

# COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

***La relève: parrainage des  
étudiants par les praticiens***

***Les «hospitaliers»,  
ces «cochons de payants»!***

REVUE DE LA  
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

**7**  
NOV.  
1998



MIGRAINE

NOUVEAU

**Naramig**<sup>®</sup>  
Naratriptan

une action douce,  
prolongée et une  
bonne tolérance.<sup>1)</sup>

ADMIS AUX CAISSES

**Information abrégée destinée aux représentants des professions médicales. Naramig<sup>®</sup> comprimés.** Naratriptanum. **I:** Traitement aigu des crises de migraine sévères qui ne répondent pas de manière satisfaisante ou pas du tout aux médications classiques. **P:** Adultes (18-65 ans): Initial 1 comprimé à 2,5 mg. 2e dose possible au bout de 4 h. Dose max. 2x2,5 mg/24h. Dose max. chez les patients souffrant d'insuffisance hépatique ou rénale: 2,5 mg/24 h. **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants, cardiopathies ischémiques, antécédents d'infarctus du myocarde, hypertension non contrôlée, CVA et TIA, grave insuffisance hépatique ou rénale, migraine hémiplegique, ophtalmoplégique ou basilaire. **P:** Avant de débuter le traitement, exclure d'autres affections neurologiques et cardiovasculaires, notamment chez les patients présentant des facteurs de risque. N'administrer qu'avec précaution aux patients souffrant d'épilepsie ou de lésions structurelles cérébrales. L'administration concomitante de sumatriptan, d'ergotamine ou de dérivés de l'ergotamine n'est pas recommandée. La prudence est de rigueur chez les patients présentant une hypersensibilité aux sulfamides. Catégorie de grossesse C. **EI:** Des douleurs, des paresthésies, des sensations de chaleur, de lourdeur, de pression ou d'oppression ainsi que des nausées et des vomissements ont été occasionnellement observés. **I:** Aucune interaction connue avec les  $\beta$ -bloquants, les antiépresseurs tricycliques, les inhibiteurs de la MAO, SSRIs, l'alcool ou les aliments. **Présentation:** Comprimés à 2,5 mg: 6\* et 12 (liste B). \*admis par les caisses. Veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments (Suppl. 2/1998) pour obtenir des informations détaillées sur Naramig<sup>®</sup> (le naratriptan).  
Référence: 1) Gunasekara N, Wiseman L: Naratriptan CNS Drugs 1997; Nov.; 8 (5): 402-408

**Glaxo Neurology**

Division of Glaxo Wellcome AG

Bahnhofstrasse 5, CH-3322 Schönbühl  
tél. 031 850 11 11, fax 031 850 11 00  
<http://www.glaxowellcome.ch/>

# Editorial

## *La relève. Quelles implications pour le praticien?*

*Qu'est-ce qui ne va pas?*

*J'ai mal au ventre*

*Je perds mes cheveux*

*J'ai une verrue*

*Je vois plus d'un œil*

*J'ai la tête qui tourne, ça serait la tension?*

*J'ai mal au dos*

*J'ai toujours soif*

*J'ai mal au pied*

*Ça me gêne de vous le dire mais j'ai une douleur mal placée*

*Je ne peux plus bouger*

*Je saigne*

*Je n'en peux plus*

*J'ai un truc là dans la bouche. Ça me fait peur.*

*Tiré de La maladie de Sachs, M. Winkler, p. 69*

*Le quotidien d'une médecine de premier recours s'inscrit ainsi. Il a forgé notre expérience et notre connaissance et ce savoir unique, original et précieux ne s'apprend ni sur les bancs de l'université ni dans les services hospitaliers.*

*Le constat est clair: détenant les acquisitions de pointe, certes indispensables, la médecine universitaire s'éloigne de plus en plus des préoccupations des futurs médecins de terrain.*

*La majeure partie des problèmes de santé de notre population est prise en charge par l'ambulatoire, cabinets de ville et de campagne, CMS, etc.*

*Le recentrage de la médecine vers le praticien a conduit à un déplacement du centre d'intérêt. Si les hôpitaux sont devenus des lieux de transit et de haute technologie, les cabinets médicaux, bénéficiant quelque part des contraintes budgétaires, ont gagné leurs lettres de noblesse: devenir de possibles lieux de formation.*

*Comment transmettre ce savoir-faire au quotidien sans en trahir la spécificité? Certains d'entre vous, d'entre nous, ont pris cette tâche à bras le corps.*

*Vous trouverez, au fil de ce numéro, l'exposé d'une partie du travail de l'Unité de médecine générale (officiellement reconnue en*

# Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

Parrainage des étudiants par les praticiens  
ECP, Enseignement au cabinet du praticien  
Médecins généralistes-Faculté de médecine: quelles attentes?  
Liaison entre Faculté de médecine et pratique médicale  
L'engagement d'un médecin assistant chez le généraliste  
Orphelin en attente... (ou chronique d'un échec)

9

Opinion

10

Le coin du banquier

11

Communiqués

15

Calendrier médical vaudois

### Prochaines parutions:

**COURRIER  
DU MEDECIN  
VAUDOIS**

N° 8/98  
16 décembre 1998  
(délai rédactionnel:  
23 novembre 1998)

N° 1/99  
1<sup>er</sup> mars 1999  
(délai rédactionnel:  
25 janvier 1999)

*tant qu'unité d'enseignement par la Faculté en 1997), portant sur le parrainage des étudiants par les praticiens et l'ECP, Enseignement au cabinet du praticien (articles de J.-P. Studer et de P.-A. Schmied repris du premier numéro de la Gazette de l'UMG de septembre 1998, avec l'autorisation des auteurs). T. Bischoff et le professeur Pécoud vous donneront l'éventail des attentes des praticiens et de la Faculté à l'égard de l'UMG.*

*Pour compléter cette édition, deux articles sur la formation postgraduée: la mise en application de l'assistantat au cabinet médical se met peu à peu en place, R. Bourgeois a tenté l'expérience. Pour ma part, je me contenterai d'évoquer un constat d'échec.*

*Bonne lecture.*

D<sup>r</sup> Pierre de Vevey

### En guise d'«au revoir»

L'heure est venue pour moi de prendre congé des membres de la SVM et des lecteurs du CMV. J'aimerais vous dire tout le plaisir que j'ai tiré – au-delà des frustrations bien évidemment inhérentes à ce type de fonction – des quelque sept ans et demi passés à la tête du secrétariat général de la SVM. La variété des tâches et des problèmes, l'extraordinaire richesse et complexité du monde de la santé ont été une source constante d'enthousiasme et de défis intellectuels. J'en sors enrichi et beaucoup plus conscient des difficultés auxquelles votre corporation est confrontée alors que les équilibres du système de santé sont remis en question.

