

# COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Journée mondiale de la santé mentale



**Non à l'exclusion,  
oui aux soins!**

REVUE DE LA  
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

**2**  
MARS  
2001

**VIOXX<sup>®</sup>**

(rofécoxibe, MSD)

*Pour les patients  
souffrant d'arthrose*

# **Le traitement moderne du rhumatisme**

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

**Information  
médicale abrégée de VIOXX<sup>®</sup>**

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



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



**1x PAR JOUR**  
**VIOXX<sup>®</sup>**  
(rofécoxibe, MSD)

**Spécifique. Efficace. Pratique.**

# 1

## Editorial

### Contre l'exclusion: une journée pour tous

«Non à l'exclusion, oui aux soins», c'est le slogan choisi par l'OMS pour célébrer le 7 avril la Journée mondiale de la santé, qui cette année aura pour thème la santé mentale. Ce slogan concerne les deux principaux problèmes rencontrés tous les jours, partout dans le monde, pour soigner ceux qui souffrent des troubles mentaux: la stigmatisation et l'accès aux soins.

Ces deux problèmes, communs aux pays pauvres et aux pays riches, se posent cependant différemment dans ces deux contextes. Dans le canton de Vaud, par exemple, trop de personnes avec des souffrances psychiques importantes ne se sentent pas encore à l'aise pour demander de l'aide. Les préjugés sont encore trop présents dans les mentalités, ce qui empêche que les soins nécessaires soient apportés en temps utile. Par ailleurs, trop de problèmes de santé mentale ne sont pas reconnus à leur juste valeur par l'entourage et par les professionnels: c'est un problème qui existe partout dans le monde. Des efforts significatifs ont été faits ces dernières années pour améliorer la situation de ceux qui souffrent des troubles mentaux. Le dispositif de soins est en place: hôpitaux, ambulatoires, structures intermédiaires, structures de réhabilitation et de soutien médico-social sont disponibles. La plupart de ces structures se sont engagées à dispenser des soins évalués par des démarches qualité. Elles cherchent à créer un dialogue permanent avec leurs partenaires afin de trouver des solutions aux niveaux individuel et collectif. Mais beaucoup reste encore à faire. Toute la société est concernée, afin que les personnes atteintes des troubles mentaux se sentent mieux soutenues, et que leur silence et isolement soient enfin rompus. Je vous invite à dire haut et fort, ici et ailleurs, non à l'exclusion, oui aux soins.

Carlos Augusto de Mendonça Lima, directeur du Centre, collaborateur de l'OMS pour la psychogériatrie

## Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

Pourquoi une journée de la santé mentale?  
Santé mentale, exclusion et psychothérapie  
Une chance pour les patients?  
Les neurosciences, un allié des patients psychiatriques  
Une priorité pour le SUPEA  
Un pas vers la dédramatisation  
Dévalorisées par l'âge et la peur de la «folie»  
La réhabilitation psychosociale, une réponse à l'exclusion

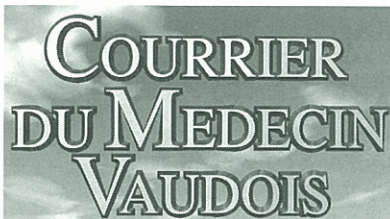
19

Opinion

2e révision de la LAMal:  
un syllogisme pour le moins surprenant

20

Calendrier médical vaudois



COURRIER  
DU MEDECIN  
VAUDOIS

### Prochaines parutions

N° 3/2001  
9 mai 2001  
(délai rédactionnel:  
23 mars 2001)

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

**nant**  
f o n d a t i o n

Médecins, professionnels de la santé,  
thérapeutes, vous êtes chaleureusement  
conviés à nos

## Portes ouvertes à la Fondation de Nant

le samedi 7 avril 2001, de 10 heures  
à 16 heures à Corsier s/Vevey

organisées dans le cadre de la Journée mondiale  
de la santé dédiée cette année à la santé mentale

*Santé mentale: non à l'exclusion, oui aux soins*  
Journée mondiale de la santé, 7 avril 2001  
[www.who.int/world-health-day](http://www.who.int/world-health-day)



Vous pourrez ainsi vous familiariser avec notre Secteur psychiatrique et sa structure d'accueil qui couvre les régions suivantes: Lavaux, Riviera vaudoise, Chablais et Pays-d'Enhaut (secteur Est: 125 000 habitants). Vous y trouverez aussi nos partenaires: par exemple le GRAAP, l'Association Appartenances, les psychiatres installés, une école d'infirmières, l'Ascor, la Fédération de soins du Chablais ainsi qu'une librairie, qui seront présents sur le site de Nant. Des rafraîchissements seront à votre disposition.

Renseignements: Dr Nicolas de Coulon, directeur médical, ou  
M<sup>me</sup> Christine Mayor, secrétariat d'organisation  
(tél. 021/925 27 27).

## Jeudi de la Vaudoise

26 avril 2001  
Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

### Médecine des voyages

Organisateur: Dr Blaise Genton, PD, PMU Lausanne  
Modérateur: D<sup>esse</sup> Christiane Galland

- 9 h-9 h 30 Fièvres hémorragiques virales: une menace pour les voyageurs?  
Dr Daniel Lavanchy, division des maladies émergentes OMS
- 9 h 30-10 h Malaria: l'ère post-Lariam?  
Dr Blaise Genton, PD, Centre de vaccination et de médecine  
des voyages, PMU Lausanne
- 10 h-10 h 30 Pause
- 10 h 30-12 h Séminaires interactifs  
Tuteurs: D<sup>rs</sup> P. Landry, L. Robyn, P. Borier, V. d'Acremont,  
M. Potin, B. Vionnet, F. Dorner, P.-A. Lüchinger, B. Genton.

**Ce cours est soutenu par la firme MSD.**

## COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la  
Société vaudoise de médecine

### Comité de la SVM

Dr Charles-A. Favrod-Coune, président  
Dr Charles Alexandre Steinhaeuslin,  
vice-président  
D<sup>esse</sup> Jacqueline Caillat  
Dr Jean-Philippe Grob, secrétaire  
Dr Daniel Laufer  
Professeur Alain Pécoud  
Dr Bertrand Vuilleumier

### Comité de rédaction du CMV

D<sup>esse</sup> Jacqueline Caillat  
Dr Charles-A. Favrod-Coune  
Dr Daniel Laufer  
Dr Carlos Lima  
Dr Jean-Pierre Randin  
Dr Patrick-Olivier Rosselet

### Secrétariat général

P. A. Repond, secrétaire général  
Inka Moritz, secrétaire générale adjointe

### Société vaudoise de médecine

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

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

Tél. 021/213 77 77 (24 heures sur 24)  
Abonnements de déviation  
et de télécommunications au service  
des médecins de la région lausannoise

### Administration et rédaction

Case postale 76  
1010 Lausanne 10

### Régie des annonces

Suisse romande:  
inEDIT Publications SA  
Chemin des Jordils 40  
Case postale 74 - 1025 Saint-Sulpice  
Tél. 021/695 95 95  
Fax 021/695 95 51

### Réalisation

inEDIT Publications SA

# Dossier



Les raisons qui justifient cette décision sont à la fois importantes et claires: les troubles mentaux constituent un lourd fardeau pour la société, comme l'a révélé, à l'étonnement de beaucoup, une étude conjointe de l'Organisation mondiale de la santé, de la Banque mondiale et de l'université Harvard.

## La moitié des troubles graves sont de nature psychiatrique

Cette étude démontre que cinq des dix principaux troubles à l'origine d'incapacités et de décès précoces sont de nature psychiatrique<sup>[1]</sup>. La prochaine Journée mondiale de la santé a donc pour but d'attirer l'attention des décideurs et du public sur cette réalité, tout en faisant passer un message d'espoir. En effet, grâce aux progrès de la recherche biologique, psychologique et sociale, et à une orientation plus marquée en faveur des services de santé, on dispose aujourd'hui des moyens techniques et des programmes de soins qui, lorsqu'ils sont mis à disposition et utilisés correctement, peuvent considérablement alléger le fardeau des maladies mentales. Aussi les thèmes de la Journée mondiale de la santé visent-ils à focaliser l'attention sur le fardeau que font peser les troubles mentaux et neurologiques sur la société et les moyens actuellement disponibles pour y remédier.

## Pourquoi une journée de la santé mentale?

L'Organisation mondiale de la santé invite chaque année tous ses pays membres à célébrer la Journée mondiale de la santé le 7 avril. Cette année, c'est la première fois depuis 1959 que cette Journée est consacrée à la santé mentale.

### Changer de regard

La réduction des troubles mentaux et neurologiques dépend de nombreux facteurs: il faut augmenter et mieux répartir les services de santé mentale à travers les pays; il faut garantir le remboursement des soins au même titre que pour des maladies physiques; les professionnels de la santé doivent avoir de meilleures connaissances en matière de troubles mentaux et adopter une attitude plus positive à l'égard de ceux qui souffrent de troubles mentaux; quant aux personnes atteintes de tels troubles, elles devraient se montrer moins réticentes à consulter des services de soins; enfin la société dans son ensemble doit être plus ouverte, plus tolérante et éviter de stigmatiser les malades mentaux et leurs proches. L'objectif visé par l'OMS constitue un défi formidable et implique un changement culturel radical dans tous les secteurs de la société.

Mais, en dépit de l'ampleur de la tâche, les possibilités de l'accomplir ne sont pas hors d'atteinte. Une étude du département de médecine sociale de l'université Harvard<sup>[2]</sup> propose des mesures concrètes pour lutter contre cette épidémie des temps modernes. Les auteurs suggèrent la mise au point de services, l'utilisation des techniques existantes et l'élaboration de politiques de santé publique saines. Comme ils le démontrent clairement, aucune de ces mesures n'est hors de portée des pays et communautés même les plus pauvres. Les obstacles

compromettant la réduction du fardeau dû à ces maladies résultent en grande partie des préjugés envers ceux qui en souffrent, préjugés qui sont répandus à travers tous les secteurs de la société.

### Politiques de santé interpellées

A cet égard, il suffira de citer deux exemples :

1. Les gouvernements allouent moins de fonds aux soins de santé mentale qu'aux autres types de soins de santé. Or, d'après les données de la Banque mondiale, le taux des incapacités causées par les troubles mentaux est d'environ 10%, et beaucoup plus élevé si l'on y inclut les troubles psychosociaux<sup>[3]</sup>. Malgré cela, les fonds attribués aux soins de santé mentale sont rarement proportionnels au fardeau que font peser ces troubles.
2. Alors que la plupart des pays disposent d'une politique de santé, rares sont ceux qui disposent d'une politique de santé mentale<sup>[4]</sup>.

En examinant la situation au niveau des malades eux-mêmes, les études montrent que seule une faible proportion des malades avec troubles mentaux consulte les services de santé mentale et lorsqu'ils le font, c'est après une attente considérable<sup>[5]</sup>. Les préjugés envers les malades sont profondément enracinés dans la société, mais en mettant au point des programmes visant à les combattre, leurs effets peuvent être minimisés<sup>[6]</sup>. Lors de la célébration de la Journée mondiale de la santé, les formes d'engagement peuvent varier d'un pays à un autre, mais le besoin d'observer une telle Journée est commun à tous.

### L'union contre le suicide

En Europe, deux priorités s'imposent en matière de santé mentale : la réduction du nombre de suicides et de troubles affectifs qui atteignent des

proportions inquiétantes, notamment en ce qui concerne le suicide dans certains pays de l'Europe de l'Est. Par ailleurs, l'Europe est confrontée à d'autres défis résultant de la mondialisation et de la migration des travailleurs. L'impact de la mondialisation sur la santé mentale et les difficultés liées à la migration des travailleurs requièrent l'attention de tous les responsables des services sociaux, et notamment des professionnels de la santé en termes d'appui, de services de soins et de recherche.

