne

Division d'évaluation et de coordination des soins, CHUV,

Dr Yersin, PD, Médecin chef

Dr O. Lamy,

Chef de clinique adjoint

Jeudi de la Vaudoise

29 mai 1997, Auditoire César-Roux, CHUV

SIDA et société: Pour une approche coordonnée

Organisation: Professeur Alain Pécoud, PMU

Dr Jean Martin, privat-docent, médecin cantonal

M. Ilario Rossi, anthropologue PMU

9 h.-10 h. 30

Séance plénière, Auditoire César-Roux

Le VIH/SIDA: la situation mondiale et la lutte contre l'épidémie

Professeur Peter Piot, «Joint United Nations Program on HIV/AIDS»

Regards anthropologiques sur le SIDA

Professeur Jean Benoît, Université d'Aix-Marseille

Prévention VIH au cabinet médical: introduction aux séminaires interactifs

Dr Marco Vannotti, MER, PMU

10 h. 30-11 heures

Pause

11 heures-12 h. 30

Séminaires interactifs: à l'aide d'enregistrements vidéo, sensibilisation à la prévention VIH, entraînement à l'anamnèse sexuelle, gestion des émotions, prise en compte du contexte relationnel et social.

Cette matinée sera suivie, dans l'après-midi, par dix ateliers thématiques parallèles sur le sujet «SIDA et Société», modérés par des médecins et/ou autres professionnels de la santé impliqués dans ce domaine. Une pièce de théâtre sur le thème de la prévention clôturera la journée (renseignements pour l'après-midi: SVM, tél. 021/652 99 12).

Ce «Jeudi» est soutenu par la firme MSD.

ASSISTANTE SECRÉTAIRE MÉDICALE

Avec plus de 10 ans d'expérience en médecine interne et pneumologie, recherche poste à plein temps ou 80%.

Disponible de suite ou à convenir, Lausanne ou environs.

Jane-Andrée CHOLLET,
ch. de Villardin 8,
1004 Lausanne,
tél. 021/648 78 57 (matin + soir).

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM

D^r Daniel Laufer, président
D^r Didier Morin, vice-président
D^r Jean-Marc Mermoud, secrétaire
Professeur Jean-Jacques Goy
Professeur Alain Péroud
D^r Charles Racine
D^r Patrick Rosselet
D^r Pierre Vallon
D^r Dominique Vaucher

Secrétaire général

Daniel Petitmermet, lic. ès lettres

Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1, Case postale 76
1010 Lausanne 10
Tél. 021/652 99 12
(8 h 30 - 12 heures) - (13 h 30 - 17 h 30)
CCP Lausanne 10-1500-5
Fax 021/652 32 21
e mail: SecGen.SVM
@com.mcnet.ch

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

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

Administration et rédaction

Case postale 76, 1010 Lausanne 10

Régie des annonces

Suisse romande:
Editions de la Tour Lausanne SA
Case postale 75
1052 Le Mont-sur-Lausanne
Tél. 021/652 99 41 - Fax 021/652 98 16

Réalisation

Editions de la Tour Lausanne SA

HAD à Morges et à Yverdon

L'organisation du programme HAD dans les zones pilotes de Morges et Yverdon sera en gros semblable à celle de Lausanne, à part quelques différences liées au nombre plus réduit de médecins pratiquants et hospitaliers. L'inclusion des premiers patients commencera en juillet 1997 après une période d'évaluation du nombre de cas susceptibles d'entrer dans le programme et après la mise en place des structures nécessaires.

Un des buts de cette phase d'expérimentation est de tester si les résultats seront comparables (ou supérieurs?) à ceux d'une hospitalisation réelle en termes de succès thérapeutiques objectifs et en termes de satisfaction des patients. Ces points étant établis, il restera à estimer si les coûts de fonctionnement en mode réel d'une telle structure seraient inférieurs aux coûts hospitaliers calculés pour des pathologies similaires.

Pour obtenir des réponses fiables à ces questions, le suivi des malades devra se faire de façon relativement standard, selon des «guidelines» précises qui sont en train d'être mises au point et seront appliquées dans les trois zones pilotes, aussi bien à l'hôpital qu'en HAD. La notion de sécurité sera prioritaire, les critères d'inclusion et d'exclusion strictement définis. L'organisation en place devra assurer que toute complication, de jour comme de nuit, la semaine comme le week-end, sera prise en charge rapidement sur les lieux mêmes ou par un retransfert rapide à l'hôpital. La prise en charge des urgences survenant en HAD est encore en phase d'organisation avec les médecins-praticiens des régions de Morges et d'Yverdon.

Durant cette phase expérimentale, il n'y aura pas de mise en HAD directement à partir du domicile: le patient devra obligatoirement passer par l'hôpital, même pour une courte période. Un praticien désirant mettre son malade dans le programme devra donc l'envoyer d'abord à l'hôpital. A ce niveau se trouvera un médecin coordinateur et une infirmière de liaison. L'HAD reposera sur les structures existantes de soins extra-hospitaliers: les médecins-traitants et les CMS. En outre, il disposera de la collaboration de professionnels spécialisés ayant des compétences non représentés

parmi les CMS, par exemple des physiothérapeutes.

En pratique, c'est au niveau des urgences ou à l'étage de médecine que les patients seront sélectionnés. Une équipe de coordination (médecin et infirmière) vérifiera les critères d'admission et d'exclusion, et la faisabilité liée à l'environnement du patient. Ce dernier et son entourage recevront une information complète. S'ils acceptent de participer, l'équipe demandera l'accord du médecin traitant et lui proposera de prendre la responsabilité médicale durant le séjour en HAD. Si le médecin traitant est d'accord, il rencontrera l'équipe de coordination pour la transmission du cas et les informations concernant le protocole de prise en charge. Il s'engage ainsi à faire au moins une visite journalière, parfois davantage, dont la rémunération est encore à l'étude. S'il ne veut ou ne peut pas assumer lui-même cette charge, il peut désigner un médecin remplaçant s'il le désire. Le médecin hospitalier pourra éventuellement occuper ce rôle pour quelque cas, mais cette solution devrait rester exceptionnelle dans les zones de Morges et Yverdon, car il n'y aura pas d'assistants consacrés à des visites à domicile. Si le médecin-traitant refuse la mise en HAD, le patient sera hospitalisé de façon standard. La durée de l'HAD sera estimée par avance en début de séjour et figurera dans le protocole de prise en charge. Cette durée sera raccourcie ou prolongée selon l'évolution, en fonction des demandes du patient, de l'équipe soignante ou du médecin.

Il s'agit d'un projet dont les modalités pratiques d'application sont donc actuellement bien avancées, bien que non encore complètement finalisées. Ce projet promet d'être intéressant pour les médecins praticiens qui voient ainsi l'occasion de prendre en charge plus complètement certaines pathologies, après qu'elles aient été «débrouillées» à l'hôpital. Le bénéfice économique reste à prouver, mais une catégorie de patients et de médecins traitants pourraient apprécier cette forme de prise en charge qui évite au maximum l'hospitalisation en soins aigus.

*D^r J.-D. Baumgartner,
pour la zone pilote de Morges
D^r A. Cometta,
pour la zone pilote d'Yverdon*

Billet présidentiel

Comité SVM, tour d'horizon 1996

Le médecin vaudois, hier et aujourd'hui

Hier, l'étudiant en médecine avait quatre chances sur cinq de réussir ses études. A l'installation, son cabinet tournait en peu de temps, les relations confraternelles étaient facilitées par un système de santé en pleine expansion, sans aucune limite. Sa pratique était libre, sans obligation de formation continue, quasi sans contrôles.

Aujourd'hui, quatre étudiants sur cinq échouent au premier propédeutique, sur la base de connaissances en physique, chimie et biologie. Cette forme de *numerus clausus* s'exerce quasi exclusivement sur des connaissances non médicales. S'il arrive au terme de ses études, l'étudiant sera limité dans le choix des spécialités. Faire chirurgie, gynécologie, ORL, aujourd'hui, est un parcours de combattant aussi astreignant qu'une primaire d'élection présidentielle américaine. Avec un FMH en poche, le choix du lieu d'installation devient de plus en plus difficile, et les revenus des premières années de plus en plus aléatoires. Il est aujourd'hui établi que la pléthore de médecins est l'une des premières causes des coûts vertigineux de notre système de santé. S'il veut nourrir sa famille, notre jeune médecin s'inscrit à plusieurs réseaux et accepte ainsi de substantielles transformations des relations médecin-malade. Ses notes d'honoraires sont passées au peigne fin, il est réprimandé s'il voit ses patients trop longuement, trop souvent ou s'il prescrit trop de médicaments.