Je souhaite à la SVM, à vous médecins de tous bords et de toutes spécialités, d'entretenir un regard lucide sur vous-mêmes et sur votre environnement en changement. Bon vent à la SVM et à ses organes dirigeants (comité et toute nouvelle assemblée des délégués); bon vent à mon successeur, M. P.-A. Repond!

*Daniel Petitmermet, secrétaire général SVM*

### Jeudi de la Vaudoise

26 novembre 1998  
Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

#### Nouveaux moyens de formation continue

Organisateurs: D<sup>rs</sup> Gérard Waeber et Daniel Perrenoud

- |                 |  |
|-----------------|--|
| 9 h-10 h        | Est-ce le moment d'informatiser votre pratique médicale?                                       |
| 9 h 05-9 h 30   | Perspective du médecin (Professeur Bernard Ruedi).   |
| 9 h 30-9 h 55   | Perspective de l'informaticien (M. René Patthey).  |
| 10 h-10 h 30    | Pause.   |
| 10 h 30-10 h 55 | Expérience pratique en dermatologie: Dermacom (D <sup>r</sup> Daniel Perrenoud).               |
| 10 h 55-11 h 20 | Medline et les bibliothèques électroniques (M <sup>me</sup> Isabelle de Kaenel).               |
| 11 h 20-11 h 45 | Du livre au patient virtuel (D <sup>r</sup> Raphaël Bonvin).                                   |
| 11 h 45-12 h    | Prescription médicale: de l'utilité des sources informatisées (D <sup>r</sup> Thierry Buclin). |

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

## COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la  
Société vaudoise de médecine

#### Comité de la SVM

- D<sup>r</sup> Daniel Laufer, président  
D<sup>r</sup> Dominic Vaucher, vice-président  
Professeur Alain Pécoud  
D<sup>r</sup> Charles Racine, secrétaire  
D<sup>r</sup> Patrick Rosselet  
D<sup>r</sup> Charles Alexandre Steinhäuslin  
D<sup>resse</sup> Jacqueline Caillat  
D<sup>r</sup> Jean-Philippe Grob  
D<sup>r</sup> Charles-A. Favrod-Coune

#### Secrétariat général

Daniel Petitmermet, secrétaire général

#### Société vaudoise de médecine

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

#### Fondation

pour la garde médicale  
S.O.S. - Médecin de garde  
Tél. 021/652 99 32 (24 heures sur 24)  
Abonnements de déviation  
et de télécommunications au service  
des médecins de la région lausannoise

#### Administration et rédaction

Case postale 76, 1010 Lausanne 10

#### Régie des annonces

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

#### Réalisation

Inédit Publications SA

# Dossier

## Parrainage des étudiants par les praticiens

Depuis 1995, la Faculté de médecine offre la possibilité aux étudiants, dès la 2<sup>e</sup> année, d'être parrainés par un médecin praticien. Cette activité a été conçue et proposée à la Faculté par l'UMG, qui en assure chaque année l'organisation et l'évaluation. Actuellement, elle repose sur environ 150 médecins généralistes et internistes qui sont sollicités annuellement pour un nouvel engagement et pour un court bilan. Chaque année, 50 à 60 étudiants (environ le tiers de la volée de 2<sup>e</sup> année) s'y sont intéressés et ont pu être attribués à un praticien, à quelques exceptions près qui tiennent à des questions de distribution géographique (demandes en excès pour la région lausannoise, alors que les campagnes, bien représentées dans le collectif des praticiens, sont un peu désertées par les étudiants peu mobiles). La formation des étudiants est traditionnellement assurée par l'institution hospitalo-universitaire et se fonde donc sur une pathologie très sélectionnée et des patients «saisis» hors de leur milieu habituel. Le contact régulier et projectif qu'offre à l'étudiant le parrainage avec les maux de tous les jours dans les lieux où la population est majoritairement prise en charge permet, en parallèle à la formation académique, une mise en perspective nécessaire des connaissances acquises sur les bancs des auditoires et les salles de colloques des hôpitaux. Les attributs classiques de la médecine générale tels que la médecine du long cours, la prise en charge globale, la polypathologie, le tout-venant, la sensibilité au fréquent et, rare, l'incertitude... peuvent être efficacement illustrés et enseignés. Une sensibilisation aux coûts des actes médicaux, en période de disette économique, peut surgir de ce contact régulier avec la médecine du terrain.

Les études de médecine, tout au moins durant les premières années, se sont progressivement, aux dires des étudiants, déshumanisées, dans une ambiance de concurrence et de course effrénée et épuisante vers des propédeutiques très sélectives. Le doute et le découragement gagnent plus d'un étu-

### Le contact de l'étudiant avec le praticien peut devenir un lieu d'interrogation, d'échanges, d'encouragement et de conseils

diant à un moment ou à un autre de sa formation, lui faisant perdre ses motivations et ses forces pour le métier auquel il pensait être destiné. Le contact de l'étudiant avec le praticien peut devenir un lieu d'interrogation, d'échanges, d'encouragement et de conseils sur le métier qui, avec une haute probabilité, sera le sien au bout du compte.

Voilà les motivations et les objectifs du parrainage. Voilà un programme envoutant autant que risqué!

Voici, en bref, après quelque trois ans de roulement, le bilan qu'on peut actuellement en faire:

- cent vingt praticiens se déclarent motivés pour la poursuite de l'expérience;
- environ 50% des étudiants annoncés abandonnent cette activité, momentanément ou définitivement à deux ans (contact jamais établi, abandon des études, séjours à l'étranger, reprise de contact envisagée après la 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> propé, renoncement définitif);
- un certain nombre de praticiens ne comprennent pas les objectifs du parrainage;
- le premier contact semble poser problème, chaque partenaire attendant la manifestation de l'autre;
- la charge de la préparation des propés ampute considérablement la disponibilité de l'étudiant et son ouverture à cette activité non immédiatement rentable à cet effet;
- les étudiants qui «crochent» trouvent très utile et enthousiasmante cette facette de leur formation;
- l'accueil de l'étudiant au cabinet ne pose en général pas de problème et la disponibilité du praticien est plutôt grande.