La Journée mondiale de la santé nous donne l'occasion de réfléchir sur l'importance de la santé mentale, informer le public, mobiliser les décideurs et la société dans son ensemble. L'OMS invite chacun à se joindre à elle dans cet effort.

*Dr Benedetto Saraceno  
Directeur, Département de la santé  
mentale et des toxicomanies, OMS*

#### Références

<sup>[1]</sup> Murray, Ch. J. L. and López A. D. (eds): *The Global Burden of Disease*, Harvard University Press, Cambridge, MA, 1996.

<sup>[2]</sup> Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B. and Kleinman, A: *World Mental Health. Problems and Priorities in Low-Income Countries*. Oxford University Press, NY, 1995.

<sup>[3]</sup> *World Bank, Investing in Health in World Development Report*, World Bank, Washington D.C., 1993.

<sup>[4]</sup> Saxena, S. *Personal communication*. 2000 (not yet published).

<sup>[5]</sup> WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology: *Cross-national comparisons of the prevalence and correlates of mental disorders*. Bulletin, WHO 78:413, 426, 2000.

<sup>[6]</sup> World Psychiatric Association. *Stigma in schizophrenia*, Geneva, 1998.

## Santé mentale, exclusion et psychothérapie

**La folie (la maladie mentale) fait-elle encore peur? L'avènement de la psychiatrie moderne, il y a un peu plus de deux siècles, a progressivement permis de distinguer les aliénés des délinquants et des handicapés, puis de donner à la souffrance psychique le statut de maladie pouvant bénéficier de soins.**

La découverte de la psychanalyse a dégagé les déterminants inconscients des troubles mentaux et ouvert les voies thérapeutiques centrées sur la relation entre patient et thérapeute. Enfin, l'apparition de véritables psychotropes a facilité la réintégration de nombreux patients dans la cité. C'est ainsi que, compte tenu de l'accès privilégié aux soins et de l'utilisation croissante de ces diverses ressources, on pourrait croire qu'il n'y a plus lieu de parler de discrimination ou d'exclusion, dans les pays développés tout au moins.

La réalité est cependant plus complexe, montrant que les peurs n'ont pas disparu; elles se sont transformées. La question du contrôle social ressurgit, en lien avec de nouvelles expressions cliniques, où la destructivité et aussi la violence sont plus présentes. Par ailleurs, la stigmatisation a pris des formes plus subtiles, moins évidentes. Alors que l'OMS décrète une Journée mondiale de la santé ayant pour thème la santé mentale, l'objectif de cet article est de tenter de contribuer à les repérer. Pour ce faire, nous nous placerons dans le sillage de la psychothérapie psychanalytique, registre repérable du relationnel.

### L'exclusion «interne»

La souffrance psychique (la maladie mentale) a ceci d'intolérable qu'elle n'est pas réductible à des causes environnementales ou soma-

tiques, mais qu'elle fait partie intrinsèque du psychisme humain; elle est «interne». Pourtant, elle est aussi constitutive de la personnalité dans la mesure où l'expérience de l'affrontement de moments douloureux de l'existence est nécessaire à la maturation psychique. Ainsi en est-il, par exemple, de la «capacité» dépressive du bébé qui lui permet de «lier» les excitations trop fortes ou la brutalité des changements imposés par le monde extérieur. Une dépression clinique peut aussi receler, dans une certaine mesure, une fonction régulatrice de l'équilibre en atténuant chocs ou blessures<sup>[1]</sup>. Certaines situations de crise peuvent s'avérer sources de changements favorables, se transformer en moments féconds<sup>[2]</sup>. La véritable détresse survient lorsqu'il n'y a pas (ou plus) d'interlocuteur permettant d'intégrer les parties blessées du monde interne<sup>[3]</sup>. Dans un effort pour survivre, l'individu tente alors d'isoler, de se couper de ce segment inacceptable de lui-même, le reléguant au moyen de ce qu'on appelle un clivage, dans une sorte de réduit psychique qu'il essaie d'oublier. Les contradictions qui en résultent, considérées comme folles ou monstrueuses, sont alors projetées à l'extérieur sur des personnes vécues comme angoissantes ou persécutrices qui seront ainsi mises à bonne distance.

Les patients qui présentent une souffrance psychique visible nous ren-

voient donc aussi bien à leurs objets internes blessés qu'aux solutions que nous avons dû trouver nous-mêmes pour faire face aux coups durs de la vie. Ceci peut susciter, chez les soignants aussi, soit des sentiments de réparation soit des envies de rejet et d'exclusion. De notre capacité à aborder et traiter ces sentiments contradictoires va dépendre la stigmatisation possible de ces patients. L'observation attentive nous permet d'ailleurs de retrouver des phénomènes similaires à un niveau plus global, celui de la société.



## Les lieux cachés de la stigmatisation

Ces quelques éléments, même exposés sommairement, devraient permettre de saisir comment la fascination actuelle pour l'origine biologique ou génétique des maladies mentales comporte un danger dont nous commençons seulement à prendre la mesure. En effet, une psychiatrie, dont le but premier consisterait à tenter d'éradiquer les symptômes avec des médicaments ou à proposer une rééducation à visée de réadaptation sociale, risque de favoriser le clivage à l'intérieur du patient, de renforcer l'exclusion interne dont nous venons de parler. Nous ne contestons pas l'utilité, voire la nécessité du soulagement symptomatique mais, vu que la détresse survient lorsqu'il n'y a plus d'interlocuteur, c'est bien un travail relationnel fondé sur la parole et l'écoute qui permettra de remettre en mouvement les forces vitales internes au patient. Pour éviter de favoriser, malgré nous, une nouvelle forme de stigmatisation de la maladie mentale, plus

subtile il est vrai que la mise à l'écart des fous dans les anciens asiles, il est urgent de défendre l'accès et la formation à la psychothérapie.

## Enjeux en termes de santé publique

En termes de santé publique, les signes avant-coureurs de cette nouvelle «exclusion» sont à prendre très au sérieux, dans la mesure où plane une menace réelle sur les possibilités de poursuivre la pratique de la psychothérapie dans de bonnes conditions. Par exemple, l'intention affichée du projet de nouvelle tarification médicale TarMed de mieux valoriser le temps passé avec le patient risque de rester lettre morte. Les caisses maladie font pression pour limiter de manière drastique la durée de remboursement des approches relationnelles, sans tenir compte de la pertinence d'une telle mesure. Il est pourtant prouvé qu'un temps parfois long est indispensable à la réussite de certaines psychothérapies. Le «bref» a ses limites: comme nous l'avons vu, il s'agit, tâche exi-

geante, de réunifier des parties sinistrées du psychisme. Les partenaires payeurs tendent aussi à diminuer le nombre de praticiens reconnus. Des psychologues psychothérapeutes, ayant accompli une formation longue et exigeante, ne sont toujours pas agréés dans le cadre de l'assurance de base; ils permettraient pourtant de faciliter les soins pour une partie de la population qui patiente devant les cabinets psychiatriques surchargés.

## Pistes pour l'avenir

La défense et le développement des approches thérapeutiques relationnelles qui prennent en compte la dynamique psychique inconsciente (parmi lesquelles la psychanalyse, la psychothérapie psychanalytique, mais aussi les psychothérapies de groupe, le psychodrame, les thérapies à médiation corporelles, les groupes d'intervention «Balint», etc.) apparaissent donc comme de première importance pour lutter contre les nouveaux phénomènes de discrimination. Même si les outils des neurosciences, les moyens techniques et médicamenteux croissent de façon vertigineuse, il s'agit de promouvoir une utilisation judicieuse de ceux-ci, sous-tendue par une dynamique relationnelle qui doit rester au cœur du traitement.

L'avenir verra aussi se développer des solutions psychothérapeutiques plus précoces qu'il faudra soutenir au titre de la prévention (comme les traitements proposés par les pédopsychiatres). La promotion de formations sérieuses à ces approches et leur reconnaissance par les pouvoirs publics et les assurances doivent finalement garantir un véritable accès aux soins en santé mentale qui comprennent, de plein droit, la psychothérapie. C'est bien de cette manière que nous pouvons souscrire au slogan de l'OMS «Non à l'exclusion, oui aux soins» qui sera célébré dans le monde entier le 7 avril 2001<sup>[4]</sup>, dans le domaine qui est le nôtre, celui de la psychiatrie-psychothérapie.

*D<sup>r</sup> Gérard Winterhalter et D<sup>r</sup> Nicola de Coulon, médecin adjoint et directeur médical de la Fondation de Nant, Secteur psychiatrique de l'Est vaudois*

### Références

<sup>[1]</sup> Fedida Pierre: *Les bienfaits de la dépression, Eloge de la psychothérapie*, Ed. Odile Jacob, Paris, 2001.

<sup>[2]</sup> De Coulon Nicolas: *La crise, stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie*. Ed. Gaëtan-Morin, Paris, 1999.

<sup>[3]</sup> Winnicott D.W.: *Conversations ordinaires*, Ed. Gallimard, 1986.

<sup>[4]</sup> A cette occasion, la Fondation de Nant ouvrira ses portes au public sur le site de l'hôpital à Corsier-sur-Vevy (renseignements au 021/925 27 27).



## La nouvelle Volvo S60



*L'alliance intelligente du confort, du dynamisme et de la sécurité, pour vous et vos passagers... un rêve devenu réalité.*

Volvo S60, dès Fr. 37'950.-

**VOLVO**  
for life

Votre concessionnaire exclusif pour Lausanne et environs:

**MON REPOS**  **AUTOMOBILE SA**

Rue Etraz 14 • 1003 Lausanne • Tél. 021/310 03 93 • Fax 021/310 03 90  
monrepos.lausanne@bluewin.ch

## Clinique chirurgicale et Permanence de Longeraie

S.O.S. MAIN

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

1003 Lausanne  
Avenue de la Gare 9  
Téléphone 021/320 33 01  
Fax 021/312 49 07

ANALYSES  
MEDICALES  
SERVICES SA



LABORATOIRE  
D'ANALYSES  
MEDICALES MNS

J.F. CHRETIEN

LABORATOIRE GENERAL & SPECIALISE - GENETIQUE MEDICALE - CYTO-PATHOLOGIE

VOUS SOIGNEZ  
NOUS ANALYSONS

### LABORATOIRE AMS

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

#### LABORATOIRE MNS GENEVE

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

#### GENOLIER

Clinique de Genolier  
Tél. 022/ 366 91 15

#### CULLY

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

#### LABORATOIRES DU CHABLAIS

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



## Durée d'hospitalisation diminuée

# Une chance pour les patients?

**Fini le temps où, lorsqu'on entré dans un hôpital psychiatrique, il semblait qu'on n'en sortirait jamais. En dix ans, la durée moyenne des séjours a diminué de moitié.**

Tout comme dans la plupart des autres secteurs médicaux, la psychiatrie subit aussi des pressions pour réduire son nombre de lits et l'hospitalisation doit être rentabilisée au maximum. Mais au-delà de décisions politiques et économiques, ce phénomène est aussi le reflet d'une nouvelle approche de la mission de l'hôpital. Cette évolution va-t-elle encore permettre de garantir à chaque patient un accès à des soins de qualité?

Le Dr Christian Bryois, directeur du secteur psychiatrique ouest à l'hôpital de Prangins, fait le point.

*Quelle a été l'évolution des hospitalisations en psychiatrie au cours de ces dernières années?*

Durant ces dix dernières années, la durée moyenne des séjours a diminué de moitié, passant de 52 jours en 1990 à 25 jours en 1999. Parallèlement, les demandes d'hospitalisation n'ont pas cessé d'augmenter: elles étaient de 2400 en 1990 et se sont élevées à 3400 pour l'année 1999.