Le monde sanitaire vaudois, hier et aujourd'hui

Hier: Les relations entre l'état, les médecins, les caisses maladie et les patients voguaient allègrement sur l'expansion. L'état construisait ses cathédrales de santé, hôpitaux universitaires, multipliant chacun les prestations les plus coûteuses; les autres hôpitaux du canton résistent difficilement à la concurrence de ces monstres de technologie. Les cliniques privées multipliaient elles aussi les lits et les prestations. Les caisses maladie, ravies de voir

leur chiffre d'affaire gonfler, ne contrôlaient guère la qualité économique des traitements. Le patient suivait, et consommait de la santé, ignorant totalement le coût véritable de cette dernière.

Aujourd'hui, la LAMal introduit la concurrence, modifie le mode de paiement. Le consommateur subit le coût réel des soins. L'état, en déficit budgétaire chronique, impose des économies drastiques aux hôpitaux. Il refuse encore et toujours toute forme réfléchie de *numerus clausus*.

Les caisses maladie présentent des primes incompréhensibles, en augmentation constante, sans réelles relations avec les variations des coûts de santé. Le médecin qui, traditionnellement, était affublé de tous les maux, se retrouve en deuxième position dans le box des accusés, derrière certaines caisses maladie. Par des structures type HMO, nous voyons ces caisses s'engager dans un contrôle de prestataires de soins, avec le risque d'occuper un jour une position de trust, alors qu'à l'opposé, des groupes de prestataires de soins se lancent dans la création de caisses maladie.

Ces nouvelles formes de relations médecin-malade-assureur se font sur la base de pressions purement financières, sans réelles concertations, sans inclure le patient dans l'élaboration de ces modèles de soins.

Et votre société cantonale, dans tout cela?

Le Comité vogue entre les critiques du type «mais que diable peuvent-ils bien faire?» et les menaces de poursuites judiciaires pour des prises de position jugées trop énergiques. Son action est limitée par les réformes en cours (FMH, LAMal), son efficacité réduite par le caractère milicien des membres du comité et du président. Pourtant, au milieu de ce que l'on peut décrire comme un univers chaotique, le rôle de la SVM, lieu de forum d'idées, lieu d'arbitrage entre confrères, entre patient et médecin, entre caisse maladie et médecin reste plus important que jamais. Enfin, lieu de représentation et de défense des intérêts des

membres face aux autorités cantonales, aux caisses maladie.

FORUM: Face aux pressions des caisses maladie, face au développement des médecines dites douces ou alternatives, il est vital pour le corps médical de garder une réflexion commune, une philosophie et une doctrine médicale cohérentes.

L'introduction de HMO et des réseaux va modifier la relation médecin-malade. Négocier en ordre dispersé ces nouvelles approches, sous la pression purement financière des caisses, serait une erreur. Nous y perdriions notre culture humaniste et la qualité actuelle de nos soins. Cette réflexion doit être commune et ne doit exclure ni la réflexion ni l'initiative personnelle. Il appartient au comité de la SVM de faire la synthèse de ces initiatives et d'en proposer un commentaire, voire de les critiquer si nécessaire.

Les travaux en cours de la COM-DYN, retardés un instant par les modifications de structures discutées à la FMH, vont améliorer les échanges entre médecins, donnant plus de poids aux groupes régionaux et aux groupements de spécialistes. Dans un même esprit, la mise en place des programmes de formation continue obligera chacun d'entre nous à fréquenter davantage son confrère. La CPAP, ainsi que la Commission réseau qui lui est liée, doit rester une référence, un lieu de débat privilégié, ouvert sur les initiatives particulières.

ARBITRAGE: Les patients, qui paient de lourdes primes d'assurance, sont choqués par certains revenus médicaux prohibitifs. Ils oublient alors la majorité des confrères dont le revenu est modeste, surtout lorsqu'il est rapporté aux heures de travail effectives. Les travaux des commissions de modération des honoraires sont hautement ingrats, ces interventions toujours mal vécues par ceux d'entre nous qui surestiment la valeur de leurs prestations. La multiplication des modes de facturation introduite par les réseaux rendra ce travail encore plus fastidieux. Même si une partie des conflits est réglée à l'intérieur des commissions paritaires propres aux réseaux, la SVM restera l'organe de recours, et le Code

de déontologie FMH la référence juridique unique.

Le tarif GRAT, dont l'introduction est imminente, doit corriger partiellement les inégalités de revenu. Souvenons-nous cependant qu'il est toujours plus facile de voir ses prestations réévaluées à la hausse que de subir une diminution de revenu.

REPRÉSENTATION: Comment épargner sans créer de médecine à deux vitesses: quelles sont les prestations superflues, le libre choix du médecin traitant doit-il être garanti...? Ces questions n'ont de réponse que médicale. Un contrôle des budgets de santé ne peut être obtenu que par la concertation entre partenaires. Les coupes à la tronçonneuse que proposent unilatéralement l'état et les caisses maladie n'ont que peu d'effet et provoquent beaucoup de frustrations. A l'inverse, les initiatives discutées en commun sont mieux acceptées, plus faciles à transmettre au patient et plus efficaces. La SVM se veut la courroie de transmis-

sion entre le corps médical et les autres partenaires, examinant, supervisant et répercutant les initiatives des groupements.

Mais que fait donc le Comité de la SVM?

En réponse à ceux qui affectionnent cette phrase, voici une liste non exhaustive des activités récentes de la SVM:

Hospitalisation d'un jour: Fruit d'un travail considérable, du Dr Morin en particulier. Elle permet, entre autres, aux chirurgiens travaillant en clinique privée d'avoir accès à des patients sans assurance complémentaire. L'introduction du tarif GRAT, qui ne distingue pas les honoraires privés, corrigera vraisemblablement le manque à gagner introduit par le passage en tarif ambulatoire de ces interventions.

Petit parapluie: Initialement développé par la Commission des médecins travaillant en clinique privée (Dr Ghavami), puis repris par l'ensemble

du secteur privé du canton, le principe du «petit parapluie» devrait préserver le secteur privé d'une mort souvent annoncée.

Formation permanente: Avec la mise en route de la formation permanente des médecins de premier recours ainsi que de la coordination de tous les programmes de formation du canton (Professeur A. Pécoud), nous sommes en accord avec les directives FMH et offrons un catalogue de cours performants.

Comdyn: Longtemps retardée par les réformes de structure FMH, les nouveaux statuts seront proposés et discutés à l'assemblée générale d'automne 1997 (Dr Vallon).

Réseaux: La mise à jour des principes guidant les relations des médecins travaillant dans un réseau a été discutée et acceptée en assemblée générale. La commission réseaux (Dr Mermoud) reste en charge des adaptations à venir.

Assistantes médicales: Mise en route, par deux membres du comité (Prof. Goy et Dr Vaucher), de la nouvelle formation «certificat fédéral de capacité». Les cours d'introduction de cette formation sont solidairement subventionnés par les membres SVM. Les premières apprenties ont entrepris leur première année de cours.

Commission paritaire: Après négociation cordiale mais difficile, le comité a accepté la petite baisse du point spécial, compensée par une revalorisation du point général. L'introduction de ces nouvelles valeurs est soumise à ratification par le Conseil d'Etat.

Commission des médecins du GHRV: Nouvelle grille de rétribution des médecins travaillant au GHRV, entraînant une reconnaissance plus homogène des prestations (Dr Burdet, Dr Scherer).

Conseil de discipline: Publication de certaines sanctions, dans un souci d'efficacité et de transparence. Cette publication est également inscrite dans le nouveau code de déontologie FMH, applicable dès juillet 1997.

*Dr D. Laufer,
Président SVM*

Nomination d'une secrétaire générale adjointe



M^{me} Laurence GENDRET ayant décidé de donner une nouvelle orientation à sa carrière après trois ans d'activité au sein de la SVM, le comité de la SVM a mis au concours un poste de secrétaire général adjoint.

Après une sélection rigoureuse, il a désigné M^{me} Marie Luce DÉLEZ à ce poste. Elle est entrée en fonction au 1^{er} février 1997.

M^{me} Délez est docteur ès sciences économiques et sociales de l'Université de Fribourg. Ayant un intérêt très marqué pour les questions d'assurances sociales, M^{me} Délez a travaillé, dans le secteur privé, dans le cadre de la Compagnie suisse de réassurances et, dans le secteur public, en tant que maître-assistante à l'Université de Fribourg. Le Comité et le Secrétaire général se réjouissent de cette collaboration.

Le Comité tient, finalement, à adresser ses chaleureux remerciements à M^{me} Laurence Gendret pour la manière dont elle a assumé les tâches qui lui ont été confiées dans l'intérêt du corps médical vaudois. Dans un contexte particulièrement difficile, elle n'a ménagé ni son temps ni sa peine pour assister et conseiller les commissions internes de la SVM, le comité et le secrétaire général.

Le Comité de la SVM

25 ans, terminant l'Ecole Blanc en mai, désire trouver place comme

SECRÉTAIRE MÉDICALE

diplômée et expérience en qualité d'aide dentaire (secrétariat et assistance).