En conséquence et pour la suite:

- dès cet automne, le parrainage sera présenté aux étudiants sur un mode

«peu appuyé» en 2<sup>e</sup> année, et, la disponibilité des intéressés s'améliorant après la 2<sup>e</sup> propé, une nouvelle fois en 3<sup>e</sup> année. Ainsi, les praticiens qui s'annoncent pour recevoir un étudiant pourront de cas en cas ne pas avoir un contact immédiat ou suivi avec lui durant la première année, le lien pouvant se mettre en place sur une période de deux ans; il est conseillé au praticien de ne pas forcément attendre un signe de l'étudiant qui lui est attribué avant d'établir le premier contact, même si, par la suite et après arrangement mutuel, les rencontres ont lieu sur un mode discret durant la première année;

- le médecin qui n'a pas pu établir de contact avec son filleul après six mois, et qui pense que celui-ci renonce à cette activité, est prié de le signaler à l'UMG (Dr J.-P. Studer) et de faire part de son désir ou non de recevoir un nouvel étudiant, afin que les coordinateurs du parrainage puissent faire le compte des forces disponibles sur le terrain;
- enfin, tous les praticiens de la liste «parrainage» recevront sous peu le questionnaire annuel de sollicitation pour un nouvel étudiant et d'évaluation.

Il reste enfin et surtout aux animateurs de l'UMG à remercier vivement tous les praticiens qui collaborent à l'activité de parrainage en accueillant un ou deux étudiants, sous des modalités diverses et libres, dans leurs cabinets médicaux, et à encourager les indécis à se lancer. Il ne fait guère de doute que cette forme d'enseignement volontairement non structuré, en mettant tôt et durablement l'étudiant en contact avec les réalités de la médecine pratique extra-hospitalière, saura, à côté de l'enseignement académique, stimuler, susciter ou maintenir un intérêt pour la médecine de premier recours chez les médecins en formation, ce qui va dans le sens de la politique sanitaire actuelle des pays industrialisés.

J.-P. Studer

Tiré de la *Gazette de l'UMG*.

Moi, j'humidifie  
la peau sèche

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

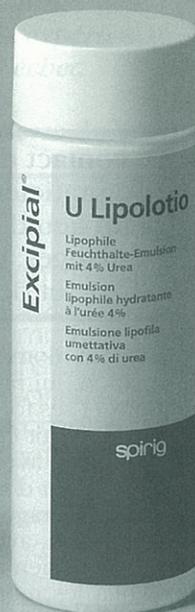
C U Hydro lotion (ml): Ureum 2%, teneur en lipides: env. 11%; U Lipolotion (ml): Ureum 4%, teneur en lipides: env. 37%. | Application sur des surfaces étendues pour protéger et soigner la peau sensible ou légèrement enflammée; traitement en alternance avec des corticoïdes.  
P Application locale, 2-3x/j. Pr U Hydro lotion: flacon de 200 ml\*. U Lipolotion: flacon de 200 ml\* et de 500 ml. Liste ©  
Pour de plus amples renseignements, se reporter au Compendium Suisse des Médicaments ou à notre service scientifique 062 398 24 61.



### Excipial® U Hydro lotion

hydrate grâce à l'urée

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

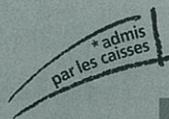


### Excipial® U Lipolotion

hydrate grâce à l'urée  
et au véhicule occlusif

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

si semblables – si différentes



spirig

Spirig SA  
4622 Egerkingen

## GAIN DE TEMPS, GAIN D'ARGENT, PLUS D'INDEPENDANCE

**Gestion de cabinet médical: facturation, rappels, statistiques...**

- GALIEN'95, solution informatique performante conviviale et rapide
- GALIEN'95, coût de revient modeste, indépendant du chiffre d'affaire
- GALIEN'95, à tous point de vue, le meilleur choix!

**Prenez le temps d'une démonstration, contactez M. R. Chapuis**

**Axciel, Ch. des Pignets 1, CP 153, 1028 PREVERENGES**  
**Tél. 021/802 58 00 – Fax 021/802 58 01 – E-mail Galien@Axciel.com**

# ECP, Enseignement au cabinet du praticien

La Commission de la réforme des études de la Faculté de médecine de Lausanne a, dans un rapport de juillet 1995, constaté que «l'enseignement médical actuel ne prépare pas d'une manière satisfaisante à la pratique médicale ultérieure».

Auparavant, un groupe de travail présidé par le professeur Wauters avait, dans un rapport de juin 1994, déjà constaté la nécessité de modifier le plan des études pour diminuer le «décalage qui existe entre l'enseignement de la médecine et la pratique médicale sur le terrain».

La réforme actuelle des études de médecine qui se met en place progressivement depuis l'année académique 1996-1997 prend en compte ces constatations. C'est ainsi que l'UMG est sortie du cadre exclusif d'enseignement de la Polyclinique médicale en participant à l'organisation de la journée ECP, auparavant noyée dans l'enseignement dit «au lit du malade (ELM)».

Comme certains d'entre vous l'ont malheureusement constaté, la mise sur pied de cet ECP n'a pas été parfaite pour de multiples raisons: structure de fonctionnement de l'UMG inadaptée, retard dans la communication avec les praticiens, difficultés de coordination avec la Faculté. Tout n'est pas résolu, mais tout sera fait pour améliorer le système. Merci de votre compréhension, de votre appui et de votre patience.

## Rappel des buts de l'ECP en 3<sup>e</sup> année

- Contribuer à combler le décalage existant entre l'enseignement de la médecine et la pratique médicale sur le terrain.

Lausanne centre, suite au départ dans un autre canton

### CABINET DYNAMIQUE ET EN PLEINE ACTIVITÉ

composé de trois psychiatres exerçant chacun de manière indépendante

### CHERCHE CONFRÈRE OU CONSEUR DE MÊME SPÉCIALITÉ

pour remplacer la personne partante dès janvier 1999 ou à convenir; beau bureau à disposition.

Pour renseignements, tél. 079/609 30 90, 021/311 03 80 ou 021/312 59 75.

- Familiariser l'étudiant avec les pathologies rencontrées en pratique ambulatoire de médecine de premier recours, la prise d'anamnèse et l'examen clinique.
- Illustrer la prise en charge globale du patient en tenant compte des polyopathologies, de l'aspect psychosocial et professionnel, du suivi au long cours.
- Montrer le rôle du praticien en médecine préventive (vaccinations, check-up, toxicodépendances).

Programmé après un cours théorique de sémiologie et la pratique par ELM en milieu hospitalier, l'ECP n'a pas pour but, en 3<sup>e</sup> année, de présenter les approches diagnostique et thérapeutique, domaine qui n'a pas encore été abordé dans le programme d'enseignement.

Il est certain que cette seule (pour l'instant?) séance d'ECP ne peut pas illustrer la diversité des activités du médecin de premier recours et son rôle fondamental dans le système de santé.