*Comment expliquez-vous ce phénomène?*

Il est lié à une multitude de facteurs. Comme les autres secteurs médicaux, la psychiatrie subit certaines pressions pour diminuer le nombre de lits. Mais cette évolution est avant tout le résultat d'une volonté clinique de recentrer l'hôpital sur sa véritable mission hospitalière: davantage qu'un lieu de résidence, il doit être un lieu de soins. C'est pourquoi nous nous efforçons de pratiquer plus d'actes thérapeutiques sur une durée de temps réduite.

*Cette évolution est donc le reflet d'une nouvelle approche des soins?*

Notre but est de permettre au patient de retrouver son indépendance et de regagner son cadre de vie habituel le plus rapidement possible. Dès le premier jour d'hospitalisation, nous préparons sa sortie en définissant avec

lui et avec son entourage les objectifs à atteindre. La période d'hospitalisation est alors principalement consacrée aux soins thérapeutiques; l'hôpital n'est plus un lieu de vie, comme il a pu l'être auparavant. Nous prenons alors davantage de temps pour observer, ce qui n'était pas forcément mieux, car les objectifs thérapeutiques étaient moins rapidement définis.

*Jusqu'où va aller cette réduction de la durée d'hospitalisation?*

Avec une durée moyenne de 25 jours, nous avons atteint aujourd'hui un seuil de compression maximal. La psychiatrie a besoin de temps et il y aura toujours des situations qui nécessitent une hospitalisation.

*Plus de cas d'hospitalisation, plus de soins concentrés sur moins de temps. Le personnel soignant a-t-il les moyens de faire face à cette charge de travail accrue?*

La psychiatrie est aussi le reflet de ce qui se passe actuellement dans notre société: le personnel soignant est amené à faire face à une plus grande charge de travail, à un rythme plus soutenu. Il doit s'adapter à une nouvelle façon de travailler; la formation joue alors un rôle important. Nous avons besoin d'un financement en fonction de cette évolution. Or, les revenus ne suivent pas... Nous atteignons aujourd'hui la limite en matière de charge de travail par patient.

## Jeudi de la Vaudoise

31 mai 2001

Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

### Promotion de la santé et soins aux personnes âgées

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

Organisation: Janine Resplendido, SSP, Ilario Rossi, PMU

Présidence: Dr Jean Martin, médecin cantonal, professeur Alain Pécoud, PMU

#### Séance plénière

- 9 h Salutations, Professeur Alain Pécoud  
Vieillesse de la population et systèmes de santé:  
quel héritage, quel avenir?  
Professeur Pierre Gilland
- 10 h Prévention et promotion de la santé de la personne âgée  
au XXI<sup>e</sup> siècle  
Professeur Andreas Stuck
- 10 h 40 Introduction au séminaire: parcours en gériatrie  
Dr Christian Büla
- 10 h 50 Pause

#### Séminaires interactifs

- 11 h 15 Parcours en gériatrie
- 12 h 30 Repas au restaurant du CHUV
- 14 h 15-17 h Ateliers  
Apéritif

**Ce cours est soutenu par la firme MSD.**

*Comment, dans ces conditions, garantir des soins de qualité? Ne risque-t-on pas de devoir réduire les causes d'hospitalisation à certains troubles uniquement?*

Les hospitalisations ont toujours lieu pour les mêmes types de troubles, qu'il s'agisse de dépressions, de maladies psychotiques, de dépendances ou de troubles du comportement, par exemple. De ce côté-là, il n'y a pas eu de grands changements. Mais il est vrai que nous sommes aujourd'hui au seuil de difficultés: on nous a enlevé tout ce qu'il était possible d'enlever et il serait difficile de faire autrement sans diminuer la qualité des soins.

*Confronté à la nécessité de rentabiliser au maximum son séjour hospitalier avec un personnel soignant restreint, le patient retrouve finalement au sein même de l'hôpital les mêmes facteurs de stress qu'à l'extérieur...*

On ne cherche pas à faire de l'hôpital un lieu particulièrement protégé, ni à établir une rupture par rapport à la vie quotidienne. Par ailleurs, il est rare qu'un patient se plaigne que son séjour soit trop court. Auparavant, on avait l'impression qu'en entrant dans un hôpital psychiatrique, on n'en sor-

tirait jamais. Aujourd'hui, on voit qu'on en sort. La réduction du séjour contribue aussi à dé-stigmatiser ce genre de maladies.

*Cette évolution est-elle accompagnée d'un développement des structures extérieures et de partenariats?*

Il existe toute une chaîne qui se met en place entre l'hôpital, les établissements médico-sociaux et les associations avec lesquelles les contacts se sont beaucoup étendus au cours de ces dernières années. Par ailleurs, les prises en charge ambulatoires se sont développées. Tout cela est bénéfique pour le patient et permet d'une certaine manière de réduire la durée d'hospitalisation. D'autre part, nous sommes beaucoup plus attentifs à prévenir les rechutes: nous sommes en train de mettre en place des programmes psycho-éducatifs intra- et extra-hospitaliers, ainsi que des groupes d'affirmation de soi, et une approche cognitivo-comportementale en groupe pour les troubles dépressifs et paniques.

*Quel regard portez-vous sur l'évolution de la prise en charge des patients au cours de ces dernières années?*

A mes yeux, elle est plutôt positive: en réduisant la durée d'hospitalisation, nous sommes amenés à définir plus rapidement les objectifs thérapeutiques avec le patient. Nous nous efforçons de lui donner un maximum d'outils pour qu'il puisse rapidement prendre en charge sa maladie, en collaboration avec son réseau. Mais cette manière de pratiquer a aussi un coût, et, avec l'augmentation des demandes d'hospitalisation, nous avons besoin de davantage de personnel formé... Donc, de plus de salaires.

*A qui vous adressez-vous?*

Il s'agit véritablement d'un choix de société. Nous sommes tous des patients potentiels. Chaque fois que nous sommes amenés à voter sur le thème de la santé, c'est le même message qui revient: on paie trop cher. Mais on veut aussi les meilleurs soins. La qualité a un prix! Certes, la santé coûte cher, mais nous disposons en Suisse d'un système de qualité. A chacun de nous d'y réfléchir en tenant compte de l'ensemble des paramètres, et de faire ensuite des choix en conséquence.

*Propos recueillis par Nathalie Getz parus dans le «Tout Comme Vous» N° 76*

## Les neurosciences, un allié des patients psychiatriques

L'une des questions essentielles qui ont tourmenté l'humain depuis des siècles, et qui ont constitué le fondement d'une recherche épistémologique à laquelle de nombreuses disciplines ont tenté de donner réponse, est certainement celle de l'origine et du fonctionnement de l'esprit.

Depuis l'avènement des sciences de la vie, et plus particulièrement celui des neurosciences, la question est maintenant formulée en termes de relations entre esprit et fonctionnement cérébral. Pour certains chercheurs, héritiers des courants matérialistes et positivistes – on peut citer ici de façon non exhaustive Jean-Pierre Changeux, Gerald M. Edelman et Antonio Damasio –, il ne fait pas de doute que la progression des connaissances en neurosciences nous permettra de connaître complètement le fonctionnement de l'esprit humain. Citons A. Damasio: *«Je crois simplement que l'esprit, précieux et unique, est biologique et qu'il sera un jour décrit en*

*termes biologiques.»* Pour d'autres, héritiers des courants spiritualistes, comme le neurobiologiste John C. Eccles ou le philosophe Paul Ricoeur, ou encore pour de nombreux tenants des sciences humaines, cette vision est par trop réductrice, et l'esprit connaissant ne saurait être défini en termes de connexions neuronales, fussent-elles organisées en réseaux oscillant de façon synchrone. Comment expliquer la richesse de nos pensées, de nos émotions, de notre vécu, comment expliquer ce que nous nommons conscience, par des chapelets de synapses, même arrangées en boucles actives et rétroactives? A plus ou moins long

terme pourtant, les acteurs de cette dispute – au sens étymologique – sont condamnés à s'entendre; jamais plus ils ne pourront se passer les uns des autres, et l'esprit connaissant – laissons pour l'instant l'âme en dehors de ce débat – va désormais devoir s'accommoder de son encombrant compagnon.

Il en va de même de l'esprit souffrant qui a toutes les bonnes raisons d'accorder quelques grâces aux réseaux neuronaux et synaptiques, puisque, en soignant ces derniers, il voit sa souffrance diminuer. Il n'est certainement plus personne aujourd'hui pour nier le bien-fondé des traitements neurochimiques ciblant de manière de plus en plus précise certaines catégories de neurotransmetteurs et de récepteurs, avec leurs différentes sous-unités. Henri Laborit, qui a participé à la découverte, dans les années cinquante, de la première molécule efficace pour le traitement des psychoses, a aussi été un pionnier dans les tenta-

tives de mettre en regard connexions nerveuses et comportements humains. Cependant, en dépit du fait que ces traitements sont appliqués depuis de nombreuses années, ils n'ont que peu contribué à diminuer l'exclusion des patients psychiatriques dans l'esprit du public.

### Un paradoxe difficile à surmonter

C'est qu'il y a un monde entre la molécule, d'une part, et la souffrance, la pensée et le comportement, d'autre part. Certains professionnels, comme la majorité du public – à l'instar des philosophes mentionnés plus haut –, ne s'y trompent pas, refusant d'accepter que ces molécules, quelque bienfait qu'elles apportent, puissent transformer notre subjectivité et diminuer notre part de liberté. Cette façon de penser a sa zone d'ombre, laissant au patient psychiatrique la responsabilité de sa maladie. Si l'esprit est responsable, alors il peut agir sur lui-même – c'est le fameux «Voyons, fais donc un effort» –, mais si le cerveau est malade, alors il doit être soigné et chacun l'accepte. Comment sortir de cette forme de paradoxe? C'est qu'on ne saurait impunément sauter les niveaux de complexité, et c'est là que les différentes disciplines des neurosciences devraient contribuer à créer des liens d'un niveau à l'autre, apportant leur part d'explication à la maladie mentale et, par là même, participant à la lutte contre l'exclusion.

### Notre cerveau, un travail d'équipe

Ainsi, l'imagerie cérébrale, la neurophysiologie et la neuro-anatomie fournissent des données précieuses sur la manière dont les différentes régions cérébrales interagissent, supportant un travail plus élaboré que ne le permettrait la seule somme de leurs activités et donnant naissance à nos représentations du monde. Elles montrent aussi comment la cohérence de ce travail d'équipe peut être perturbée, lorsque certaines régions comme le système limbique ou le cortex préfrontal sont suractivées ou sous-activées. Dans la schizophrénie, une désorganisation des circuits émotionnels dans le système limbique favoriserait les associations de pensées abusives ou erronées, les distorsions de la mise en mémoire et de la récupération mnésique, et serait susceptible de conduire à une pensée délirante.

De manière analogue, un phénomène d'hypofrontalité perturberait la mémoire de travail – mémoire tampon entre la pensée et l'action – et influencerait par conséquent les capaci-

tés d'adaptation comportementale en fonction d'une représentation différée du monde extérieur. Dans les troubles affectifs, une petite région du cortex préfrontal sous le genou du corps calleux pourrait être en cause, sorte de carrefour où les évocations des sensations viscérales de mal-être seraient confrontées à une interprétation cognitive donnant naissance aux sentiments négatifs. D'autres régions sont de plus en plus étudiées, comme l'amygdale, où nos informations en provenance du monde extérieur acquièrent une coloration émotionnelle, ou bien les ganglions de la base, où se jouent des scénarios d'action – réaction vis-à-vis du monde extérieur, scénarios qui peuvent se mettre à tourner en boucles infinies lors de phénomènes obsessionnels.