Patricia Chervet
Fénix 89
1095 Lutry
Tél. 021/791 50 61, lu. mer. vend. a. m.
ou dès 17 heures.

Opinion

Sommaire état des lieux de la situation des médecins travaillant en cliniques privées

Il y a encore deux ans, 30% des Vaudois possédaient une assurance complémentaire privée ou semi-privée. Depuis la fin 1996, la moitié y aurait renoncé! Les conséquences d'une telle désertion sont sérieuses pour le secteur d'hospitalisation privée.

La recherche de solutions pour la sauvegarde de ce secteur passe obligatoirement par une analyse de la situation.

Avant de décrire l'état des pourparlers avec les partenaires concernés, les différentes données de la situation actuelle sont résumées ci-dessous:

- Les primes de l'assurance de base obligatoire ne cessent d'augmenter depuis plusieurs années. Cette hausse est aggravée par l'application de la LAMal et de ses dispositifs, avec l'élargissement de ses prises en charge, ainsi que la disparition des avantages financiers, non négligeables, des assurances collectives. Dans une période de crise économique, elle pèse de plus en plus lourdement dans le budget des familles. Nombreuses sont celles qui renoncent donc à leur complément privé, qui est la partie non obligatoire des primes.
- Certaines caisses maladie découragent vivement leur patient âgé, à haut risque, de prolonger leur contrat d'assurance complémentaire, soit sous forme de conseils (plutôt de pressions) ou surtout par une augmentation substantielle de leurs primes. D'autres les refusent à des candidats d'âge mûr!
- Ceux qui y renoncent sont des assurés bien portants, les frais seront donc pris en charge par un nombre plus restreint. Il en résulte une augmentation des primes.

Les primes des assurances de base vont vraisemblablement encore augmenter ces prochaines années. Les raisons essentielles pourraient être résumées ainsi:

- a) la technologie médicale, en progrès sensible, améliore les moyens de diagnostic et les possibilités thérapeutiques. Elle constitue l'instrument indispensable mais coûteux de la médecine moderne;
- b) l'évolution de la médecine touche tous les domaines, allant de la génétique jusqu'à la chirurgie, en passant par l'oncologie, l'endocrinologie... La médecine, plus efficace grâce à cette évolution, est bien entendue plus onéreuse;
- c) de ces deux points résulte le vieillissement de la population. Les patients âgés demandent plus de soins et «consomment» plus de médecine.

Une hausse sensible pour 1998 aurait pour conséquence une plus grande défection du secteur privé. Les mesures économiques sont indispensables, mais il faut pouvoir rationaliser les dépenses sans rationnement des soins. La marge de manœuvre est très étroite.

- La baisse du nombre des assurés en privé n'intervenant pas dans la fréquence des maladies, bon nombre d'hospitalisations sont donc transférées du secteur privé dans les services généraux des hôpitaux. Cette augmentation entraînerait une hausse des charges de l'Etat. Une étude récente estime à environ 200 millions de francs par an le coût de ce transfert, si le privé disparaissait.
- Chaque année, le corps médical vaudois est plus important et nous allons vers une saturation des différents secteurs de la médecine. De nombreux jeunes médecins sont actuellement en formation. L'agrégation dans les hôpitaux est réglementée, donc très limitée, la seule alternative qui leur est proposée restant l'installation en milieu privé, à Lausanne, où la densité médicale est bien surchargée. La diminution

des assurés en privé et la pléthore médicale rendent la situation pré-occupante. Elle pourrait bien devenir rapidement grave et explosive.

Redoutant cette situation, la Commission des médecins travaillant en cliniques privées, rebaptisée depuis octobre 1995 «le Groupement des médecins travaillant en cliniques privées», a poursuivi les contacts établis depuis 1992 avec les différents partenaires.

Nous avons organisé de nombreuses réunions, bi- ou tripartites, avec l'AVCP (Association vaudoise des cliniques privées) et les caisses maladie, notamment COSAMA. Malheureusement, nous n'avons pas obtenu le succès escompté. En 1994, 1995 et même au début 1996, notre analyse (décrite ci-dessus) n'était pas partagée par tous nos interlocuteurs.

Notre objectif était, et restera, de rendre le privé attractif. Pas seulement par la qualité de ses soins, son accueil ou son hôtellerie, mais aussi par des primes abordables par le plus grand nombre des assurés. Les statistiques de la Caisse vaudoise montrent qu'en privé le coût médical/cas/jour en 1994 était redescendu au niveau de 1991. Ceci est bien la preuve de l'effort du corps médical dans ce domaine. Mais alors, pourquoi les primes continuent-elles d'augmenter? Voici, entre autres, quelques raisons:

- nous ne sommes pas les seuls responsables des coûts;
- de l'aveu de plusieurs responsables signataires, la Convention vaudoise d'hospitalisation privée a avantagé de nombreux établissements, surtout les plus petits;
- la baisse progressive des assurés en privé.

Le coup de force de COSAMA, à fin 1995, a interrompu pour plusieurs mois les pourparlers constructifs et a engendré la situation telle que tout le monde la connaît.

Les établissements privés ou étatisés ont signé séparément une nouvelle convention avec COSAMA, intitulée «choix limité d'établissement» ou «petit parapluie». Au terme de celle-ci, ils ont concédé une baisse globale de 10 à 15% suivant la taille et la capacité de l'établissement et ils ont admis le principe de financement selon les forfaits par traitement pour une douzaine de situations. En outre, les cliniques ont ouvert leurs salles d'accouchement à «l'obstétrique privée économique».

Dans un esprit constructif et de collaboration, et avec toujours le même souci de contribuer à la baisse des primes des compléments privés, le comité du Groupement des médecins travaillant en cliniques privées a repris ses pourparlers avec COSAMA au mois de juillet 1996 concernant ce nouveau produit d'assurance «petit parapluie», dont le résultat se résume ainsi:

1. Le TUP (tarif à usage privé) serait la base de nos négociations.
2. Pour cette catégorie d'assurance, les honoraires seraient établis sur la base du bas de la fourchette du TUP. En cas d'urgence, la nuit ou les jours fériés, le maximum utilisé se situera au milieu de cette fourchette.
3. Le remboursement se fera selon le mode tiers-payant.

4. Les forfaits par traitement seraient des cas simples avec peu ou pas de complications. Les conditions d'application feraient l'objet d'une discussion ultérieure.

5. Nous souhaiterions trouver des solutions admissibles permettant l'hospitalisation en privé de certaines prestations du catalogue d'HDJ.

6. Une baisse des primes de cette assurance de l'ordre de 10 à 20%.

En septembre dernier, avant de notifier notre accord à COSAMA, le premier volet de nos discussions a fait l'objet d'une consultation des membres du Groupement des médecins travaillant en cliniques privées. 231 bulletins de vote ont été envoyés, 179 réponses ont été reçues au Conseil de discipline. A la question: *acceptez-vous d'établir vos notes d'honoraires au bas de la fourchette du TUP en cas d'hospitalisation des patients assurés pour ce nouveau produit d'assurance du groupe COSAMA et remboursés selon le mode tiers-payant:*

- 155 (86,8%) ont répondu OUI
- 24 NON.

Concernant les forfaits par traitement, en juin 1996 et à notre demande, les différents groupements de spécialistes se sont réunis et chacun a proposé deux ou trois prestations sus-

ceptibles d'après eux de se trouver sur la liste de ces traitements forfaitaires. Cette liste a été transmise aux intéressés.

Les différents points d'accord ci-dessus, ainsi que la liste de forfaits, ont été notifiés à COSAMA le 30 septembre 1996. Nous attendons toujours la reprise des pourparlers à ce sujet. La balle se trouve encore dans leur camp.

Depuis cet automne, quelques caisses maladie ou groupes de caisses maladie (Arcovita, Helsana) ont tenté les mêmes démarches. Leurs propositions ne nous semblaient pas admissibles, surtout qu'il ne s'agissait pas de discussions, pourparlers ou négociations, mais plutôt une simple acceptation de leurs conditions. Par contre, avec le GHRV et le CHUV, certaines sont sur le point de conclure des accords. Il est vrai que dans ces établissements, les conditions et les impératifs ne sont pas identiques à ceux des cliniques.

La survie du secteur privé ne concerne pas que les médecins. Il s'agit d'un secteur économique important, où d'innombrables salariés travaillent: infirmières, laborantines, aides-soignantes, etc., ainsi que de nombreuses entreprises allant de la pharmacie au nettoyage, en passant par l'alimentaire, sont impliquées. Nous avons donc l'obligation de sauvegarder ce secteur. Avec d'autres partenaires: caisses maladie, établissements (privés ou étatiques) et même l'Etat, nous partageons la lourde responsabilité de sa survie. C'est pourquoi nous devons rechercher des solutions sages et raisonnables, mais aussi rester fermes dans nos pourparlers et ne pas nous soumettre à des diktats et des pressions déraisonnables. Cette tâche est bien délicate, car la situation incertaine que nous connaissons provoque un sentiment de sauve-qui-peut, alors qu'on devrait voir un renforcement d'unité et de solidarité entre les différents acteurs. Les établissements se sont désolidarisés devant l'adversaire, et le corps médical risque fort d'en faire autant. C'est peut-être là le cadeau de Noël auquel M. J.-P. Diserens, de COSAMA, faisait allusion dans son interview au *Journal de Genève*.