## Praticiens engagés dans l'ECP

L'UMG est chargée du recrutement des praticiens, qui doivent avoir une formation de médecine générale ou de médecine interne et pratiquer cette activité en cabinet privé (seuls ou en groupe) depuis au moins cinq ans.

Chaque praticien est agréé par la Faculté pour une période de quatre ans, renouvelable.

## Moyens et méthodes

Groupes de deux étudiants au maximum pour une journée. La programmation de toutes les séances d'ECP sur deux dates après les ELM devrait être maintenue, car, à notre sens, cela permet de mieux mettre en perspective les différences entre hôpital et médecine du terrain.

L'ECP est un enseignement obligatoire pour chaque étudiant. Malheureusement, cette obligation n'est pas une garantie de participation. Malgré son inscription, l'étudiant peut, au nom de la «liberté académique», renoncer à se rendre chez le praticien: situation inacceptable pour le praticien qui a aménagé son agenda à l'avance, situation imprévisible et insoluble pour l'UMG. Nous essaierons cependant de sensibiliser les étudiants

à ce problème pour qu'ils respectent leur engagement.

L'évaluation par questionnaire auprès des praticiens et des étudiants continuera, car l'analyse systématique de l'ECP ne peut qu'améliorer notre organisation et notre enseignement en les adaptant continuellement aux besoins. C'est par ailleurs le seul moyen de renforcer notre reconnaissance par la Faculté et de mieux légitimer l'enseignement par des praticiens.

## Formation pédagogique

La participation à une formation pédagogique, souhaitée par la Faculté, a été organisée par l'UMG. Vous êtes très nombreux à avoir participé à l'un des cours fort intéressants du Dr Bécret. Nous remercions sincèrement tous ceux qui ont accepté de consacrer bénévolement un jour et demi à cet enseignement.

L'UMG continuera de proposer de tels cours, probablement sous une forme différente, plus concise et mieux adaptée à l'ECP.

## Perspectives

Comme indiqué précédemment, il est évident qu'une seule journée d'ECP au début des cours cliniques ne peut promouvoir efficacement la médecine de terrain et de premier recours dans un cursus prégradué dont le contenu et la forme sont de la compétence des spécialistes universitaires. Cependant, la situation financière du système de santé, le changement des mentalités, le débat au sein de la société, les questions de la classe politique ne peuvent que faciliter la reconnaissance de la médecine générale et son entrée à tous les stades de la formation universitaire des médecins. La Faculté de médecine doit former des médecins aptes à répondre aux besoins de la population et ne pas se limiter à éduquer des assistants performants pour les services hospitaliers universitaires.

Soyons compétents et efficaces pour que la médecine de terrain, qui prend en charge l'immense majorité des soins aux patients, soit présente à tous les échelons de la formation de nos futurs collègues!

Soyons donc prêts à participer à de futurs et nombreux ECP!

P.-A. Schmied

Tiré de la Gazette de l'UMG.

# Médecins généralistes-Faculté de médecine: quelles attentes?

Il y a du progrès: l'enseignement de la médecine générale est prévu par une ordonnance fédérale depuis 1982, un enseignement structuré se développe à Lausanne au sein de la PMU depuis 1991, et l'Unité de médecine générale peut actuellement enfin se constituer. Qu'est-ce que désirent maintenant les médecins praticiens engagés dans l'enseignement au sein de l'UMG?

Les étudiants reçoivent un bon enseignement des maladies, mais ils apprennent peu sur l'art de la médecine. Nous avons l'impression qu'ils se sentent tout au long de leurs études tellement sous pression, qu'ils se concentrent uniquement sur la matière de leurs examens, en perdant de vue l'idée du patient comme être humain entier. Donc, ils sont mal préparés et mal sensibilisés à cette réalité que retrouvera la moitié d'entre eux plus tard dans la médecine de premier recours.

Les fenêtres sur la médecine générale, actuellement proposées par l'UMG pendant les études, sont encore rares: trois cours et deux séminaires en 4<sup>e</sup> et 6<sup>e</sup> année et une journée d'ECP: c'est tout pour la spécialité, qui sera plus tard exercée par la moitié des médecins installés... Peut-être que cela est considéré comme suffisant et que toute cette formation doit se faire seulement en postgrade? Nous pensons que non: d'une part, la volonté politique en Suisse, l'évolution de l'enseignement médical dans les pays européens et les changements de notre système de santé parlent tous pour une plus grande participation de la médecine générale, ambulatoire, dans les études. D'autre part, les éléments spécifiques de ce domaine (par exemple l'approche au contexte psychosocial du patient, la considération du facteur temps, l'importance du lien thérapeu-

tique) sont certainement des outils utiles pour toute la formation médicale, d'autant plus que celle-ci se fait surtout dans les institutions et se base sur des patients hospitalisés.

Nous souhaitons donc que la Faculté de médecine s'ouvre encore davantage à une «philosophie» de la médecine générale et que ces idées soient davantage présentes tout au long des études.

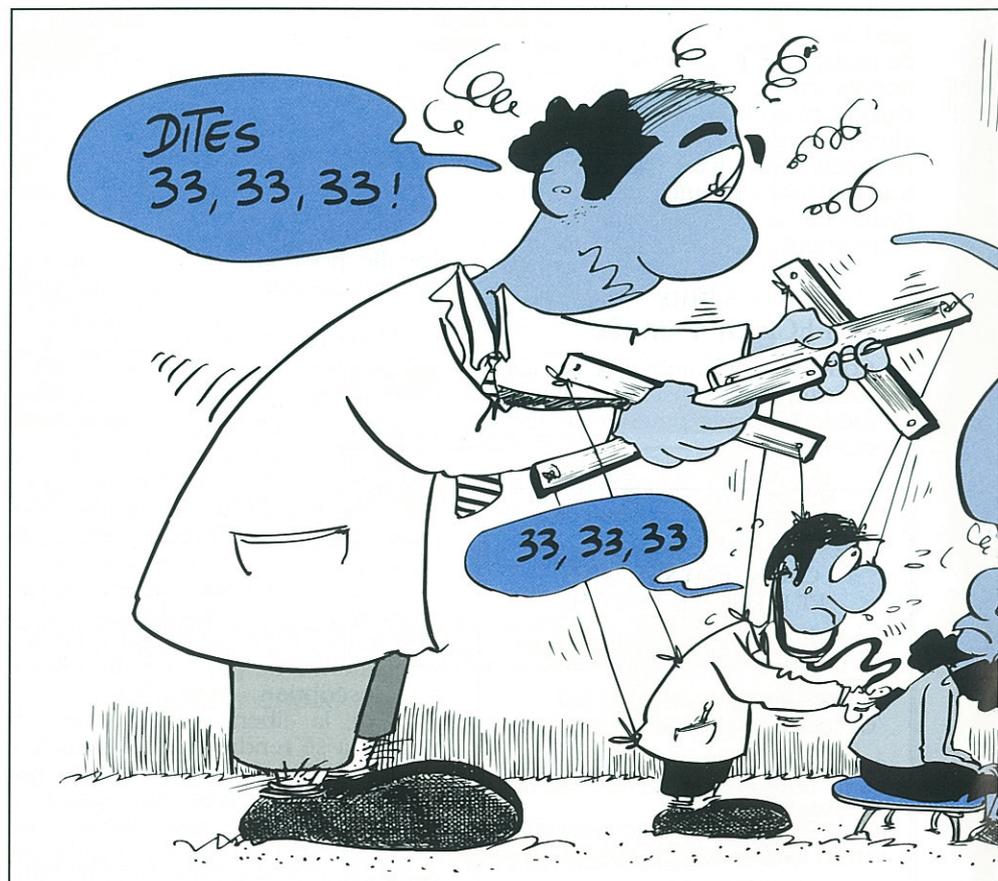
Au sein de la Faculté, nous proposerions dans ce but un élargissement des cours déjà existants illustrant les problèmes de santé propres à la médecine générale. Mieux encore, nous pourrions imaginer, dans les cours des différentes spécialités, la présence d'un généraliste, qui pourrait y apporter la dimension de la médecine générale, ambulatoire. Mais il nous semble surtout important d'utiliser mieux et davantage, pour l'enseignement, notre compétence de généralistes à notre lieu de travail, au cabinet. Il resterait à déterminer s'il vaut