Enfin, dans les démences de l'âge avancé, en particulier dans la maladie d'Alzheimer, ce sont d'abord les structures liées à la mise en mémoire des informations récentes, comme le cortex entorhinal et l'hippocampe, qui sont touchées, alors que les souvenirs plus anciens sont encore préservés; mais les lésions ne tardent pas à envahir tout le néocortex, les aires associatives sont progressivement déconnectées les unes des autres, tandis que le monde environnant perd son sens et que le sentiment d'identité se désagrège. Alors que le patient ne sait plus nommer les objets de sa vie quotidienne, puis ne sait plus les reconnaître, ni à quoi ils servent, on peut imaginer assez précisément quelles aires corticales sont atteintes et quel pourcentage de neurones elles ont perdu. Jamais on n'a été plus près d'un lien intime entre la fonction et la structure. Jamais on n'a été plus loin d'accorder à la conscience perdue une fonction transcendante que lorsque l'on a sous les yeux les lésions neuronales qui l'ont détruite.

### Des bienfaits qui restent mystérieux

Mais revenons un instant à la molécule puisque c'est par elle que l'espoir thérapeutique se précise. Les dernières générations d'antipsychotiques, d'antidépresseurs ou d'anxiolytiques sont de mieux en mieux supportées et ont de moins en moins d'effets secondaires. On ne sait cependant toujours pas exactement comment, de la synapse modifiée, surgit la pensée éclaircie, la peur évanouie ou le comportement soudain adéquat, quand bien même on savait depuis longtemps que si la molécule peut modifier la pensée; l'inverse est vrai aussi, d'où le succès des thérapies non biologiques, notamment – mais pas seu-

lement – cognitives. On sait à peine mieux pourquoi les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase retardent un peu la détérioration cognitive de la démence et on ne sait pas du tout comment empêcher les neurones de mourir. La neurochimie, la neurobiologie moléculaire et la neurogénétique pourtant y travaillent.

### Une alliance inéluctable

Et pour faire le lien avec les réseaux de neurones et les fonctions émergentes, de nouveaux paradigmes vont apparaître. Nous ne sommes qu'au début d'une série de recherches fascinantes visant à passer d'un niveau de complexité à l'autre et à réduire l'écart des connaissances objectives et subjectives sur l'humain. C'est le moment de dépasser le vieil antagonisme entre sciences de la matière et sciences de l'esprit. En particulier, psychiatrie et neurosciences ont à conclure une alliance inéluctable, pour des raisons épistémologiques certes, mais aussi purement pragmatiques: le bien du patient, à moyen et à long terme, passe par l'intégration des nouvelles connaissances. Et, du reste, le patient et sa famille en redemandent, de ces connaissances qui leur permettent d'avoir prise sur la maladie, de devenir des interlocuteurs à part entière. Le mouvement est en marche, dorénavant la connaissance sera partagée.

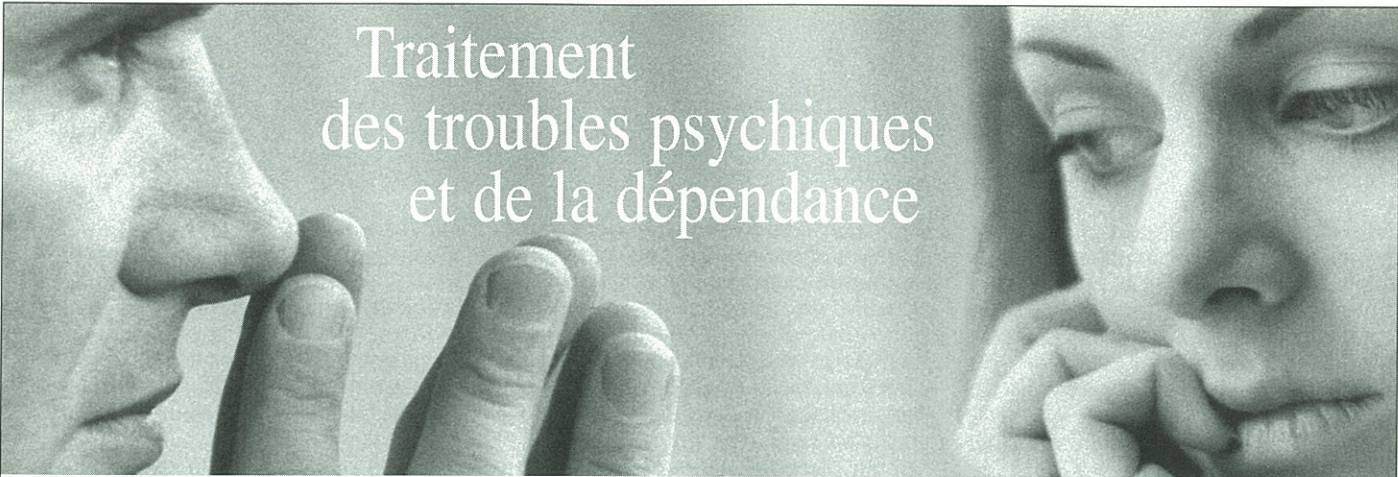
Il n'est qu'à penser au foisonnement des émissions de radio et de télévision, des articles et revues de vulgarisation, au développement des nouvelles techniques d'information – sites Internet et forums de discussion par exemple – et à la mise à disposition du public d'informations prédi-gérées par des scientifiques prenant conscience de leurs responsabilités vis-à-vis de la société. Des manifestations comme la Semaine du Cerveau<sup>1</sup>, le Festival Sciences et Cité<sup>2</sup> ou l'année de l'OMS pour la santé mentale<sup>3</sup> en représentent les parties émergées. Mais, en profondeur, c'est bien d'une révolution qu'il s'agit. Une révolution qui ne peut que nous amener à mieux lutter contre l'exclusion, à mieux intégrer la différence, à mieux connaître cet autre qui nous ressemble. Qui en effet ne s'est jamais senti à deux doigts d'une déviance psychologique ou comportementale par l'effet d'un orage neuronal?

*Geneviève Leuba Gfeller, PhD,  
PDEMER, Centre de neurosciences  
psychiatriques  
Service universitaire de  
psychogériatrie, Lausanne-Prilly*

<sup>1</sup> 12 au 17 mars 2001.

<sup>2</sup> 5 au 11 mai 2001.

<sup>3</sup> année 2001.



# Traitement des troubles psychiques et de la dépendance

La Clinique La Métairie dispense des soins de qualité, basés sur une approche multidisciplinaire, dans un cadre discret et offre un service hôtelier de premier ordre.

Elle dispose d'un département de psychiatrie générale, d'un hôpital de jour et d'unités spécialisées pour les traitements suivants :

- **Dépression**
- **Alcoolisme, toxicomanie et pharmacodépendance**
- **Anorexie et boulimie**
- **Etats de stress post-traumatique**
- **Troubles anxieux et dépressifs des aînés**

Agréée par la Santé Publique du Canton de Vaud, la clinique fait partie du groupe Catio Healthcare. Elle est membre des associations vaudoise et suisse des cliniques privées (AVCP, ASCP).

N'hésitez pas à contacter notre service de coordination médicale pour plus d'informations.

**Clinique La Métairie**

Avenue de Bois-Bougy  
CH-1260 Nyon

Tél. 022 361 15 81  
Fax 022 361 44 98

[contact@lametairie.ch](mailto:contact@lametairie.ch)  
[www.lametairie.ch](http://www.lametairie.ch)

Des compétences reconnues  
Une approche personnalisée



## Clinique La Métairie

Horizon



## NOUVELLE UNITÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE À LA CLINIQUE BOIS-CERF

**La Clinique Bois-Cerf et la Clinique La Métairie se sont associées pour la prise en charge de patients présentant des troubles psychiques**

Dans un cadre structuré de type multidisciplinaire, cette nouvelle unité de 10 lits au sein de la Clinique Bois-Cerf, à Lausanne, donne la possibilité aux médecins d'hospitaliser leurs patients en les confiant aux médecins de l'unité ou de les suivre personnellement et facturer directement leurs honoraires.

Pour toutes informations complémentaires, contacter  
l'Unité Médico-Psychologique (UMP) de Bois-Cerf au 021/619 63 07  
ou le service de coordination médicale de La Métairie au 022 / 361 15 81

## Favoriser les soins psychiques aux enfants et aux adolescents

# Une priorité pour le SUPEA

De nombreux progrès ont été effectués pour améliorer la prise en charge et le traitement des enfants et adolescents atteints dans leur santé mentale. Pourtant, ces progrès sont insuffisants et de nombreux jeunes qui souffrent de troubles psychiatriques restent encore à l'écart des systèmes de soins disponibles.

Il n'est pas aisé de reconnaître des troubles engendrés par des difficultés scolaires ou de graves maltraitances, ou qui révèlent celles-ci. La véritable question est celle de la demande d'aide: quand il s'agit d'enfants, elle est souvent partagée ou portée par un tiers; les adolescents, eux, la dénie. Ne pas prendre garde à ces difficultés spécifiques aux soins psychiques des enfants et des adolescents favorise l'exclusion.

La priorité actuelle du SUPEA (Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) consiste à faciliter l'accès aux soins en développant une chaîne thérapeutique cohérente et complémentaire destinée aux jeunes patients.

Nous décrivons ici brièvement trois des domaines ou projets qui s'insèrent dans cette chaîne thérapeutique offerte par le SUPEA.

### Enjeux cliniques, accueil, urgences, modalités thérapeutiques

Exclusion, drogue, violence, abus sexuels, dépression, suicide, anorexie... Nombreux sont les thèmes qui conduisent les jeunes sous les feux de l'actualité. Difficile aussi est le chemin qui va de l'expression plus ou moins spectaculaire de la souffrance d'un jeune à son traitement.

L'adolescence est par elle-même une période de *développement à risque* pour ce qui est de la santé mentale. C'est l'âge où apparaissent des troubles parfois très graves: troubles schizophréniques, troubles du comportement et de la personnalité, conduites addictives, épisodes psychotiques aigus, troubles de l'humeur. D'après des estimations, environ 5% des adolescents sont atteints de graves troubles psychiques et, depuis quelques décennies, dans toute l'Europe, la pathologie psychiatrique a considé-

ablement augmenté chez les jeunes de cet âge.

Les troubles psychiatriques des adolescents sont de mieux en mieux repérés. Aujourd'hui il est évident que leur traitement doit être le plus précoce possible; la prévention d'un handicap social ultérieur en dépend. En général le contexte familial, scolaire et social est toujours impliqué dans la psychopathologie; en conséquence une approche globale est indispensable. L'intérêt doit être notamment focalisé sur les jeunes sortis du système scolaire – les fameux «drop-out» – et certains groupes à risques: délinquants, abuseurs de substances psychotropes, mères adolescentes...

Si la demande paraît grande, la réponse est insatisfaisante, puisque moins du quart des adolescents qui auraient besoin d'une évaluation ou d'un traitement bénéficient effectivement d'une prestation. Qui plus est, la rencontre – quand elle a lieu – est bien souvent tardive, le lien est trop facilement ou trop rapidement rompu. L'accessibilité des services spécialisés reste donc une question d'une grande acuité.

Le refus de consulter est souvent le point de départ de négociations difficiles, mais qui doivent être tenues. A cet égard, certains intervenants adultes prêtent parfois aux adolescents des résistances qui sont en fait les leurs. La perception des «psy» – tant par les adolescents que par les adultes significatifs qui les entourent et jouent un rôle important dans le conseil ou l'orientation – doit être améliorée.

Les adolescents inquiètent et, parfois, déroutent le consultant. Par conséquent, certains aspects doivent être pris en considération: le respect de la confidentialité et de l'intimité, la crainte de la perte de contrôle et de maîtrise, l'ambivalence et le climat de malentendus que l'adolescent entretient avec les adultes, l'influence des autres jeunes, les questions de la

«confiance», de la «liberté», de l'authenticité, de la pudeur, des attentes aussi, et enfin de la cohérence du cadre proposé. Souvent, il s'agit d'accueillir une situation pour accueillir l'adolescent lui-même. Quelle place faut-il alors réserver à l'environnement du jeune dans nos consultations? Un «*adolescent tout seul*», ça n'existe pas!