Notre intention est de poursuivre nos efforts dans ces pourparlers. Si nous arrivons à un accord, il sera soumis aux intéressés avant sa mise en application.

B. Ghavami,
Président du Groupement
des médecins travaillant
en cliniques privées



CICR: le défi humanitaire

Exposition du Comité international de la Croix-Rouge,
Aula des Cèdres, avenue de Cour 33, Lausanne

11 au 22 avril 1997

Dimanche 13 avril 1997

Journée spéciale «Portes ouvertes»: exposés divers,
projection de films, exposition de médailles Croix-Rouge

Ouvert tous les jours de 10 à 18 heures

Entrée gratuite

Enquête

Enquête permanente sur les frais d'exploitation du cabinet médical 1994

Quelques mises en garde

La Caisse des médecins mène chaque année une enquête permanente sur les frais d'exploitation du cabinet médical, sur mandat des sociétés cantonales de médecine. Les résultats pour l'année 1994 sont enfin disponibles. Mais, regrettamment, compte tenu du très faible taux de réponse des médecins vaudois (environ 11,5%), seuls les résultats globaux pour la Suisse romande présentent un intérêt: sur un total de 3041 envois, 556 dossiers, soit 18,3%, ont pu être validés et analysés. En outre, l'absence de don-

nées fiables pour le canton de Vaud ne permet pas de comparer les résultats 1994 avec les années précédentes.

Dans ce contexte, l'interprétation des résultats n'est pas aisée, car, d'une part, les données statistiques sont lacunaires, d'autre part, le taux de réponses pour certaines spécialités est très bas. Pour éviter de donner une image biaisée par des valeurs non significatives ou extrêmes, seuls les résultats moyens pour la Suisse romande seront présentés et, dans la mesure du possible, comparés à d'autres valeurs des années précédentes.

Quel est le portrait du médecin suisse romand?

Il a 36 ans lorsqu'il ouvre son cabinet, alors que l'âge moyen des médecins ayant répondu à l'enquête est de 47 ans. Un médecin sur trois bénéficie du concours de son conjoint dans la gestion du cabinet, ce qui représente en moyenne 15 heures par semaine. 127 médecins sur 556 travaillent en cabinets collectifs, dont la dimension oscille entre 2 et 28 collaborateurs, selon les spécialités.

Le médecin romand a travaillé 223 jours en 1994, ce qui représente en moyenne 3735 consultations et 232 visites à domicile. Une analyse plus approfondie révèle que son temps de travail est de 24% supérieur au temps de travail complet, défini sur une base annuelle de 1600 heures. Mais, malgré un emploi du temps chargé, il a pu consacrer 13 jours à sa formation continue.

Des charges d'exploitation très lourdes

L'analyse de la figure 1 révèle que les charges salariales et d'assurances sociales (AVS et prévoyance professionnelle du médecin) grèvent à plus de 48% la gestion d'un cabinet médical. Ces chiffres confirment la pression croissante du coût social du travail, lié en particulier à l'augmentation du taux de cotisation à l'assurance chômage, ainsi qu'à la compensation du renchérissement, qui se répercute à son tour sur les cotisations obligatoires aux assurances sociales.

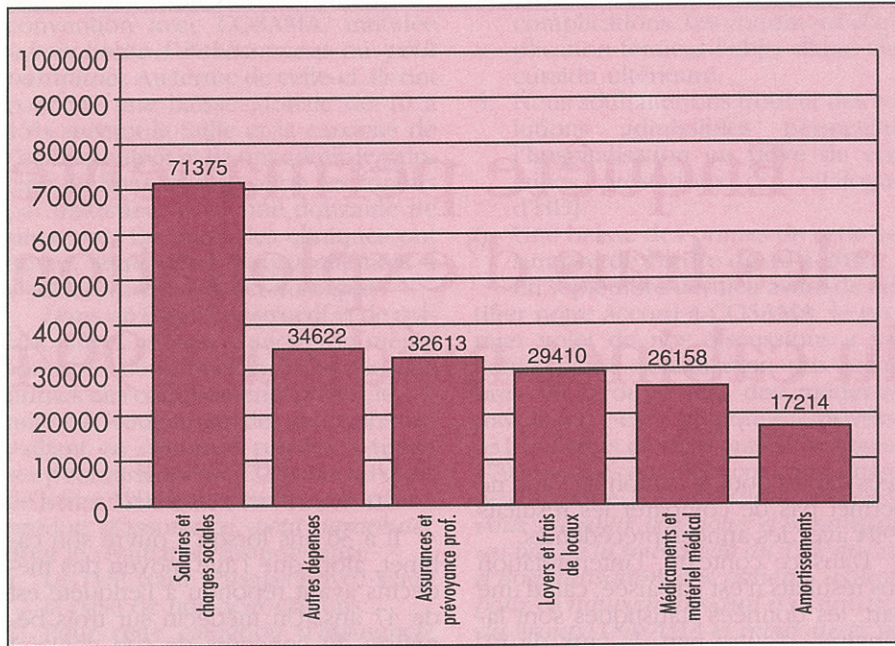
Et le revenu des médecins...?

En 1994, le chiffre d'affaires annuel moyen s'élevait à 356 450 francs pour la Suisse romande. Bien que les éléments de comparaisons soient maigres, ce chiffre représente tout de même une augmentation de 4,7% par rapport au chiffre d'affaires annuel

Tableau 1: Taux de réponse pour la Suisse romande, 1994

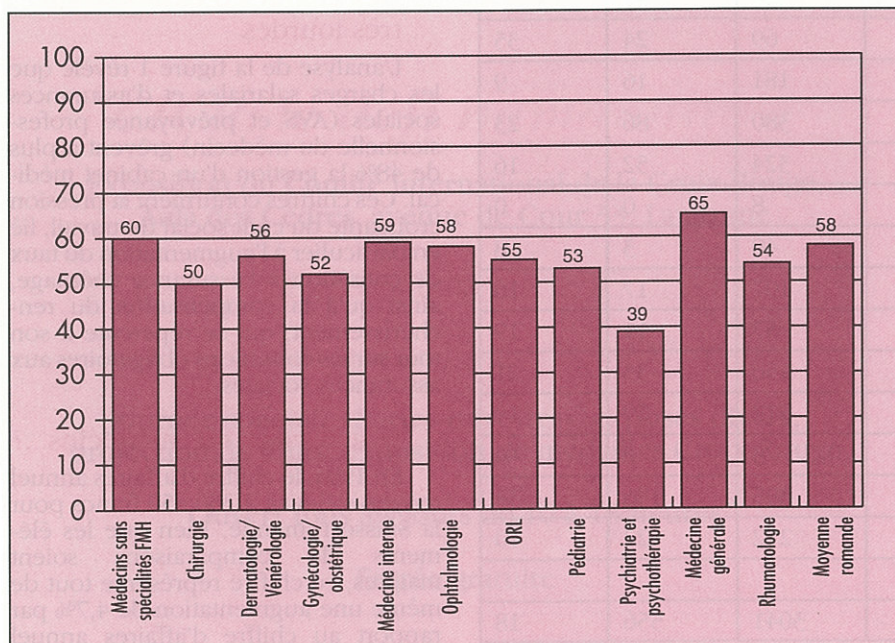
	Questionnaires		Réponses
	envoyés	reçus	(en %)
Médecins sans spécialités FMH	551	77	14
Anesthésiologie	5	0	0
Chirurgie	241	20	8
Dermatologie/Vénérologie	69	24	35
Gynécologie/obstétrique	181	16	9
Médecine interne sans sous-spécialités	380	86	23
Médecine interne avec sous-spécialités	324	52	16
Neurochirurgie	8	0	0
Neurologie	40	3	8
Ophthalmologie	107	17	16
ORL	57	11	19
Pédiatrie	156	33	21
Psychiatrie et pédopsychiatrie	312	59	19
Radiologie	3	0	0
Médecine générale	395	136	34
Réponses non identifiées	212	22	10
Total	3041	556	18

Figure 1: Frais d'exploitation du cabinet médical en Suisse romande, en 1994.



moyen du canton de Vaud en 1992 (= 340 332 francs). Mais ne nous laissons pas tromper par cette évolution positive! Les charges pour 1994, en effet, ont augmenté dans une proportion plus forte, se montant à 208 290 francs pour la Suisse romande, soit une augmentation de presque 14% par rapport aux charges annuelles moyennes du canton de Vaud en 1992 (= 182 946 francs). Ces tendances sont confirmées par les résultats de l'enquête pour le canton de Berne et le canton de Fribourg.