mieux augmenter le nombre des ECP actuels ou s'il faut trouver de nouvelles formes d'enseignement. De même, on devrait promouvoir davantage (chez les étudiants et chez les médecins) l'idée de stages chez un praticien. Pour tous ces chemins, et d'autres encore inconnus, nous pourrions certainement profiter des expériences déjà faites dans d'autres pays.

Il est évident que toute évolution dans cette direction sera uniquement possible comme conséquence d'une modification des priorités dans l'enseignement de la médecine.

L'organisation actuelle des différents examens et leur contenu laissent percevoir peu d'espace pour de telles modifications. Pourtant, ce changement amènerait certainement une meilleure préparation et motivation des futurs médecins généralistes, ainsi qu'une sensibilisation générale pour des aspects importants d'une médecine humaine.

Thomas Bischoff



R.-F. MORARD

PSYCHOSOMATIQUE ET THÉRAPIE

transfère son cabinet à Chantemerle 21, en collaboration avec la D<sup>re</sup> URSTEIN, médecine générale.

Se déplace en clinique à la demande.

Tél. 021/653 22 11

Fax 021/653 22 26

# Liaison entre Faculté de médecine et pratique médicale

## Point de vue d'une institution

Ces dernières années, la PMU a fortement soutenu le développement des liens entre institutions universitaires et pratique médicale: enseignement par des praticiens dans toutes les années d'études, passage de TOUS les étudiants par un examen final en présence d'un praticien, soutien administratif à l'Unité de médecine générale, etc. L'institution a, me semble-t-il, deux grands intérêts à continuer ces développements:

a) L'hôpital universitaire est devenu, assez logiquement, un lieu de soins de plus en plus tertiaires (c'est-à-dire de troisième recours) avec pathologies hautement sélectionnées, thérapeutiques spécialisées et techniques. Cet environnement s'éloigne toujours plus de ce que va découvrir le médecin lorsqu'il ouvrira son cabinet médical, qu'il ait une activité de premier recours

(médecine interne/générale) ou de deuxième recours (spécialiste). La présence de praticiens auprès des étudiants va donc limiter cette dérive et permettre de maintenir ou susciter l'intérêt des étudiants pour une médecine extra-hospitalière, que l'immense majorité d'entre eux pratiquera plus tard...

b) La seconde raison de tisser des liens entre milieux universitaires et praticiens est liée à un scénario plus futuriste, mais pas si improbable lorsqu'on voit ce qui se passe, aux USA notamment. Certains considèrent que les grands centres universitaires sont des «colosses aux pieds d'argile»... En effet, il n'est pas exclu que dans un futur plus ou moins proche, une médecine privée bien organisée représentera une compétition beaucoup plus forte pour la médecine universitaire. On se rappellera à ce moment-là que les institutions universitaires gardent parfois les «défauts» étatiques, qu'elles se soucient parfois moins de la qualité d'accueil que ne le font les structures privées, que leur confort est généralement moins

bon et que les patients y sont suivis par des jeunes médecins en formation... Restera-t-il beaucoup de patients dans les institutions universitaires?

«Wait and see...» Pourtant, la relève doit être formée, donc l'enseignement doit survivre! Peut-être verra-t-on alors la mise sur pied d'une organisation conjointe entre structures universitaires et médecine privée et que l'enseignement, lui aussi, passera par une médecine en réseau! On verra des étudiants dans les cabinets médicaux, dans les hôpitaux périphériques, dans les CMS, etc. Les centres universitaires, toujours occupés par leur mission sociale et les soins tertiaires, seront alors impliqués dans l'enseignements en organisant le soutien logistique, l'encadrement pédagogique et l'évaluation que nécessitera toujours une formation de qualité. Scénario irréaliste? Peut-être, mais ce serait une belle expérience; pourquoi ne pas s'y préparer déjà maintenant en continuant à rapprocher la Faculté des praticiens?...

Professeur A. Pécoud  
Directeur PMU



## Jeudi de la Vaudoise

21 janvier 1999  
Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

### Médecine fondée sur les preuves (Evidence Based Medicine)

Organisateur: Dr Bernard Burnand  
Modérateur: Dr Lazare Benaroyo

9 h-10 h

Médecine fondée sur les preuves: un nouveau concept? (Bernard Burnand).

Evidence Based Medicine: une approche au-dessus de toute faiblesse? (Alain Junod).

10 h-10 h 30

Pause.

10 h 30-11 h 45

Séminaires

Tuteurs: Michel Boulvain, Jacques Cornuz, Bernard Favrat, Stefan Gerber, Jean-Gabriel Jeannot, Marie-France Raynault, Beat Stoll, Martin Tramèr, Nicole Vogt.

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

# L'engagement d'un médecin assistant chez le généraliste

En Suisse romande, cette expérience a été grandement facilitée par une décision de Guy-Olivier Segond d'octroyer un crédit pour la formation ambulatoire postgraduée de généraliste.

En clair, cela signifie que l'assistant est payé par le canton de Genève, alors qu'il est employé pour six mois par un praticien en médecine générale.