Pour toutes ces raisons, le SUPEA a mis en place une diversité d'unités de soins psychiatriques pour adolescents: l'Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents (UHPA), le Centre thérapeutique de jour pour adolescents (CTJA) et l'accueil-consultation des jeunes.

L'UHPA et le CTJA prennent en charge des jeunes de 13 à 18 ans de tout le canton de Vaud.

Le but est de constituer une association d'unités différenciées quant aux indications, au niveau d'accessibilité et aux propositions de prise en charge, tout en organisant des synergies visant à offrir un très large éventail de propositions d'étayage et de traitement.

### Un «Atelier thérapeutique du soir» (ATS) au Bugnon

Pour certains enfants, l'entrée dans le système scolaire est souvent le début d'un parcours difficile qui les renvoie à des échecs, des insatisfactions et une certaine forme de souffrance psychique. Cependant, le milieu scolaire est très investi dans notre société et donc par la plupart des parents. La «pression» ressentie par les enfants en peine est énorme.

Malgré les efforts déployés par le Service de l'enseignement spécialisé pour aider les enfants au plus près de leurs difficultés, dans leur classe ou dans des classes plus adaptées, certains continuent à naviguer entre différentes structures sans qu'aucun lieu adapté pour eux ne soit reconnu.

C'est dans ce contexte que le projet d'un Atelier thérapeutique du soir sur le site du Bugnon a vu le jour, sur le modèle déjà existant de l'ATS de Chavannes.

L'Atelier thérapeutique du soir trouve parfaitement sa place entre, d'une part, la Consultation du Bugnon

qui réalise des investigations pédopsychiatriques cliniques et psychométriques et, d'autre part, le Centre thérapeutique de jour pour enfants où sont pris en charge cinq jours par semaine des enfants de 5 à 11 ans présentant des troubles sévères de la personnalité.

Un tel dispositif s'adresse, en effet, à des enfants qui exigent précisément plus que des séances de psychothérapie ou de rééducation sous leur forme habituelle, sans pour autant relever d'une prise en charge en centre thérapeutique de jour sur l'ensemble de la semaine.

Les meilleures indications sont constituées par les troubles de la personnalité se situant entre psychoses et névroses: pathologies limites, narcissiques, anaclitiques; enfants abandonniques, victimes de sévices et de carences...

La prise en charge à temps partiel implique par définition que l'enfant reste dans sa famille et continue de fréquenter ses lieux de vie habituels, à commencer par l'école de son quartier. Dans ce type de prise en charge, le travail de liaison avec le réseau scolaire et social de l'enfant joue un rôle primordial.

L'originalité du projet est de permettre une meilleure observation de l'enfant, tout en lui aménageant un espace plus sécurisant que son milieu scolaire. Le lieu doit permettre également de favoriser l'accès au CTJE, puis le départ du Centre, en introduisant des «pré-cures» et «post-cures» qui garantissent l'harmonisation de l'évolution d'un enfant.

Nous savons combien la nécessité d'une réorientation scolaire est susceptible d'être vécue comme une blessure par les parents de l'enfant. Là également, la psychiatrie fait peur, parce qu'elle renvoie à une image de marginalisation et d'exclusion. Dans ce type de soins, le travail auprès des parents est par conséquent lui aussi primordial. L'ATS nous semble être un outil suffisamment souple pour constituer un espace tiers, entre l'école et le Centre de jour, où les parents apprennent à percevoir les soins d'une manière différente.

La prise en charge comportera un accueil-goûter, des jeux, un temps de soutien scolaire, des moments de jeux libres, ainsi que la participation à différentes activités thérapeutiques: psychodrame, atelier thérapeutique, groupe de parole, observation de l'enfant et consultations individuelles, entretiens de famille...

### La pédopsychiatrie de liaison

Au SUPEA, la pédopsychiatrie de liaison a pour missions la psychiatrie

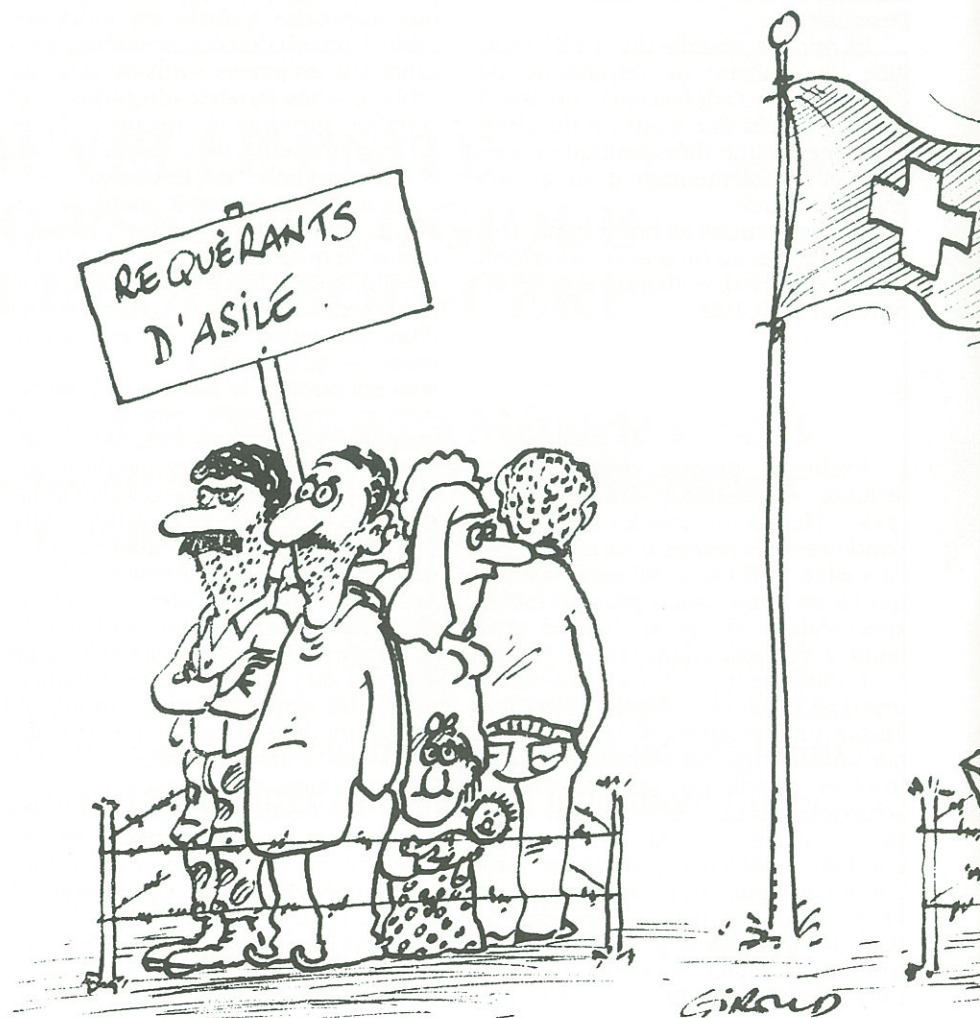
du nourrisson et du jeune enfant et le traitement psychiatrique institutionnel des jeunes enfants.

Au CHUV et à l'Hôpital de l'enfance de Lausanne (HEL) elle prend en charge la dimension subjective, psychique et affective du vécu des enfants et de leurs parents, lors de l'hospitalisation d'un enfant, mais également lors de la prise en charge d'un enfant par une consultation spécialisée. Elle s'occupe par conséquent des troubles psychiatriques ou des conséquences psychiques de maladies somatiques des enfants et de leurs parents, en intervenant directement auprès du patient, ou moins directement au travers d'un travail de liaison avec l'équipe pédiatrique qui s'occupe de l'enfant. Cela va dans le sens d'une orientation multidisciplinaire du travail et d'une mise en jeu cohérente des différents points de vue concernant l'enfant, à travers des liens de travail réguliers et en continuité avec les différentes consultations ambulatoires et les structures d'hospitalisation psychiatrique du SUPEA. Le Centre de soins permet d'ac-

cueillir de jour, à temps partiel et en milieu psychiatrique, des patients hospitalisés en pédiatrie pour raison psychiatrique ou des patients externes lors de crises se manifestant sur le plan scolaire, social, somatique ou familial et pour lesquels un suivi ambulatoire s'avère insuffisant.

Le Groupe des petits du Centre psychothérapeutique reçoit des enfants de moins de 5 ans présentant des troubles envahissants du développement à l'âge précoce, à temps partiel, pour des observations thérapeutiques ou pour un travail psychothérapeutique institutionnel qui inclut une prise en charge parents-enfant.

*D<sup>r</sup> Olivier Chouchena,  
ME, médecin associé;  
D<sup>r</sup> Jacques Laget, ME,  
médecin adjoint;  
D<sup>r</sup> Carole Muller Nix,  
médecin associée  
D<sup>r</sup> Philippe Stéphan,  
médecin associé;  
Professeur Olivier Halfon,  
chef de service SUPEA*



## Futur Centre de traitements psychiatriques du Nord vaudois dans la Cité

# Un pas vers la dédramatisation

Au siècle dernier, des progrès importants ont eu lieu dans le traitement des troubles mentaux: les approches psychothérapeutiques se sont modifiées, les traitements médicamenteux sont devenus plus efficaces, des structures intermédiaires telles que Centre de jour, Hôpital de jour, Centre de crise ont vu le jour et se sont développées.

Hier les patients étaient mis à l'écart de la société, éloignés de leurs proches. Aujourd'hui ils sont soignés plus rapidement, plus efficacement grâce à cette adaptation de la psychiatrie. L'hôpital psychiatrique s'est

transformé, l'asile n'existe plus. Au début du siècle, les hôpitaux étaient construits à l'extérieur de la Cité, il s'agissait de séparer les malades mentaux de leur famille, de les exclure de la société.

### Désormais au cœur de la Cité

Aujourd'hui, dans un mouvement de mutation, l'hôpital s'installe dans la Cité, permettant ainsi d'éviter l'isolement des patients psychiatriques et de favoriser la réinsertion socio-familiale.

L'implantation du Centre de traitements psychiatriques du Nord vaudois au cœur d'Yverdon-les-Bains répond à cette évolution et par là même est un point fort dans le sens de la dédramatisation de la maladie mentale.

Bien que la psychiatrie s'oriente de plus en plus vers des structures intermédiaires et ambulatoires, l'hôpital demeure un lieu de régression, de protection souvent nécessaire pour le patient en crise.

L'intégration dans un contexte actif – dans la Cité – permet de dédramatiser la folie, d'assurer une réinsertion optimale, de ne pas isoler les patients de leurs proches, d'améliorer enfin l'accessibilité aux soins. Selon l'OMS, la stigmatisation et la discrimination figurent parmi les principaux obstacles auxquels se heurtent aujourd'hui les malades mentaux. Rares sont les personnes, les familles qui sont à l'abri de traitements psychiatriques et bien peu de gens échappent à la honte et à la crainte que ces maladies suscitent.

### Mise en service: fin 2002

Le projet soumis à votation populaire le 24 octobre 1999 a été accepté à plus de 70% par le peuple vaudois, signe que les mentalités changent: «Ce

qui était honteux hier l'est moins ou presque plus aujourd'hui.» Le Centre de traitements psychiatriques réunira sous le même toit l'hôpital psychiatrique du Nord vaudois, la consultation ambulatoire d'Yverdon-les-Bains, de Grandson et de Sainte-Croix, et une structure intermédiaire type «hôpital de jour». Par ailleurs, l'implantation du nouveau centre au cœur de la région du Nord vaudois et des transports publics qui la desservent facilite le travail en réseau avec les acteurs sanitaires régionaux d'une part et l'accessibilité optimale pour les patients et leurs familles d'autre part.