Figure 2: Taux de charge moyen, en % du chiffre d'affaires, en Suisse romande, en 1994.



Une faible progression du chiffre d'affaires et une forte augmentation des charges d'exploitation se repercutent automatiquement sur le revenu des médecins, qui a diminué.

A nouveau, en raison des lacunes dans les données statistiques à disposition, il est très difficile de chiffrer cette baisse pour le canton de Vaud.

En 1994, pour la Suisse romande, le revenu annuel moyen était de 148 160 francs, toutes spécialités confondues. A titre indicatif, comparé aux résultats de 1992 pour le canton de Vaud (= 167 647 francs), cette valeur enregistre une baisse d'un peu plus de 6%.

Le jeu de la transparence

A l'heure où le mot «transparence» est le slogan fétiche dans la crise que traverse aujourd'hui le système de santé, il est regrettable de constater que les médecins vaudois n'ont pas mieux répondu à l'enquête de 1994. Mais il y a des explications à cela: outre la méfiance viscérale du corps médical à l'encontre d'enquêtes de ce type et son manque d'intérêt manifeste d'une part, d'autre part le fait que le concept de l'enquête était beaucoup trop complexe et que les formulaires n'étaient pas adaptés aux besoins des médecins, qui étaient le plus souvent contraints de faire appel, à leur frais, à leur fiduciaire pour les remplir. Comme les propositions de modification et de simplification n'ont pas été retenues par la Caisse des médecins, le Comité de la SVM a résilié le contrat et la déclaration d'intention qui le liaient à la Caisse des médecins (voir le *Courrier du Médecin vaudois* du 6 octobre 1996, p. 21).

Il n'est pas exclu, cependant, que la SVM envisage de renégocier la participation des médecins vaudois aux enquêtes futures, mais sur d'autres bases que celles appliquées aujourd'hui. Le succès de cette démarche dépendra avant tout de la collaboration des médecins vaudois. Car, faut-il le rappeler, il s'avère de plus en plus indispensable, sur le plan stratégique, de disposer de données fiables pour s'engager dans des négociations tarifaires toujours plus ardues!

*Pour le Comité de la SVM,
Marie-Luce Délez,
Secrétaire générale adjointe,
en collaboration
avec Laurence Gendret*

PC Pentium Multimedia, 16 Mega, programme facturation BVR pour cabinet médical, Microsoft Office, écran 15", imprimante Epson couleur, modem, Fr. 3800.-.

Macintosh Quadra 605, Word 5.1, Excel, écran 14", modem, Fr. 1500.-.

Tél. 021/944 06 16,
après 21 heures ou répondre.

Communiqués

Le Centre Saint-Martin

Situation quatre mois après son ouverture

Le Centre Saint-Martin, centre d'accueil, d'orientation et de traitement ambulatoire pour les patients toxicodépendants de la région lausannoise, est maintenant ouvert depuis le 30 septembre 1996. Il est l'aboutissement et la concrétisation des travaux de plusieurs commissions et groupes de travail ayant planché sur les manques de la chaîne thérapeutique de la prise en charge des toxicodépendances dans le canton de Vaud. L'analyse du réseau avait fait paraître deux carences: l'une consistait en l'absence d'un centre d'accueil de type «seuil bas», l'autre en l'absence d'une unité de sevrage médicalisée à disposition de l'ensemble du canton. La chaîne thérapeutique doit elle-même avoir comme perspective la réhabilitation sociale visant à l'abstinence des patients.

Les trois missions du Centre

- La première mission est celle de *l'accueil dit à «seuil bas» et de l'orientation du patient* dans le réseau thérapeutique. Le seuil bas, à Saint-Martin, est défini comme la **réduction des barrières au traitement**: par exemple, anonymat possible au premier contact, ou entrer en matière pour des aspects partiels de la prise en charge (par exemple soins physiques) seulement. Mais la présence sur un même lieu d'une équipe médico-psycho-sociale permet aussi des synergies évidentes pour des soins coordonnés et l'entrée du patient dans l'ensemble du réseau thérapeutique.
- La deuxième mission du Centre est celle du *suivi de cas très difficiles*, surtout dans la phase d'investigation, de clarification et de stabilisation primaire. Cette mission inclut aussi l'aide au suivi pour des traitements difficiles ou en crise chez le médecin traitant, notamment à travers les ressources psycho-sociales offertes en parallèle par le Centre.
- La troisième mission du Centre est celle de *la formation, de l'enseignement et de la recherche*, le Centre étant par ailleurs le support du programme de perfectionnement des médecins dans le domaine des toxicodépendances (PPMT). De plus, le Centre forme deux médecins internistes/généralistes

en formation (à mi-temps) tous les six mois dans le cadre du tournus de la PMU, et un psychiatre aîné (chef de clinique du DUPA).

Structure et fonctionnement

- Ouvert de 9 à 19 heures la semaine et de 9 à 12 heures le samedi, le Centre offre une grande disponibilité à la population consultante, notamment pour les urgences et les patients sans rendez-vous (téléphone 316 16 16).
- L'équipe multidisciplinaire est composée de 2,7 travailleurs sociaux, de 3,1 infirmiers, d'une psychologue à mi-temps, de 1,7 secrétaire, de 2 médecins assistants PMU à 50%, d'un chef de clinique psychiatre, une chef de clinique interniste (70%) avec fonction de médecin de rue, et d'un médecin cadre à 80% pour la gestion, la coordination des soins, l'enseignement et la recherche.
- L'accueil est assuré à tour de rôle par les membres de l'équipe multidisciplinaire (référents). Si nécessaire, ils vont chercher les compétences complémentaires chez leurs collègues (coréférents). Un colloque quotidien dirigé par un cadre permet la supervision des nouveaux cas et des cas difficiles. Des tranches horaires répartissent les heures de distribution de médicaments et de méthadone (12 à 14 heures et 17 à 19 heures) et les heures de consultation (suivi individuel et en groupe).
- L'offre thérapeutique est très variée, incluant l'investigation bio-psycho-sociale des situations (soins somatiques, évaluations psychiatriques, bilan social) aussi bien que des traitements à court, moyen et long terme (sevrages ambulatoires, cures de méthadone, psychothérapies individuelles et en groupe).

Première phase d'activité

Au début du mois de février 1997, le Centre Saint-Martin a ouvert 360 dossiers de patients toxicodépendants, dont environ 300 restent en file active (taux de rétention 80%). Environ 200 patients sont en cure de méthadone, dont la moitié viennent chercher quotidiennement leur dose au Centre et l'autre moitié en pharmacie, avec suivi psycho-social au Centre.

Une trentaine de patients ont suivi un sevrage ambulatoire, une dizaine ont été adressés à des lieux de soins résidentiels, une vingtaine sont en soutien social parallèle à une cure chez leur médecin traitant, enfin une vingtaine de patients sont en psychothérapie.

Par ailleurs, dès le début de l'année, se mettent sur pied des **groupes thérapeutiques**: prévention de la rechute – affirmation de soi – gestion du stress – socialisation – groupe santé – groupe mère/enfant – groupe de pictodrame – groupe sport, ainsi qu'un projet de groupe «méthadone anonyme». Une intense activité de connexion avec le réseau existant dans le domaine des toxicodépendances a été développée avec de nombreuses visites réciproques afin de renforcer l'inscription du Centre dans la chaîne thérapeutique. Les patients sont jeunes (moyenne d'âge 22 ans) et présentent des pathologies multiples, somatiques et psychiatriques, la plupart étant polytoxicomanes. Très paupérisés, ils viennent le plus souvent de la «zone», aidés dans leur démarche par le travail de liaison du médecin de rue (Dr Martine Monnat) et des travailleurs sociaux de rue (Association du Relais).

Centripète ou centrifuge?

Un tel afflux de patients lourds ne va pas sans poser quelques problèmes à une équipe en démarrage. Le Centre a dû décider quelles étaient les priorités pour assurer sa mission spécifique de santé publique, qui est l'accueil des urgences à seuil bas et l'aide au suivi des cas difficiles en cure. C'est pourquoi *l'accueil des urgences* a été priorisé sans restriction, selon des critères de gravité somatique, psychiatrique et de détresse psycho-sociale aiguë. Par contre, une liste d'attente pour les cures de méthadone a dû être établie. Etant donné que le Centre prend en soins les urgences médico-psycho-sociales pour stabiliser et clarifier les situations, il exerce une attraction sur l'ensemble de la population toxicodépendante, y compris sur les patients qui pourraient être suivis chez un médecin privé. Dans le but que les médecins traitants installés puissent continuer à prendre en charge des cures de méthadone, le Centre leur offre l'appui de ses ressources psycho-sociales, si nécessaire.

Les soussignés sont à disposition des confrères pour tout complément d'information sur ces développements importants pour les praticiens.