Intéressé par cette expérience certainement exaltante, je me suis inscrit pour un tel stage sur une période de

six mois (octobre 1997 à mars 1998).

Avec les conditions requises suivantes:

1. Questionnaire pour la reconnaissance du cabinet médical comme lieu de formation postgraduée, délivrée par le GGGM (Groupement genevois des médecins généralistes). Il est nécessaire par exemple de disposer de deux salles de consultation.
2. Demande en vue de la reconnaissance en temps que formateur en

médecine générale, examinée et délivrée par la FMH.

3. Contrat d'assistantat au cabinet médical signé par les quatre parties, à savoir le département de médecine communautaire (professeur H. Stalder), le GGGM (Dr B. Brinkley), le médecin assistant et le responsable du stage
4. Tenir compte, tout au long du stage, de la brochure «Assistantat au cabinet médical» fournie par la SSMG.

Comme tout contrat, il s'agit de bien lire les petites lignes inscrites dans les généralités. Par exemple, il faut modifier sa RC qui couvre tout le monde, sauf le médecin assistant. Ce dernier doit être déclaré également au médecin cantonal. Enfin, une facturation séparée sera fournie par la suite dans le but d'évaluer si l'assistant a généré un chiffre d'affaires exorbitant. La facturation précisera également le montant qu'a produit l'assistant dans une activité de remplacement du médecin responsable. Par ailleurs, le responsable de stage reçoit 1200 francs par mois comme rémunération de son activité d'enseignant. Toutefois cette somme ne sera versée que si l'activité de remplacement du médecin assistant est d'un montant inférieur.

Sur le plan pratique, j'ai dû restreindre ma consultation aux deux tiers afin d'être disponible pour l'assistant: discussion et examen cliniques en commun, stratégie d'investigation, soutien lors de la prise en charge des patients psychiatriques...

La clientèle (étonnamment?) est plutôt favorable à la possibilité d'être examinée par un nouveau docteur (c'était la phrase de la secrétaire lors de tout nouveau rendez-vous). Dans tous les cas, l'assistant apprend à se faire une clientèle et chez moi, par exemple, il arrivait à huit consultations par jour avec des urgences en plus, ce qui était amplement suffisant en termes d'investissement professionnel.

Finalement l'expérience est globalement positive et je l'aurais volontiers reconduite si le canton de Genève n'avait émis des réserves concernant les cabinets du canton de Vaud, étant donné qu'un salaire versé dans ce canton ne permet pas de prélever des impôts dans la Cité de Calvin... à moins que l'assistant ne garde son logement sur le sol genevois. *Dr R. Bourgeois*

## Orphelin en attente... (ou chronique d'un échec)

Déplorant le peu de participation aux colloques régionaux, la spécialisation des objets traités et la méconnaissance réciproque des acteurs en présence, quelques praticiens de notre région accouchèrent, il y a deux ans, d'un «beau bébé»: favoriser une relation novatrice entre les assistants de notre hôpital de zone et les médecins installés de la place.

Les lignes directrices de départ furent les suivantes:

- Chaque colloque régional serait élaboré par un praticien généraliste ou interniste général et un assistant. Ceux-ci feraient appel au spécialiste de leur choix, au sein ou non de l'équipe hospitalière, en fonction du thème retenu.

Sous ce triple regard, le sujet lui-même devrait être relevant de la consultation médicale quotidienne et comporter, si possible, une partie théorique et une partie pratique.

- Le partenariat «praticien-assistant» ainsi déterminé serait poursuivi tout au long du stage hospitalier sur un mode ouvert permettant à l'assistant de découvrir la vie du cabinet, par exemple en participant à la consultation deux ou trois demi-journées à choix.

Cette relation préférentielle permettrait ainsi au jeune confrère de se sensibiliser à la médecine de premier recours et, au médecin installé, de mieux comprendre les difficultés d'un assistantat déjà fort lointain, le tout contribuant à faciliter les relations entre l'hôpital et l'extérieur.

Le projet suscita un intérêt variable. Certains praticiens et médecins-chefs s'investirent dans sa réalisation, mais de nombreuses difficultés conduisirent rapidement à évacuer le beau bébé avec l'eau du bain.

- Malgré les recommandations de la FMH pour une formation plus axée sur les besoins futurs du médecin, l'assistant en milieu hospitalier est encore bien trop souvent considéré en premier lieu comme une force de travail indispensable à la rentabilisation de l'institution. L'absence, durant les heures de travail, pour un intérêt professionnel non reconnu, n'est pas favorisée.
- L'assistant, déjà chargé par son quota de gardes et autres obligations est peu motivé à s'en fabriquer de nouvelles, surtout si ces dernières sont au détriment de ses heures de congé.
- Quant aux médecins installés, ils sont souvent difficiles à stimuler. L'introduction d'un «corps étranger» au sein du cabinet, certainement exaltante, est aussi génératrice d'anxiété et nécessite une volonté de faire «autrement».

Nous essayâmes pourtant. Quelques colloques «révolutionnaires» eurent lieu, très rapidement rejoints et dépassés par la vieille et rassurante routine. Le parrainage, lui, fut une fausse couche.

L'eau du bain peut être jetée. Elle ne fut pas à bonne température. Mais le beau bébé, lui reste. Trouvera-t-il des parents adoptifs?

*Dr Pierre de Vevey*

# Opinion

## Les «hospitaliers», ces «cochons de payants»!

**Le temps est aux restructurations, aux compressions budgétaires, aux restrictions pour tout le monde et les médecins hospitaliers ne peuvent y échapper, il n'y a pas à revenir là-dessus. Mais il y a la manière dont on compte nous les imposer.**

Nos revenus ont depuis des années suscité bien des interrogations, jusqu'à nourrir les pires fantasmes, et il faut bien avouer que nous n'avons pas fait grand-chose pour les désamorcer. On nous accuserait de les avoir un peu provoqués, en arguant de notre statut d'indépendants pour entretenir le flou sur la question, que nous aurions quelque difficulté à nous défendre. Mais cela n'autorise pas des restrictions qu'on nous imposerait comme ça, «au jugé». Une «contribution de solidarité» de 2% une année, d'accord, mais combien l'année suivante? Pourquoi pas 10, pourquoi pas 20% ensuite? L'arbitraire ne connaît pas de limites, et quand il se nourrit de préjugés et de parti pris, il faut naturellement s'attendre au pire.