La localisation dans la Cité est un symbole visant à dédramatiser la maladie psychiatrique, sachant que la maladie mentale fait davantage peur que la maladie somatique. Souvent chacun est convaincu que cette affection ne concerne que les autres. La stigmatisation est ainsi maintenue et isole les personnes concernées et leurs familles.

### Pour que la peur régresse...

La maladie mentale n'en reste pas moins étrange, parfois angoissante: elle demeure un des défis de la société moderne. Cela suppose de la part des responsables des institutions psychiatriques un dialogue permanent avec la population, pour tenter d'atténuer les préjugés, les mythes et croyances toutes faites face aux troubles mentaux.

Pour reprendre le thème de l'OMS, «Non à l'exclusion, oui aux soins», la construction du futur Centre de traitements psychiatriques est un pas dans la direction souhaitée par le mouvement mondial – à savoir sensibiliser la population à la maladie mentale – et contribue à la dédramatiser.

D<sup>r</sup>esse Jo Montandon  
Médecin directeur,  
Hôpital de Bellevue, Yverdon



**R.C PONT ASSURANCES S.À R.L.**

(ASMAC MEDISERVICE en Romandie)

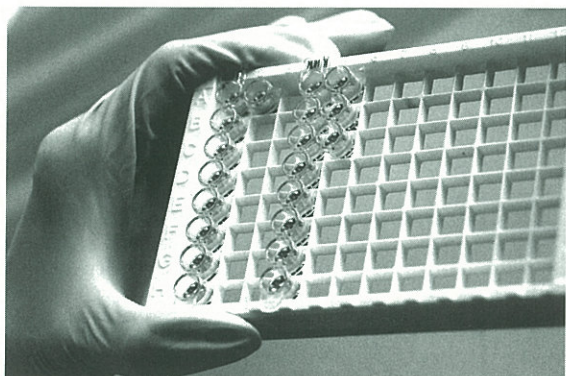
VA BEAUCOUP PLUS LOIN QUE

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

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

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

## Notre métier ?



cm geneve

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

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

**Clinique Cécil**  
6, rue Marc-Dufour - 1007 Lausanne  
Tél. 021 310 56 78 - Fax 021 310 56 77

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

## L'aide au diagnostic

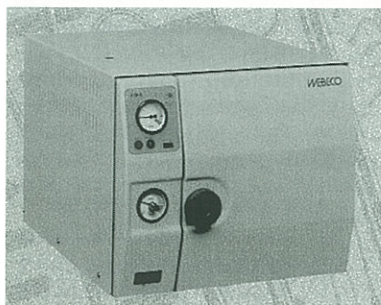
Les analyses médicales constituent un élément essentiel de la qualité des soins prodigués aux patients. C'est pourquoi Unilabs accorde une importance primordiale à la qualité et au niveau des services offerts aux médecins: une gamme complète d'analyses, des spécialistes de chaque domaine à l'écoute du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

 **Unilabs**

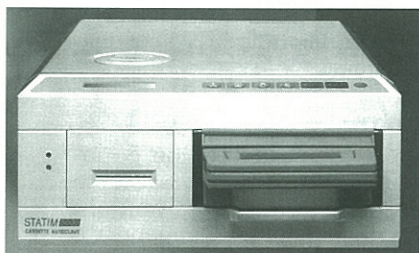


S.A.

**MARCEL BLANC & CIE**



*Confiance - Continuité*



La nouvelle gamme d'autoclaves conformes aux normes, classes N, S ou B classiques **WEBECO** ou «à cassette» **STATIM-S**

Avec le service après-vente  
...qui va avec!  
Entretien annuel sur contrat!

En Budron C 2  
1052 Le Mont-sur-Lausanne  
Tél. 021/654 30 80 - Fax 021/652 44 10  
E-mail: [mblanc@worldcom.ch](mailto:mblanc@worldcom.ch)  
Internet: [marcel-blanc-cie-sa.ch](http://marcel-blanc-cie-sa.ch)





## Personnes âgées avec troubles mentaux

# Dévalorisées par l'âge et la peur de la «folie»

Les progrès réalisés dans le domaine de la santé ont permis, au niveau mondial, de diminuer la mortalité infantile et d'augmenter la longévité de la population âgée de 65 ans et plus. Cependant, ces changements démographiques importants sont en train de devenir un défi majeur pour les prochaines décennies: comment faire face, déjà en 2025, à une population âgée qui représentera 20% de la population et qui sera surtout concentrée dans les pays en voie de développement?

Il est également probable qu'avec l'augmentation de la population âgée, les troubles somatiques et psychiques changeront dans leur fréquence et dans leur distribution, ainsi que dans les rapports entre eux. Les problèmes de santé mentale chez les personnes âgées sont fréquents, variés et sévères. En plus de la démence de la maladie d'Alzheimer, qui touche presque exclusivement cette tranche d'âge, plusieurs autres types de troubles ont aussi une prévalence élevée chez les personnes âgées comme la dépression, les troubles anxieux et les troubles psychotiques. L'abus de substances dangereuses, surtout d'alcool et de médicaments, est aussi hautement prévalent, mais souvent ignoré.

### Proches pénalisés

Ces problèmes sont à l'origine d'un niveau élevé de souffrance non seulement pour les personnes âgées mais encore pour leur entourage proche. Afin de soutenir et d'aider leurs parents âgés souffrant de troubles mentaux, un ou plusieurs membres de la famille consacrent une partie de leur temps à leur apporter l'aide nécessaire. Ces maladies représentent une charge importante pour les familles et la communauté, mais trop souvent les ressources disponibles sont destinées à d'autres priorités, laissant les malades et leurs proches sans le soutien nécessaire.

Une grande proportion de ces problèmes peut être gérée de façon efficace, mais la plupart des pays ne possèdent pas des politiques, des programmes ou des services préparés pour répondre aux besoins des personnes âgées avec un trouble mental et de leurs proches. De plus, la présence d'un double stigma – lié aux

troubles mentaux en général et à l'âge avancé en particulier – ne facilite pas l'accès à l'aide nécessaire.

### Un regard dévalorisant

En effet, les idées préconçues liées au vieillissement nuisent à la qualité de vie des personnes âgées. La place qu'elles occupent dans la société est souvent dévaluée, augmentant ainsi leur isolement. La situation des femmes âgées est particulièrement difficile: si, dans certaines sociétés de niveau préindustriel, elles peuvent gagner en prestige avec l'âge, ce prestige disparaît dans des sociétés plus développées comme la nôtre. Les femmes vont expérimenter les effets de la discrimination liée à l'âge plutôt que les hommes: elles sont alors aperçues comme étant affaiblies, dépendantes, vulnérables et ayant perdu toute capacité d'attraction. Sans avoir une base scientifique, non seulement ces préjugés vont nuire à leurs victimes dans la réalisation de leur projet de vie mais encore les communautés où elles vivent se verront privées de la richesse de leur contribution. Ce processus, qui projette sur les gens âgés des stéréotypes négatifs et même de l'hostilité envers eux, est connu sous le terme d'*âgisme*.

### La maladie mentale n'est pas honteuse

En plus des préjugés liés à l'âge, la personne âgée souffrant d'une maladie mentale doit encore subir les désavantages liés à sa maladie ainsi que la stigmatisation de la part de la société face aux troubles qu'elle présente. Ces troubles l'empêchent de contribuer de façon positive à la société, de s'y ré-

insérer et de vivre avec dignité; par ailleurs, la stigmatisation diminue de façon significative les chances de se faire soigner par crainte de se voir affublé de l'étiquette malade mental. Comme le souligne l'OMS, les personnes qui souffrent de maladie mentale ou de troubles cérébraux ont aussi droit à leur place dans la société. Il faut avoir le courage de dénoncer les idées fausses, et garantir l'accès à des soins adéquats pour chacun.

Le droit à la vie et le droit à une bonne qualité de vie appellent à des modifications profondes du mode de pensée selon lequel les sociétés considèrent leurs aînés, afin de rompre avec des tabous. La façon dont les sociétés s'organisent pour fournir des soins adaptés à leurs personnes âgées est finalement un bon indicateur de l'importance qu'elles donnent aux valeurs de la dignité humaine.

*D<sup>r</sup> Carlos Augusto de Mendonça Lima*  
Service universitaire  
de psychogériatrie, Prilly

A réserver dans votre agenda!

**3<sup>e</sup> journée SVM**  
**jeudi 11 octobre 2001**

L'équipe du secrétariat général vous promet une après-midi originale, distrayante et intéressante, à la préparation de laquelle elle voue tous ses soins et bénéficie pour ce faire de vos confrères.

# La réhabilitation psychosociale, une réponse à l'exclusion

**La réhabilitation psychiatrique est le travail de l'après-crise. Suite à une hospitalisation, l'individu doit retourner dans son milieu social, familial et professionnel.**

Quand bien même il peut être encore fragilisé par la récente exacerbation de ses troubles psychiques, voire démuné devant les tâches et les rôles que la société attend de lui, il doit à nouveau se confronter à des exigences dont l'hôpital l'avait jusque-là épargné. Le trouble psychiatrique chronique est un facteur important de l'exclusion sociale des patients: en effet, les comportements de retrait ou de repli sur soi, les difficultés communicationnelles, la sensibilité au stress, les performances professionnelles diminuées et par conséquent un statut socio-économique bas créent autant de handicaps qui concourent au développement d'un processus de marginalisation (Lieberman, 1991).

## Une question anodine... et terrifiante

Combien de fois n'a-t-on pas entendu retentir dans nos dialogues avec les malades la redoutable – et apparemment si anodine – question «Que faites-vous dans la vie?» qui se glisse inévitablement dans toutes les conversations, et dont ils ne savent trop que faire, sinon l'éviter et la souffrir? A quelle qualité de vie, matérielle, psychologique et sociale, peuvent prétendre ces personnes, dont les handicaps parfois très importants les soustraient aux principales activités et satisfactions qui font de nous des citoyens intégrés, reconnus et plus ou

moins heureux? Ce sont les questions auxquelles nous, professionnels de la santé mentale et spécialistes de la réhabilitation psychiatrique et psychosociale, sommes confrontés chaque jour dans notre pratique.

Historiquement, la réponse psychiatrique au problème de la réinsertion socioprofessionnelle des malades mentaux, comme solution à l'exclusion sociale, a été le développement de la psychiatrie sociale ou communautaire (Grasset & Monney, 1996). On a assisté à un important mouvement de déshospitalisation, accompagné par l'apparition de centres de crises ainsi que de structures intermédiaires protégées pour l'hébergement et l'occupation ou le travail (établissements médico-sociaux, ateliers protégés, hôpitaux de jour, etc.). Le bilan de ce mouvement montre qu'il s'agit là d'une réponse satisfaisante jusqu'à un certain point, et pour autant que le réseau institutionnel intermédiaire soit suffisamment développé et diversifié, afin d'assurer à la multiplicité des cas et des situations une offre adaptée aux besoins (Brekke & Long, 2000; Grasset, Veillon & Meylan, 1996). Dans le cas contraire, si les moyens économiques accompagnant la déshospitalisation restent trop courts, on assiste à une augmentation des phénomènes de marginalisation, aux conséquences souvent très négatives pour les patients mais aussi pour la société: augmentation de la violence, des incarcérations, de la comorbidité avec des maladies somatiques (notamment infectieuses), de la clochardisation, etc., qui aboutissent souvent à un recours à l'internement psychiatrique, pour des raisons sociales ou judiciaires (Tessier & Clément, 1992). La boucle est bouclée, le problème non résolu...

## Des progrès encourageants

Si le handicap favorise l'exclusion et si à l'origine du handicap on repère des troubles et des difficultés qui méritent une attention et un soin spécifiques, alors tout espoir n'est pas perdu. Si l'étiquette de malade mental stigmatise la personne, c'est surtout par l'absence de soins appropriés et le manque de programmes de réinsertion. On a vu d'autres maladies, qui par le passé ont beaucoup stigmatisé les malheureux qui en souffraient, ne

plus conduire aujourd'hui à une quelconque exclusion, car le traitement efficace a permis de libérer les individus de stigmates autrefois inévitables (Lieberman, 1991).