Professeur A. Pécoud,
Président du Conseil de direction du
Centre Saint-Martin,
Dr J. Besson, ME,
Médecin responsable
du Centre Saint-Martin
Adresse: Rue Saint-Martin 7,
1003 Lausanne, tél. 316 16 16.

Mercedes-Benz Classe C

break dès Fr. 38'950.- net
Leasing professionnel
Fr. 428.-/mois*



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

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

Garage de l'Etoile SA

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

Garage Auto-Rives SA

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



Garage de la Riviera SA

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

Garage de la Plaine

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

Laboratoire Riotton SR

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

Prélèvements

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

Prise en charge d'échantillons au cabinet

Résultats en temps réel

Fax ou service télématique

Consultants médicaux

Drs E. Beretta, M. Marini
et J. Weber

Directrice

J. Bambule-Dick
Dr ès sciences, biochimiste

Chef du laboratoire

S. Bellinazzo, chimiste

Responsable de la bactériologie

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

**Nouveauté: Service gratuit de recherche
bibliographique**

IBSA TISSUGEL

L'entreprise qui a développé
la nouvelle forme galénique avec
libération continue
du principe actif
durant 12 heures.

Flector EP Tissugel

Diclofenacum epolaminum

- Analgésique
- Anti-inflammatoire
- Décongestionnant



Ce logo désigne les produits
avec la technologie
exclusive TISSUGEL IBSA

Flector EP Tissugel • C: Diclofenacum epolaminum • Liste C • 1: Inflammations d'origine traumatique des tendons, des ligaments, des muscles et des articulations
constrictives, aux entorses, luxations, contusions, claquages musculaires • P: 1 Tissugel matin et soir durant max. 14 j. • C2: grossesse 1^{er} trimestre • E:
occasionnellement, prurit, rougeur, éruptions • PR: boîtes de 5/10 Tissugel

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

CH97



Clinique
de La Source
Lausanne

Etablissement privé de soins généraux pluridisciplinaires, adapté pour tous traitements chirurgicaux et médicaux ainsi qu'en cas de maternité. Il comprend 120 lits, bénéficie d'une infrastructure et d'une technologie des plus modernes et dispose des services d'un médecin-anesthésiste FMH 24 heures sur 24.

La Source met en location, dès septembre 1997 ou à convenir, à proximité immédiate de son institution

1 CABINET MÉDICAL

comprenant un bureau, une salle d'examen et une salle d'attente ainsi qu'un secrétariat. Ces locaux, d'une surface totale de 75 m², conviendraient particulièrement bien à un **médecin-spécialiste FMH en chirurgie**.

Pour de plus amples renseignements, s'adresser à:
M. Michel R. Walther, directeur, **Clinique de La Source**, avenue Vinet 30, 1004 Lausanne,
tél. 021/641 33 33.

Calendrier médical vaudois

Période du 24 mars au 17 mai 1997

LUNDI 24 MARS

14 h.-15 h.: Colloque du métabolisme phosphocalcique – Salle 10-929, CHUV, Lausanne – Professeur P. Burckhardt: «Métastases osseuses: physiopathologie et traitement par bisphosphonates.»

14 h.-15 h. 30.: Séminaire du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) – SUPEA, rue du Bugnon 23A, Lausanne – Dr C.-L. Fawer: «Prématurité et développement.»
17 h. 15: Colloque du Service de chirurgie – Salle de colloques du niveau 15-Sud, CHUV, Lausanne – Dr L. Tappy: «Bases physiologiques du support nutritionnel.»

MARDI 25 MARS

8 h. 15-9 h. 45: Conférence du SUPEA-DPP – Auditoire de la maternité, CHUV, Lausanne – Professeur Philip Graham (Cambridge, UK): «Une psychiatrie d'enfants basée sur l'évidence est-elle possible ou souhaitable?»

12 h. 30: Colloque multidisciplinaire dermatologie-immunologie-néphrologie-rhumatologie – Auditoire Yersin, CHUV – Dr Daniel Teta: «Amyloïdose du dialysé: à propos d'un cas.»

12 h. 30-14 h.: Colloque de l'Hôpital de zone de Nyon – Salle du Corjon, Hôpital de zone de Nyon – Dr P. Rosset: «Présentation de cas du Service de chirurgie: intérêt pour le praticien.»

14 h.-16 h.: Colloque de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive – Salle de colloques de l'Institut universitaire de la santé au travail, rue du Bugnon 19, 1005 Lausanne – M^{me} Andrée Mizrahi et M. Arié Mizrahi, Paris: «Morbidity différentielle et inégalités socio-économiques d'accès aux soins en France.»

16 h.-17 h.: Colloque de pathologie chirurgicale – Auditoire Spengler, Institut de pathologie, Lausanne – Dr M. Matter et Professeur F. Bosman: «Tumeurs neuro-endocrines.»

MERCREDI 26 MARS

12 h. 45: Colloque interactif de l'Hôpital de zone de Montreux – Salle de conférence de l'Hôpital de zone de Montreux – Professeur J.-J. Goy: «Présentation de cas de cardiologie.»

17 h.-19 h.: Colloque post-gradué de neurologie – Auditoire Yersin, CHUV – Dr P.-A. Despland: «Présentation de cas/Approche diagnostique des pseudocrises.»

JEUDI 27 MARS

9 h. 45-10 h. 45: Colloque de la PMU – Auditoire de la PMU, avenue César-Roux 19, Lausanne – Dr M. Monnat et coll.: «D'une prise en charge multidisciplinaire de patients toxicodépendants.»

MARDI 1^{ER} AVRIL

8 h.-9 h. 15: Colloque du Département de pédiatrie – Auditoire Tissot, CHUV – Professeur E. Autret, Tours: «Innovations thérapeutiques en pédiatrie et problèmes récents de pharmacovigilance pédiatrique.» – Information: Professeur J.-P. Guignard, tél. 021/314 35 69 ou Professeur J.-M. Mathieu, tél. 021/314 34 82.

JEUDI 3 AVRIL

13 h.-14 h.: Colloque de pneumologie – Salle de séminaire 6, CHUV, Lausanne – Dr J.-P. Zellweger: «Etudes en cours pour le sevrage du tabagisme.»

MARDI 8 AVRIL

11 h.: Cours postgradué du Service universitaire de psychogériatrie – Salle Villa, Hôpital psychogériatrique, Prilly-Lausanne – D^{esse} Hilleret, Genève: «L'apnée dans le sommeil.»

11 h.-12 h.: Colloque de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive – Salle de colloques, Institut universitaire romand de la santé au travail, rue du Bugnon 19, 1005 Lausanne – Dr Christophe Minder, Berne: «Inégalités de la santé par indicateurs socio-économiques: quelques résultats récents de l'enquête suisse sur la santé.»

MARDI 8 ET MERCREDI 9 AVRIL

Formation continue UNIL-BEP – Service de formation continue, UNIL-BEP, 1015 Lausanne, tél. 021/692 22 90, fax 021/692 22 95, M^{me} Susy Wagnières – «Vieillessement cérébral normal et pathologie/Mémoire de l'âge (cours).»

MERCREDI 9 AVRIL

12 h. 15: Colloque du Laboratoire de neurochirurgie du Service de pédiatrie – Auditoire Yersin, CHUV – Professeur Stephan Ladisch (Washington): «Consequences of tumor ganglioside shedding and possible therapeutic interventions.»

17 h. 15: Colloque des Services de chirurgie et d'anesthésiologie (DSCA) – Auditoire Tissot, CHUV – «Quoi de neuf en chirurgie thoracique.»

JEUDI 10 AVRIL

9 h. 45-10 h. 45: Colloque de la PMU – Auditoire de la PMU, avenue César-Roux 19, Lausanne – Professeur F. Levi: «20 ans d'épidémiologie du cancer dans le canton de Vaud.»

14 h. 15-15 h. 45: Conférence CEPUSPP – Grand auditoire, clinique psychiatrique universitaire de Cery, 1008 Prilly – Dr Mondher Kilani: «Anthropologie de l'inceste.»

16 h.-17 h. 30: Colloque de la Division de cardiologie du CHUV – Auditoire Tissot, CHUV – Professeur R. Darioli et Dr M. Rabaeus: «Maladie coronarienne: prévention primaire au secondaire?»

JEUDI 10 ET VENDREDI 11 AVRIL

Formation continue UNIL-BEP – Service de formation continue, UNIL-BEP, 1015 Lausanne, tél. 021/692 22 90, fax 021/692 22 95, M^{me} Susy Wagnières – «Vieillessement cérébral normal et pathologie/Mémoire de l'âge (travaux pratiques).»

LUNDI 14 AVRIL

17 h. 15: Colloque du Service de chirurgie – Salle de colloques du niveau 15-Sud, CHUV – Dr C. Büla: «Etat confusionnel chez le patient chirurgical âgé.»