Si la manière de prélever cette dîme nous indispose, ce à quoi elle sera utilisée nous préoccupe tout autant. Un seul exemple: il est tout à fait inacceptable de nous demander de participer au financement d'une politique qui inspire, et qui présente (c'est un comble) comme un modèle la création de l'Hôpital de la Riviera, avec son service de chirurgie sur l'un des sites, son service de médecine sur l'autre. D'un point de vue médical, fonctionnel, la formule n'a que des inconvénients, et pas des moindres. Et du point de vue financier, le résultat est catastrophique: le dédoublement inévitable des services des urgences, des soins intensifs et de radiologie va générer des surcoûts qui se chiffrent en millions.

Dans une récente interview, curieusement accordée au *Nouvelliste*, M. Rochat s'est exprimé au sujet des revenus des médecins hospitaliers vaudois. A partir de certains cas tout à fait

isolés (un ou deux exemples pour le canton, effectivement indéfendables), il laissait entendre que pour beaucoup, sinon pour la majorité d'entre eux, ces revenus approchaient du million. Manque d'information ou provocation délibérée, peu importe; on s'attendait à plus de sérieux de la part d'un conseiller d'Etat qui termine en disant qu'il va tous nous faire «cracher au bassin». Mais ce serait une nouvelle maladresse que de s'en tenir à simplement réduire l'alimentation du Fonds des honoraires. La réaction ne se ferait pas attendre: tous ceux qui doivent se le partager feront de leur mieux pour en obtenir une plus grosse part, en étant un peu moins rigoureux pour hospitaliser les malades ou les admettre en unité des soins intensifs, entraînant ainsi des frais qui pourraient dépasser les économies réalisées aux dépens du Fonds des honoraires; ce n'est pas très élégant, mais c'est humain.

### Il nous faudra encore troquer la blouse blanche contre celle, bleue, du maquignon

Une reconduction de la contribution de solidarité, assortie d'une majoration bien évidemment, doit être sous peine mise en discussion. Nous devrons alors nous montrer intraitables; d'accord pour le principe, réservés sur le pourcentage, mais surtout pas d'entrée en matière sans définition des règles du jeu: l'alimentation du Fonds des honoraires n'en connaît aucune; sa seule référence est historique, sans que personne ne se souvienne sur quelles bases elle a été établie; aucun critère, absolument rien qui conditionnerait son évolution d'année en année. C'est une pagaille qu'on ne peut admettre (et subir) plus longtemps.

Aujourd'hui, l'enjeu est de taille, alors que d'ici à un ou deux ans, on ne parlera plus de tout cela, puisqu'on s'achemine inéluctablement vers une forme ou une autre de salariat. C'est à ce moment-là qu'il s'agira d'être parti-

culièrement vigilants, et fermes, avant de définitivement engager notre avenir. Et il ne faudra pas craindre de rappeler quelques lieux communs, d'insister, lourdement s'il le faut, pour faire comprendre qu'être médecin-chef de service dans un hôpital régional est un métier astreignant, à haute responsabilité et à risque. Métier astreignant, quand la moitié de son temps, tout au long de l'année, on travaille le jour et qu'on reste sur le qui-vive la nuit, nuit entrecoupée de téléphones ou d'interventions sur place, la semaine comme le samedi et le dimanche. Métier à responsabilité, quand on sait ce qui est en jeu. Métier à risque, car il est bien révolu le temps où les médecins, impunément, enterraient leurs erreurs. Un poste aussi auquel on accède généralement à 35 ou 40 ans, après des années de formation passées avec un salaire de cadre subalterne. Un métier donc qui mérite une rémunération en conséquence, un salaire conséquent, soyons clairs, afin de recruter des gens de qualité et de compétence supérieures et maintenir ainsi la qualité d'un service public de premier plan.

N'anticipons pas. Le passage au salariat va poser d'énormes problèmes techniques; et, au train où interviennent les décisions en matière de politique sanitaire, la rémunération à l'acte a encore quelques années devant elle. Entre-temps, il nous faudra encore, de temps en temps, mais trop souvent à notre goût, troquer la blouse blanche contre celle, bleue, du maquignon.

*Dr P. Christeler*

*Membre du bureau du Groupement  
des médecins hospitaliers*

#### POUR CABINET MÉDICAL

A Lausanne, proximité Pully, offre à louer 200 m<sup>2</sup> modulables; plan terre 6 grandes vitrines, parkings privés, proximité transports publics.

Convenant pour cabinet médical ou activité paramédicale.

Loyer en fonction du chiffre d'affaires ou du bénéfice.

Fax 091/923 32 48

# Le coin du banquier

## Retraite: de l'obligation à la liberté de choix

S'appuyant sur trois piliers, le système de prévoyance suisse a pour objectif de base de garantir une autonomie financière à toute personne ayant atteint l'âge de la retraite.

L'AVS, premier des trois piliers de prévoyance, permet à chacun de disposer d'un revenu minimal pour couvrir ses besoins vitaux. A coup de révision, cette institution a élargi ses rentes, mais pas suffisamment. C'est la raison pour laquelle les deuxième et troisième piliers lui prennent le relais. L'un est obligatoire, l'autre pas.

### Prévoyance professionnelle

Rendu obligatoire en 1985, le deuxième pilier est régi par une loi-cadre qui fixe les modalités de financements et de prestations. Par contre, la liberté d'améliorer les prestations aux assurés est laissée à chaque caisse de pension.

L'évolution de ce pilier dépend principalement de trois facteurs socio-économiques qui sont: l'introduction de l'égalité des sexes, l'accroissement de la longévité et la conjoncture. On le voit, il n'est pas facile de gérer un fonds de caisse de pension avec ces paramètres. D'autant plus que dans cette activité, les prévisions se font à moyen et à long

terme. Il convient encore d'ajouter que le législateur a aussi codifié, dans un souci de sécurité, la présentation des comptes annuels, la gestion des fonds et l'utilisation d'instruments financiers dans les placements de fortune.

### Liberté de choix

L'avenir de l'AVS étant perçu actuellement comme incertain, bon nombre de salariés et d'indépendants dirigent une partie de leur épargne sur le troisième pilier, dit «3a», afin d'élargir la plate-forme financière qui sera la leur à l'âge de la retraite. Sécurisante à terme, cette épargne présente un intérêt immédiat fiscal, puisque ses primes peuvent être déduites du revenu imposable. Le salarié peut «défiscaliser» 5731 francs par année. De son côté, l'indépendant peut alléger sa déclaration fiscale de 20%, mais au maximum 28 656 francs.

La prestation du troisième pilier «3a» se présente sous la forme d'un capital constitué et enrichi par les intérêts courus et les participations aux bénéfices durant les années d'épargne. Ce capital peut être transformé en rente. Ainsi, il est possible de bénéficier d'un viager, dont les dispositions émanent des cantons.