On ne peut toutefois soutenir jusqu'au bout un paradigme biomédical, car les troubles mentaux impliquent directement les capacités de fonctionnement interpersonnel et social, et la stigmatisation ne résulte pas seulement d'une crainte sociale de contamination ou d'infection. Dès lors, pour pouvoir intervenir aussi sur ce plan psychosocial, tout dispositif de réhabilitation psychiatrique doit simultanément s'orienter clairement vers la Cité (soit déployer et employer les ressources professionnalisées et non professionnelles disponibles au sein de la communauté), et s'appuyer sur l'institution psychiatrique pour assurer une continuité des soins. Par définition, la réhabilitation psychiatrique doit mettre en place un dispositif intermédiaire d'accompagnement du patient dans un processus de vie, dont l'objectif avoué est la réintégration sociale, avec le meilleur rapport coût/bénéfice possible à long terme pour lui, son entourage et le système de soins impliqué dans sa prise en charge. Actuellement, l'appui sur le seul médicament est une chimère, dans les bras de laquelle il ne faut pas se laisser bercer: «le remède» se situe sans aucun doute possible dans l'approche bio-psychosociale (Lieberman, 1994).

On peut chercher à saisir sur quels éléments devrait s'appuyer un travail de prévention de l'exclusion en réhabilitation psychiatrique. Dans un premier temps, l'investigation spécialisée (Grasset et al., 1996; Lieberman, 1991), focalisée autant sur les ressources que les difficultés ou la vulnérabilité du patient, permet de mettre en évidence les besoins de ce dernier, le potentiel évolutif ainsi que la niche écologique où il pourra trouver la meilleure insertion. On peut, sur la base de ses observations, élaborer un projet de vie, et rétablir une vision plus réaliste de l'avenir, dans des cas où, baissant les bras, patient et entourage ne savent plus quoi faire et ne peuvent plus rêver.

La réalisation du projet tient ensuite à la mise en place d'un dispositif intégré d'interventions plurimodales biologiques, psychologiques et socioprofessionnelles s'appuyant sur les compé-

Avez-vous une place

### D'APPRENTISSAGE D'ASSISTANTE MÉDICALE

à me proposer pour l'été 2001 ou 2002?

Floriane Schär, 1433 Suchy  
Tél. 024/441 50 45

tences de multiples professionnels intervenant de concert. Le soutien psychothérapeutique individuel, l'entraînement des compétences sociales, émotionnelles et cognitives, le suivi social, l'accès à des ateliers de réadaptation aux activités occupationnelles et professionnelles, le partage de tâches de la vie quotidienne dans une ambiance conviviale sont autant d'outils précieux qui concourent à la progressive remise en confiance de soi et autonomisation (Grasset et al., 1996; Heinssen, Liberman & Kopelowicz, 2000).

### Le retour de l'estime de soi

Car c'est sans doute à travers ce retour de l'estime de soi, de l'affirmation de son identité (malgré sa vulnérabilité) et de cette autonomie dans les choix de vie et dans leur actualisation que passe la prévention de l'exclusion. Et c'est à la mesure aussi de cette reprise de contact positif avec les situations et les personnes qu'autrefois ils redoutaient qu'on peut évaluer l'efficacité du travail de réhabilitation auprès des patients. Bien entendu, ce travail a un prix et demande une poli-

tique de soins cohérente où, à la réponse à brève échéance, peu informée et au coup par coup, doivent se substituer une politique de soins et de formation à long terme, un soutien de la recherche clinique sur le terrain avec le développement conjoint d'une science de la réhabilitation intégrant les apports de diverses disciplines en un modèle dynamique intégratif. Ce n'est sans doute pas demain que la réhabilitation psychiatrique aura fait ces-

ser toute exclusion sociale des patients chroniques, mais on doit louer l'effort de longue haleine que s'imposent souvent ses défenseurs et praticiens pour améliorer la qualité de vie et le bien-être de leurs patients et combattre ainsi l'exclusion dont ils peuvent être victimes.

*Dr V. Pomini, M. Ducret & F. Grasset  
Unité de réhabilitation  
Département universitaire  
de psychiatrie adulte, Prilly*

#### Références

- Brekke, J. S., & Long, J. D. (2000). *Community-based psychosocial rehabilitation and prospective change in functional, clinical, and subjective experience variables in schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, 26(3), 667-680.
- Grasset, F., & Monney, C. (1996). *Tenants et aboutissants de l'orientation sociale de la psychiatrie*. *Revue médicale de la Suisse romande*, 116, 661-671.
- Grasset, F., Veillon, H., & Meylan, C. (1996). *L'Unité de réhabilitation: un dispositif institutionnel au service d'une psychiatrie intégrative d'orientation sociale*. *Revue médicale de la Suisse romande*, 116, 679-685.
- Heinssen, R. K., Liberman, R. P., & Kopelowicz, A. (2000). *Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory*. *Schizophrenia Bulletin*, 26(1), 21-46.
- Liberman, R. P. (1994). *Psychosocial treatments for schizophrenia*. *Psychiatry*, 57, 104-114.
- Liberman, R. P. (Ed.). (1991). *Réhabilitation psychiatrique des malades mentaux chroniques*. Paris: Masson.
- Tessier, L., & Clément, M. (1992). *La réadaptation psychosociale en psychiatrie, défis des années 90*. Québec: Gaëtan Morin.

### La Poste veut un courrier aligné-couvert

La Poste a transmis au début de l'année ses nouveaux tarifs valables dès juillet 2001 relatifs aux envois de grandes dimensions: en effet, tout ce qui dépasse, en épaisseur ou en format, les courriers habituels est désormais taxé au prix fort, par exemple les rouleaux de carton destinés notamment aux architectes. **Les médecins sont aussi concernés!**

**Il s'agit bien évidemment dans leur cas de l'envoi des radiographies.** Désormais, les envois de dimensions supérieures au format B4 (353 x 250 mm) et d'une épaisseur inférieure à un centimètre sont traités manuellement «pour éviter des dommages». Afin de ne pas payer le supplément «encombrant» qui accompagne ces envois, explique La Poste à la SVM qui a demandé des précisions en date du 30 janvier, La Poste recommande d'utiliser «des emballages alternatifs qui ont une épaisseur de plus d'un centimètre testés par la Poste suisse», désignant la maison Sonderegger à 9500 Wil comme fournisseur. Nous voici avertis: c'est au client d'adapter ses envois aux exigences de La Poste (qui refuse aussi les ficelles autour des paquets, etc.) et non à La Poste de servir ses clients, sauf au prix fort, bien sûr!

# Lausanne

QUARTIER EN  
DÉVELOPPEMENT

**LOCAUX NEUFS 300 M<sup>2</sup>**

DISPONIBLES  
PRINTEMPS 2002

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

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

Enalapril est  
éprouvé  
très bien documenté  
et maintenant  
aussi...  
bon marché !

ACEpril  
Enalapril

admis par les caisses

**Composition:** Maléate d'énalapril: 20 mg ou 10 mg. **Indications:** Hypertension artérielle, hypertension rénovasculaire, insuffisance cardiaque, dysfonction ventriculaire gauche asymptomatique. **Posologie:** 1x 10-20 mg/jour. **Contre-indications:** Hypersensibilité à l'énalapril, antécédents d'oedème de Quincke après des IEC. **Effets secondaires:** Vertiges, céphalées, toux, fatigue, hypotension orthostatique, syncopes, nausées, diarrhée, crampes musculaires, éruptions cutanées. **Interactions:** En raison de son élimination diminuée, la lithiémie peut s'élever. Liste B. Pour de plus amples informations, consulter le Compendium Suisse des Médicaments, suppl. 2/2001

spirig

Spirig Pharma SA, 4622 Egerkingen  
www.spirig.ch

# Opinion

## 2<sup>e</sup> révision de la LAMal: un syllogisme pour le moins surprenant

Les propos que M<sup>me</sup> Ruth Dreifuss, conseillère fédérale, a tenus dans le quotidien *24 heures* du 18 décembre 2000, concernant l'obligation pour les caisses-maladie de contracter, m'inspirent plusieurs réflexions.

Pour mémoire, voici l'extrait qui m'interpella particulièrement:

*Question: La révision de la loi sur l'assurance maladie suscite de fortes tensions. Vous voulez notamment limiter à 65 ans l'âge des médecins pratiquant à la charge des caisses. N'est-ce pas discriminatoire?*

Réponse de M<sup>me</sup> Dreifuss: Ce n'est pas une limite. Nous ouvrons la possibilité pour les caisses de ne pas retenir tous les médecins de plus de 65 ans. Charge à elles de prouver qu'elles peuvent utiliser cette mesure sans arbitraire. Ce n'est pas discriminatoire car les honoraires des médecins sont payés par un système placé sous la surveillance de l'Etat. Cette garantie de remboursement présente certains traits d'un pseudo-salariat. Je vous rappelle que les caisses aimeraient disposer d'une liberté totale pour rembourser ce qu'elles souhaitent. Or je ne veux pas de cela...

Autrement dit, à l'appui de la limitation voire de la suppression de l'obligation de contracter et en particulier s'agissant des médecins de 65 ans et plus, M<sup>me</sup> Dreifuss met en avant le syllogisme suivant:

- «les honoraires médicaux sont payés par un système placé sous la surveillance de l'Etat»;
- «cette garantie de remboursement présente certains traits d'un pseudo-salariat»;

DONC la limitation de l'obligation de contracter est légitime.

Cette argumentation mérite réflexion, car elle est reprise sans autre analyse dans différents milieux, à l'appui des projets les moins défendables.

En tant que ministre socialiste, M<sup>me</sup> Dreifuss pourrait – et devrait – tirer de ses observations des conclusions diamétralement opposées... En effet, si le médecin doit être assimilé à un salarié, il conviendrait de lui octroyer les mêmes avantages qu'aux autres salariés, en particulier en matière de retraite ou de protection de l'emploi... et donc de revenus.

Il est donc piquant de voir qu'on invoque le statut «pseudo-salarié» du médecin pour justifier la précarisation de sa situation. En effet, s'agissant des médecins de 65 ans et plus, la mesure serait d'autant plus inique qu'elle serait appliquée sans transition, ce qui ne serait envisageable pour aucun autre secteur de l'économie. Autrement dit, on voudrait changer les règles du jeu de la prévoyance professionnelle en fin de carrière de nos aînés, ce qui ne leur permet pas de se constituer un deuxième pilier convenable...

On peut également se demander si le médecin dispose vraiment d'une garantie de remboursement de ses prestations, comme pré-

tendu. Tel n'est pas vraiment le cas, surtout dans le système «en tiers-garant» qui prévaut dans de nombreux cantons. Ce d'autant plus que la jurisprudence et la pratique autorisent une large et discutable compensation par les caisses-maladie des honoraires médicaux avec les arriérés de cotisations de leurs assurés.

Remontons un peu plus haut encore dans la logique du système: si elle existait, la prétendue garantie de remboursement serait liée à l'obligation d'assurance découlant de la LAMal. Ainsi c'est donc l'obligation de s'assurer qui serait la cause de l'abandon du libre choix du médecin par le patient, et cela au profit de l'assureur!

Mais, au fait, le médecin n'est-il pas lui aussi victime d'une obligation de contracter, par respect de son patient et du choix que ce dernier a fait d'une caisse-maladie? Pourquoi cela ne pourrait-il pas être reconsidéré par les médecins et les assurés? Pour le faire il n'y aurait nullement besoin d'une loi, une simple classification des assureurs suffirait!