MARDI 15 AVRIL

11 h.: Cours postgradué du Service universitaire de psychogériatrie – Salle Villa, Hôpital psychogériatrique, Prilly-Lausanne – M^{me} B. Contant, Dr en psychologie: «Psychothérapies cognitivo-comportementales des personnes âgées.»

11 h.-12 h.: Colloque de l'Institut universitaire de médecine sociale et préventive – Salle de colloques de l'Institut universitaire de la santé au travail, rue du Bugnon 19, 1005 Lausanne – Professeur Denny Vageroe, Stockholm: «How do we explain health inequalities?»

JEUDI 17 AVRIL

9 h. 30: Colloque postgradué du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation – Auditoire Louis-Michaud, Hôpital Nestlé – Dr Georges Rappaport et Professeur D. Egloff: «Maladie de Dupuytren: Traitement par aponévrotomie percutanée à l'aiguille/Tunnel carpien.»

10 h. 30-12 h.: Conférence du Jeudi de la clinique La Métairie – Clinique La Métairie, avenue de Bois-Bougy, 1260 Nyon – Professeur Ch. Muller, Berne: «La Suisse, carrefour psychiatrique du XX^e siècle, un approche historique.»

12 h. 15: Colloque lausannois d'allergologie et immunologie clinique – Salle de séminaire 4, niveau 8, CHUV – Professeur P. Eigenmann, Genève: «Allergie alimentaire et dermatite atopique: mise au point sur l'approche diagnostique chez l'enfant et l'adulte.»

16 h.-18 h.: Workshop du Service de physiothérapie – Hôpital de la Providence, Vevey – «Workshop Dance: médecine et physiothérapie.» – Information: Dr L.-A. Crespo, tél. 021/944 90 15.

18 h. 30: Conférence du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) – Auditoire de l'Hôpital de Cery, site de Cery, Prilly-Lausanne – Professeur Ariel Stravynski, Université de Montréal: «Les traitements de la phobie sociale.»

VENDREDI 18 ET SAMEDI 19 AVRIL

Workshop de formation du DUPA – Auditoire de l'Hôpital de Cery, site de Cery, Prilly-Lausanne – Professeur Ariel Stravynski, Université de Montréal: «Le traitement de la phobie sociale par la thérapie cognitivo-comportementale.» – Renseignements et inscriptions: M^{me} L. Oberson, Prilly, tél. 021/643 64 16 (sauf mardi et jeudi après-midi).

Vendredi 9 h. 15-18 h. – Samedi 9 h. 30-17 h. 30: Séminaire du Centre d'étude de la famille – CERFASY, Beaux-Arts 19, 2000 Neuchâtel, renseignements: tél. 032/724 24 72 – Mara Selvini Palazzoli, Stephano Cirillo, Anna-Maria Sorrentino et Matteo Selvini: «Derniers développements de la théorie et de la pratique du nouveau Centre d'étude de la famille de Milan.»

LUNDI 21 AVRIL

14 h.-15 h.: Colloque de métabolisme phosphocalcique – Salle 10-929, CHUV – Dr B. Burnand: «Adéquation des soins, Guide-lines – Exemple à propos des lombalgies et des sciatiques.»

17 h. 15: Colloque du Service de chirurgie – Salle de colloques du niveau 15-Sud, CHUV – Dr H. Lambert: «Transplantation hépatique pour éthyliisme: aspects éthiques.»

MARDI 22 AVRIL

11 h.: Cours postgradué du Service universitaire de psychogériatrie – Salle Villa, Hôpital psychogériatrique Prilly-Lausanne – Dr P. Schwed:

«Les relations somato-psychiques dans la médecine de l'âge avancé.»

MERCREDI 23 AVRIL

17 h. 15: Colloque des services de chirurgie et d'anesthésiologie (DSCA) – Auditoire Olivier, CHUV – Dr N. de Tribolet: «Progression maligne des astrocytomes.»

17 h. 30: Colloque romand de radiologie – Auditoire Tissot, CHUV – Dr Philippe Soyer, Paris: «Nouveautés en IRM hépatique.»

JEUDI 24 AVRIL

14 h.-18 h.: Formation continue UNIL-BEP – Service de formation continue, UNIL-BEP, 1015 Lausanne, tél. 021/692 22 90, fax 021/692 22 95, M^{me} Susy Wagnières, délai d'inscription le 2 avril 1997 – «Toxiques: dépendances et valeurs communautaires – Session 1.»

VENDREDI 25 ET SAMEDI 26 AVRIL

Vendredi 9 h.-12 h./14 h. 17 h.–Samedi 9 h.-12 h./13 h.-16 h.: Séminaire du Centre d'étude de la famille – Secrétariat du Centre d'étude de la famille, site de Cery, 1008 Prilly-Lausanne, tél. 021/643 64 01 – Edith Tilmans-Ostyn, Bruxelles: «Le thérapeute familial face à la transmission intergénérationnelle des traumatismes.»

Formation continue UNIL-BEP – Service de formation continue, UNIL-BEP, 1015 Lausanne, tél. 021/692 22 90, fax 021/692 22 95, M^{me} Susy Wagnières, délai d'inscription le 7 avril 1997 – «Mélanome malin: prise en charge médicale et chirurgicale.»

SAMEDI 26 AVRIL

9 h.-12 h.: Formation continue UNIL-BEP – Service de formation continue, UNIL-BEP, 1015 Lausanne, tél. 021/692 22 90, fax 021/692 22 95, M^{me} Susy Wagnières, délai d'inscription le 7 avril 1997 – «Toxiques: dépendances et valeurs communautaires – Session 1.»

LUNDI 28 AVRIL

14 h.-15 h. 30: Séminaire du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) – SUPEA, rue du Bugnon 23A, Lausanne – Professeur M.-Ch. Mouren-Simeoni, Paris: «Troubles du comportement et développement.»

17 h. 15: Colloque du Service de chirurgie – Salle de colloques du niveau 15-Sud, CHUV – Dr J. Wellinger: «Chirurgie de réduction pulmonaire.»

LUNDI 28 AU MERCREDI 30 AVRIL

Formation continue UNIL-BEP – Service de formation continue, UNIL-BEP, 1015 Lausanne, tél. 021/692 22 90, fax 021/692 22 95 – Les médicaments cardio-vasculaires: aspects théoriques et pratiques.»

MARDI 29 AVRIL

12 h. 30: Colloque multidisciplinaire dermatologie-immunologie-néphrologie-rhumatologie – Auditoire Yersin, CHUV – Professeur J.-C. Gersster et Dr O. Peter: «Acrodermatitis atrophicans arthropathica. Rôle de Borrelia afzelli.»

12 h. 30-14 h.: Colloque de l'Hôpital de zone de Nyon – Salle du Corjon de l'Hôpital de zone de Nyon – Dr V. Chabot et Dr A. Roux: «Diabète inaugural: que faire en cabinet/Diabète gestationnel: plus fréquent qu'on ne croit.»

16 h.-17 h.: Colloque de pathologie chirurgicale – Auditoire Spengler, Institut de pathologie, Lausanne – Dr A. Genton et Professeur C. Genton: «Pathologie vasculaire.»

18 h. 30: Colloque de Nord vaudois – Hôpital de zone d'Yverdon-les-Bains – Dr Alain Cometta, Yverdon: «La tuberculose: ancienne maladie, nouveaux visages.»

MERCREDI 30 AVRIL

12 h. 45: Colloque de l'Hôpital de zone de Montreux – Salle de conférence de l'Hôpital de zone de Montreux – Dr P. Meylan: «Présentation interactive de cas choisis de maladies virales.»

MARDI 6 MAI

8 h.-9 h. 15: Colloque du Département de pédiatrie – Auditoire Tissot, CHUV – Professeur M. Basquin, Paris: «Episodes psychotiques aigus chez les adolescents borderline.» – Informations: Professeur J.-P. Guignard, tél. 021/314 35 69 ou Professeur J.-M. Matthieu, tél. 021/314 34 82. 11 h.: Cours postgradué du Service universitaire de psychogériatrie – Salle Villa, Hôpital psychogériatrique, Prilly-Lausanne – M^{me} G. Leuba-Gfeller, Dr en biologie: «Biologie de la schizophrénie.»

MERCREDI 7 MAI

17 h. 15: Colloque des services de chirurgie et d'anesthésiologie (DSCA) – Auditoire Mayor, CHUV – Dr P. Jichlinski, A. Marti et P. Kucera: «Photothérapie des tumeurs vésicales, étude fondamentale.»

17 h. 30: Colloque romand de radiologie – Auditoire Tissot, CHUV – Dr Didier Revel, Lyon: «Place de l'IRM en pathologie cardiaque.»

MARDI 13 MAI

11 h.: Cours post-gradué du Service universitaire de psychogériatrie – Salle Villa, Hôpital psychogériatrique, Prilly-Lausanne – Dr J.-N. Despland: «La prépsychose comme organisation de personnalité de l'adulte.»

JEUDI 15 MAI

9 h. 30: Colloque postgradué de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation – Auditoire Louis-Michaud, Hôpital Nestlé – Dr Michel Dutoit: «Présentation de cas/Les instabilités du rachis.»

14 h.-18 h.: Formation continue UNIL-BEP – Service de formation continue, UNIL-BEP, 1015 Lausanne, tél. 021/692 22 90, fax 021/692 22 95, M^{me} Susy Wagnières, délai d'inscription le 2 avril 1997 – «Toxiques: dépendances et valeurs communautaires – Session 2.»

14 h. 15-15 h. 45: Conférence CEPUSPP – Grand auditoire, Clinique psychiatrique universitaire de Cery, 1008 Prilly – Dr Alain Malafosse, Genève: «Troubles bipolaires.»

SAMEDI 17 MAI

9 h.-12 h.: Formation continue UNIL-BEP – Service de formation continue, UNIL-BEP, 1015 Lausanne, tél. 021/692 22 90, fax 021/692 22 95, M^{me} Susy Wagnières, délai d'inscription le 2 avril 1997 – «Toxiques: dépendances et valeurs communautaires – Session 2.»

Prochain délai de rédaction: pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 19 mai et le 20 juin 1997, nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 5 mai 1997.

Fiduciaire

FIDUMA

Conseils

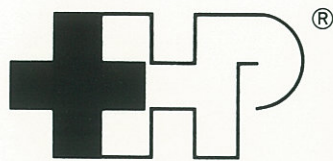
Tél. 021/626 19 62

- Conseiller fiscal
- Organisation d'entreprise
- Expertises, vérification de comptes
- Tenue de comptabilité indépendants et sociétés
- Travaux administratifs
- Gérance et administration immobilières
- Déclarations d'impôts

BMT secrétariat:

- Secrétariat à la carte
- Permanence téléphonique
- Domiciliation d'adresse

Av. d'Echallens 74 – 1000 Lausanne 7 – Fax 021/625 53 36



**HEVAC
PRODUCTS SA**

QUALITÉ / SERVICE / PRIX

Fourniture de produits radiographiques :

Konica = films et écrans

TETENAL = produits de développement

Ainsi que les marques suivantes :

AGFA 

3M



Nous fournissons également tout le matériel médical :

**LABORATOIRE
PANSEMENTS
MATÉRIEL DE CONSULTATION
ETC.**

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

Votre partenaire pour la Suisse :



HEVAC PRODUCTS SA

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

Tél. 021/960 41 21 / 22 / 23
Fax 021/960 30 15

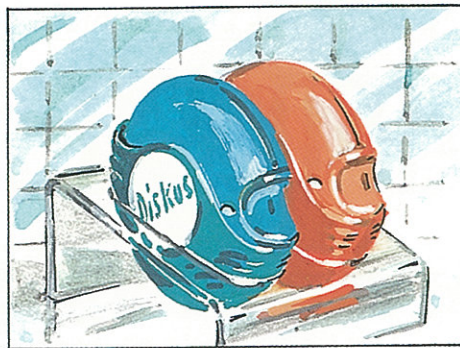
ASTHMA



DISKUS[®]

Der Multidosen-Inhalator für
die wirkungsvolle Asthma-Therapie

SEREVENT[®] Salmeterol



Glaxo Respiration

Division of Glaxo Wellcome AG · 3322 Schönbühl

Axotide[®]
Fluticason-propionat

Serevent[®]: Handelform: Dosier-Aerosol, Disk/Diskhaler, Diskus (Multidosen-Pulverinhalator). **Wirkstoff:** Salmeterolum (ut Salmeteroli xinafoas). **Indikationen:** Langzeitbehandlung von reversibler Bronchialobstruktion bei Asthma bronchiale (inkl. nächtliches Asthma und Anstrengungsasthma) sowie bei chronischer Bronchitis mit und ohne Lungenemphysem. Langzeitbehandlung der chronisch obstruktiven Lungenerkrankheit (COPD) mit partieller Reversibilität der Bronchialobstruktion. **Kinder:** Langzeitbehandlung von reversibler Bronchialobstruktion bei Asthma bronchiale, einschließlich Anstrengungsasthma. Es empfiehlt sich neben der bronchodilatatorischen Dauertherapie mit langwirksamen β_2 -Agonisten (oder oralen Steroiden). **Dosierung/Anwendung:** Serevent wird inhalativ verabreicht. **Erwachsene:** 50 μg (-100 μg) 2 mal täglich, **Kinder (ab 4 Jahren):** 2 mal täglich 50 μg . Salmeterol ersetzt die Behandlung mit antientzündlich wirkenden Mitteln (Kortikosteroide) nicht. Beim akuten Asthma-Anfall ist ein kurzwirksamer β_2 -Agonist mit raschem Wirkungseintritt (z.B. Ventolin) zu verabreichen. **Anwendungseinschränkungen:** Kontraindikationen: Überempfindlichkeit gegenüber einem Bestandteil der verwendeten Darreichungsform. **Vorsichtsmassnahmen:** Das Ansprechen auf die Therapie sollte mit Hilfe von Lungenfunktionstests überwacht werden. Therapieplan bei benötigter Dosissteigerung von β_2 -Agonisten überprüfen und Kortikosteroid-Therapie einsetzen oder erhöhen. **Vorsicht bei Patienten mit hohem Blutdruck, idiopathischer hypertrophischer Subaortenstenose, Herz-Kreislauf-Leiden mit Arrhythmie, frischem Herzinfarkt, Diabetes mellitus und Hypertyreose. Schwangerschaftskategorie: B. Unerwünschte Wirkungen:** Tremor, Unruhe, Mundtrockenheit, Kopfschmerzen, Herzklappen, paradoxer Bronchospasmus, Muskelkrämpfe, Myalgien, Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut, Arthralgie, Tachykardie. **Interaktionen:** Nicht-selektive β -Blocker (z. B. Propranolol). **Vorsicht bei kardiaselektiven β -Blockern.** Möglicherweise Interaktionen (additive Wirkung) mit anderen β_2 -Stimulatoren oder Anticholinergika. **Verkaufskategorie:** B. **Ausführliche Informationen** sind dem Schweizerischen Arzneimittel-Kompendium zu entnehmen.

Axotide[®]: Dosier-Aerosol, Disk/Diskhaler, Diskus (Multidosen-Pulverinhalator). **Wirkstoff:** Fluticasonum (ut Fluticasoni propionas). **Indikationen:** **Erwachsene und Kinder über 4 Jahre:** Basistherapie des Asthma bronchiale, Langzeittherapie. **Dosierung/Anwendung:** Axotide ist ausschliesslich zur Inhalation bestimmt. **Erwachsene und Jugendliche über 16 Jahre:** Initialdosis 0,10 mg - 1,0 mg 2 mal täglich; Erhaltungsdosis (Standarddosis) 0,10 mg-0,50 mg 2 mal täglich. **Kinder über 4 Jahre:** 0,10 mg 2 mal täglich. **Anwendungseinschränkungen:** Kontraindikationen: Überempfindlichkeit gegenüber einem Bestandteil der verwendeten Darreichungsform. **Vorsichtsmassnahmen:** Das Ansprechen auf die Therapie sollte mit Hilfe von Lungenfunktionstests überwacht werden. Therapieplan bei benötigter Dosissteigerung von β_2 -Agonisten überprüfen und Dosiserhöhung der Kortikosteroid-Therapie in Betracht ziehen. Eine Erniedrigung des Plasmaproteinspiegels kann bei einer geringen Anzahl erwachsener Patienten nach Verabreichung von höheren Dosen (>1 mg/d) auftreten, wobei die NNR-Funktion und die adrenale Reservekapazität in der Regel im Normalbereich bleiben. Bei einzelnen Patienten, vor allem wenn sie über längere Zeit mit hohen (maximalen) Tagesdosen behandelt werden, kann es zu einer Einschränkung der NNR-Funktion kommen. Eine längerdauernde Suppression der Hypothalamus-NNR-Achse kann unter Umständen zu systemischen Nebenwirkungen führen. Bei Patienten, bei denen eine langfristige systemische oder hoch dosierte inhalative Kortikoid-Therapie bereits zu einer Einschränkung der NNR-Funktion geführt hat, muss das Absetzen/die Reduzierung des Kortikoids sehr vorsichtig erfolgen. Besondere Vorsicht ist bei Patienten mit aktiver oder latenter Lungentuberkulose oder mit Lungenmykosen angezeigt. Schwangerschaftskategorie C. **Unerwünschte Wirkungen:** Heiserkeit, lokalisierte Candida albicans-Infektion der Mund- und Rachenschleimhaut, Überempfindlichkeitsreaktionen der Haut, paradoxer Bronchospasmus. **Interaktionen:** Bisher keine bekannt. **Verkaufskategorie:** B. **Ausführliche Informationen** sind dem Schweizerischen Arzneimittel-Kompendium zu entnehmen.