A propos de choix, ce qui est en cause, c'est plutôt l'inaptitude voire l'incapacité de faire des choix clairs qui caractérise les penseurs et administrateurs de notre système de santé actuel: choisir entre la planification et la mise en concurrence par exemple. On retrouve le même nœud à tous les échelons du système. C'est un mode de pensée qu'il faut désormais changer ou instaurer, le reste suivra...

Pierre-André Repond  
Secrétaire général SVM

# Calendrier médical vaudois

Période du 4 avril au 18 mai 2001

## MERCREDI 4 AVRIL 2001

12 h 15: Séminaire de l'Institut de pharmacologie et de toxicologie – Professeur M. Prentki, Canada: «The good and the evil of glucose and fatty acid signaling for b-cell function» – Lausanne, Institut de pharmacologie et de toxicologie, rue du Bugnon 27, entrée C3, 1<sup>er</sup> étage, salle de conférences.

## MARDI 17 AVRIL 2001

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

## MARDI 24 AVRIL 2001

18 h 30: Colloque hospitalo-régional de Morges – Dr A. Meyer: «Traitement chirurgical de l'obésité» – Hôpital de Morges, auditoire de l'ESIM – Renseignements: tél. 021/804 22 11.

## JEUDI 26 AVRIL 2001

9 h-17 h: 16<sup>e</sup> Journée romande de cardiologie – «Nouveautés en cardiologie: anti-agrégants, antagonistes des récepteurs à l'angiotensine, antiarythmiques» – Bulle, Espace Gruyère – Renseignements: Dr J.-C. Stauffer, tél. 021/314 11 11 ou M. H. Villard, tél. 026/481 30 35.

9 h 30-12 h: Colloque post-gradué du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation – Dr T. Kovacovics: «Perspectives du traitement de l'amyloïdose primaire» – CHUV, auditoire Louis-Michaud, hôpital Nestlé.

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

14 h 15-15 h 45: Séminaire d'orientation systémique – M<sup>me</sup> C. Maes: «Quand le corps parle en symptôme, cherchons la surprotection dans la famille» – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A – Renseignements et inscriptions: tél. 021/314 19 60.

## LUNDI 30 AVRIL 2001

14 h-15 h: Colloque du métabolisme phosphocalcique – Dr O. Lamy: «Risédronate: un concurrent pour l'alendronate?» – CHUV, salle 10-301.

## MERCREDI 2 MAI 2001

10 h 30-12 h: Colloque neuropédiatrie-pédo-psychiatrie – Professeurs F. Ansermet et T. Deonna – CHUV, salle de colloque du BH 11 – Renseignements: D<sup>esse</sup> C. Rodrigues-Dagaëff.

## JEUDI 3 MAI 2001

10 h-17 h 45: 3<sup>es</sup> Rencontres cardiovasculaires de Genolier – «Prévention au 3<sup>e</sup> millénaire» – Clinique de Genolier – Renseignements et inscriptions: Dr Vuille, D<sup>esse</sup> Bacchiocchi-Suilen, Centre de réadaptation cardiovasculaire, tél. 022/366 92 14 ou e-mail: crg@cdg.ch.

12 h 15-13 h 45: Colloque de l'USMA – M. S. Vanistaendal: «La résilience: application dans les pays en voie de développement» – CHUV – Renseignements: tél. 021/314 37 60.

14 h-15 h 30: Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – D<sup>esse</sup> V. Dolivo et Dr S. Sanchez: «Questions de technique en psychothérapie d'enfants» – Vevey, Service de psychiatrie d'enfants et adolescents du secteur vaudois, avenue Général-Guisan 26 – Renseignements et inscriptions: SSPPA, tél. 021/925 86 46.

14 h 15-15 h 45: Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Dr J.-M. Porret: «Le dilemme narcissique infiltrant la relation à l'objet» – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A, 2<sup>e</sup> étage – Renseignements et inscriptions: tél. 021/314 19 60.

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

15 h 45-16 h 45: Colloque de formation continue de soins palliatifs – F. Stiefel: «Les états confusionnels en soins palliatifs» – EHC, Hôpital d'Aubonne, salle polyvalente – Renseignements: Dr D. Anwar, tél. 021/808 71 71.

16 h-17 h 30: Colloque de formation continue de la division de cardiologie – Dr J.-W. Fitting: «La dyspnée: approche pneumologique et cardiologique concertée» – CHUV – Renseignements: Dr A. Jaussi, tél. 024/425 52 44.

18 h 30: Colloques interrégionaux mensuels de l'hôpital intercantonal de la Broye – Dr B. O'Callaghan: «Traumatisme du rachis cervical» – Payerne, 1<sup>er</sup> sous-sol du site payernois de l'HIB – Renseignements: tél. 026/662 85 13.

## VENDREDI 4 MAI 2001

9 h-16 h 30: Journée d'étude sur le Managed Care – «Réseaux de santé et HMO, 10 ans d'expériences en Suisse» – Lausanne, centre de congrès et d'exposition de Beaulieu – Renseignements: IEMS, tél. 021/692 33 65 ou www.hospvd.ch/iems.

## MARDI 8 MAI 2001

8 h 15-9 h 45: Séminaire de recherche clinique – S. Serpa-Rusconi – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A – Renseignements: tél. 021/314 19 60.

11 h-12 h: Colloque de l'IUMSP – Dr J. Cuzick: «The Flexisig Trial – Baseline Results and Future Plans» – Lausanne, rue du Bugnon 19, auditoire Pierre-Decker – Renseignements: tél. 021/314 72 72.

12 h 15: Séminaire de l'Institut de pharmacologie et de toxicologie – Dr D. Diviani: «Regulation of the small GTP-binding protein Rho by an A-Kinase-Anchoring Protein signaling complex» – Lausanne, Institut de pharmacologie et de toxicologie, rue du Bugnon 27, Entrée C3, 1<sup>er</sup> étage, salle de conférences.

## JEUDI 10 MAI 2001

12 h 30-13 h 30: Colloque lausannois d'immunologie – EAACI, Berlin – CHUV – Renseignements: 021/314 07 90.

14 h 15-15 h 45: Conférence CEPUSPP – M. F. Leguil, Paris: «L'irréversible déclin de la clinique» – Prilly, auditoire de la Clinique psychiatrique universitaire, site de Cery – Renseignements: tél. 021/314 19 60.

## MARDI 15 MAI 2001

18 h 30: Colloque hospitalo-régional de Morges – Dr J.-P. Grob: «Questions les plus fréquentes en hématologie courante» – Hôpital de Morges, auditoire de l'ESIM – Renseignements: tél. 021/804 22 11.

18 h 30: Colloque du Nord vaudois – Dr<sup>s</sup> O. Husmann et G. Rappoport: «Pathologies courantes de la main» – CHYC – Renseignements: tél. 024/424 44 44.

## MERCREDI 16 MAI 2001

15 h 30-18 h 30: Colloque d'histopathologie de dermatologie pédiatrique – Professeur R. G. Panizzon – CHUV, salle de séminaire 4 – Renseignements: tél. 021/314 03 60 ou e-mail: otheninn@hola.hospvd.ch.

## JEUDI 17 MAI 2001

9 h 30-16 h 45: Colloque de printemps de la SSDV – Professeur R.G. Panizzon: «La dermatologie pédiatrique» – CHUV, auditoire César-Roux – Renseignements: Professeur D. Hohl, tél. 021/314 03 53, ou M<sup>me</sup> N. Othenin-Girard, tél. 021/314 03 60.

9 h 30-12 h: Colloque post-gradué du service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation – Dr F. Vingerhoets: «Attitude face au parkinsonisme» – CHUV, auditoire Louis-Michaud, hôpital Nestlé.

12 h 30-13 h 30: Colloque lausannois d'immunologie – Dr<sup>s</sup> J. Duc et J.-P. Lantin: «Cas choisis» – CHUV, salle de séminaire 3, BH-08 – Renseignements: tél. 021/314 07 90.

14 h 15-15 h 45: Séminaire du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent – Professeur F. Ansermet et D<sup>esse</sup> C. Müller Nix: «Psychopathologie et périnatalité, la question de la causalité psychique» – Lausanne, bâtiment Nestlé, auditoire Pierre-Decker – Renseignements et inscriptions: M<sup>me</sup> F. Evrard, SUPEA, tél. 021/314 19 60.

14 h 15-15 h 45: Séminaire d'orientation systémique – Dr M.-O. Goublier-Boula: «Thérapies conjointes et liaison dans la première enfance» – Lausanne, consultation du Bugnon, rue du Bugnon 23A – Renseignements et inscriptions: tél. 021/314 19 60.

16 h-18 h: Séminaires interactifs DAP – Depression awareness program – Formation continue reconnue pour 3 heures proposée aux médecins psychiatres du canton de Vaud – Lausanne, Hôtel Royal Savoy – Renseignements et inscriptions: tél. 022/361 90 75.

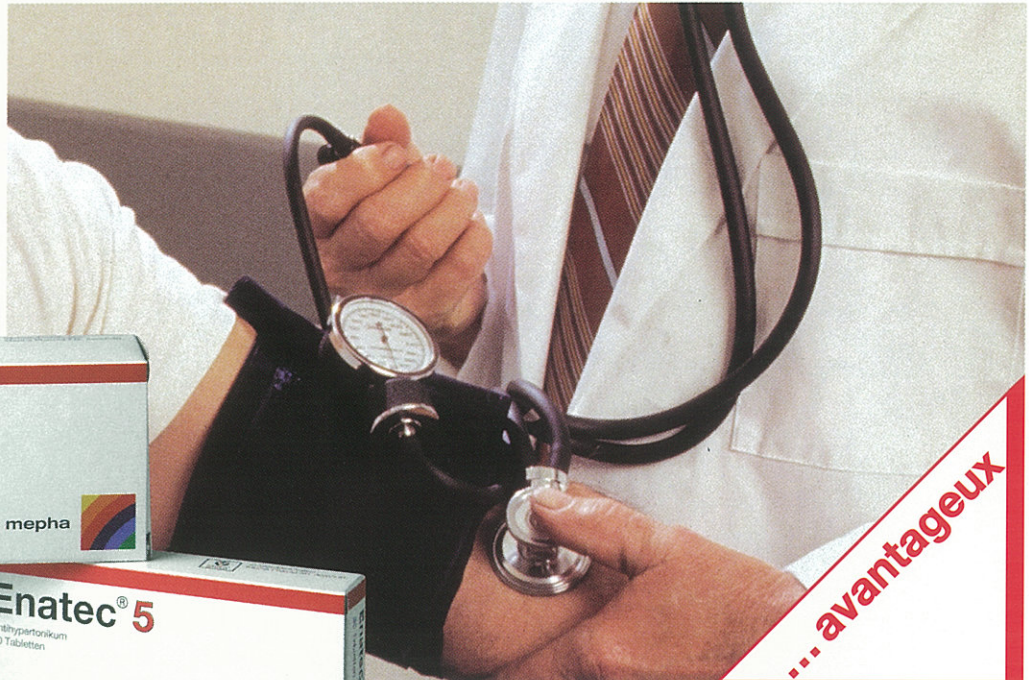
## JEUDI 17 ET VENDREDI 18 MAI 2001

XIX<sup>es</sup> Journées franco-suisse de médecine du travail – BIT, Genève – Renseignements: IST, tél. 021/314 74 21 ou www.iurst.ch

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 21 mai et le 29 juin 2001: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 9 avril 2001.

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

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



**...avantageux**



**Admis aux caisses!**

## Enatec® (énalapril)

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



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



Okay avec les génériques Mepha

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

### Caractéristique brève Enatec®

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

Pour de plus amples informations, prière de consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

Comment



sans éternuer?

avec



**FLUTINASE**<sup>®</sup>

Propionate de fluticasone

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



GlaxoSmithKline

Glaxo Wellcome AG

Bahnhofstrasse 5 · CH-3322 Schönbühl

Tél. +41 (0)31 850 11 11 · Fax. +41 (0)31 850 11 00