### Au terme des obligations

Arrivés à l'âge de la retraite, le salarié et l'indépendant peuvent légitimement se réjouir de pouvoir enfin toucher le fruit de leur labeur (les premier et deuxième piliers). C'est oublier que l'Etat les attend au contour en reprenant partiellement ce qu'il a donné lors de la constitution de la prévoyance. Il s'avère donc crucial d'opérer le bon choix: rente ou capital. Et, d'un canton à l'autre, le fisc change d'appétit. Dans le canton de Vaud, un homme marié de 65 ans qui touche un capital de 100 000 francs devra verser 10 592 francs, alors qu'en Appenzell il ne devra que 700 francs!

### Accès à la propriété

Mais avant l'âge requis pour faire valoir leurs droits, le cotisant et/ou l'épargnant peuvent prélever une partie de leur caisse de retraite ou de leur troisième pilier «3a» pour devenir propriétaires immobiliers. Entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1995, la législation fédérale en la matière est quelque peu restrictive. En effet, pour ne pas diminuer trop fortement les bénéfices de ces deux piliers, il faut, entre autres, que les retraits anticipés ne soient affectés que pour une résidence principale.

Que l'on soit patron, salarié ou indépendant, la prévoyance professionnelle doit s'articuler sur une politique basée sur la sécurité, les prestations et la transparence.

### Le bon partenaire

Si vous désirez obtenir des informations générales, prenez directement contact avec le secrétariat de la Société vaudoise de médecine, route d'Oron 1, 1010 Lausanne.

Pour des questions demandant des réponses précises, contactez votre conseiller ou appelez un téléconseiller BCV au 0848 808 880, du lundi au vendredi de 7 à 21 heures, le samedi de 8 à 17 heures.

Votre conseiller BCV

## Reconstruction du sein par TRAM-F

### 1<sup>er</sup> prix de la Société suisse de chirurgie – 1996, Genève

Inventée par Michael Schefflan et Karol Hartramf, la technique de TRAM-F est une technique de reconstruction du sein qui consiste à utiliser l'excès dermo-graisseux du bedon, le muscle grand-droit abdominal constituant le vecteur vasculaire du lambeau grasseux. La plastie abdominale en forme d'ellipse reprend exactement la perte de substance de la résection de la mastectomie selon Patey.

Cette vidéo est destinée à l'information des chirurgiens et des gynécologues et éventuellement des patientes à qui cette intervention pourrait être proposée.

Presque entièrement réalisée par images et animations infographiques, elle a pour but de décrire dans le détail la technique et d'en démontrer, par deux exemples, les avantages anatomiques et esthétiques par rapport à la pose d'une prothèse en silicone ou gonflable.

Production et réalisation: Centre d'enseignement médical et de communication audiovisuelle (médecin-chef Dr Pierre-Henri Gyax), avec le soutien de la Société suisse de chirurgie plastique, reconstructive et esthétique.

# Communiqués

## Réseau COSAMA

### Trois ans de fonctionnement, une nouvelle convention. Où en est-on?

Depuis ses débuts, le 1<sup>er</sup> janvier 1996, le réseau COSAMA a connu de profondes modifications: création d'une association des médecins, entrée en vigueur prochaine d'une nouvelle convention et surtout accroissement considérable du nombre de ses adhérents. Il réunit actuellement environ 17 000 assurés (5% des assurés du groupe COSAMA) pris en charge par 201 médecins (147 généralistes, 44 internistes et 10 pédiatres). Vu son importance dans l'histoire récente de la SVM, il apparaît nécessaire d'informer l'ensemble de la SVM de sa situation actuelle.

#### Association des médecins du réseau

A la création du réseau à la fin de 1995, les représentants des médecins au Conseil paritaire ont été élus par leurs pairs lors d'une votation par correspondance organisée par les assureurs. Légitimés par une élection démocratique mais insatisfaits d'avoir dû dépendre des assureurs pour l'être, les trois élus ont décidé de créer l'Association des médecins du réseau COSAMA (AMC), qui a tenu son assemblée constitutive le 27 novembre 1997 et sa deuxième assemblée générale le 25 septembre 1998. L'existence d'une association permet aux médecins d'avoir plus de poids face aux assureurs et leur garantit un contrôle démocratique de leurs délégués. L'association est dotée d'un comité de cinq à sept membres (actuellement six) dont les trois délégués au Conseil paritaire.

#### Nouvelle convention

Dès le départ, nous étions conscients des lacunes et imperfections de la convention du réseau. Dans un premier temps, nous avons négocié avec les assureurs un règlement d'application qui en corrigeait certaines. Dès 1997, nous avons proposé aux assureurs une refonte complète de la convention pour aboutir à un texte plus cohérent, tenant compte des expériences du début de fonctionnement

et des critiques de certains de nos confrères. Au printemps 1998, nous sommes arrivés à un texte définitif approuvé par les médecins et les assureurs. Cette nouvelle convention a reçu l'aval de la SVM, elle a été adressée à tous les médecins membres du réseau et elle entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1999.

Voici un résumé des principales modifications qu'elle apporte.

#### Préambule

L'Association des médecins du réseau est partenaire de la création du réseau, ce qui renforce le poids des médecins. Le code de déontologie de la FMH fait partie intégrante de la convention. C'est donc lui qui ferait référence pour des situations imprévues. Les assureurs ne peuvent signer avec d'autres prestataires de soins (spécialistes, physios, labos, hôpitaux, etc.) de convention restreignant notre choix, sauf accord de notre part. Cette disposition ne figure explicitement dans aucune autre convention réseau et nous paraissait indispensable.

**Critères d'admission:** Le but du réseau est de promouvoir une médecine économique. Il est dès lors logique d'y vouloir des médecins qui adhèrent à cette philosophie. La convention prévoit que le médecin candidat au réseau fournisse sa statistique du concordat et le critère utilisé est celui du Tribunal fédéral des assurances (120%). Cependant, la statistique du CAMS est grossière et le médecin qui dépasse ce chiffre peut expliquer ses particularités devant ses confrères du Conseil paritaire.

**Définition du médecin indépendant:** Les assureurs nous ont proposé une liste de critères apparemment rébarbative. Elle est le fruit de leur expérience genevoise et vise à pouvoir refuser les permanences et institutions assimilées. Les permanences pratiquant une médecine assez différente de celle des médecins indépendants et n'étant surtout pas soumises au même contrôle statistique, nous sommes d'accord de vouloir les écarter du réseau.

**Rôle des médecins:** La notion de communication automatique du diagnostic (qui n'a jamais été appliquée) a été éliminée. Pour ce point, les règles applicables au réseau sont celles de la convention ambulatoire. La liste un peu ridicule des moyens que doit utiliser le «bon docteur» (génériques, etc.) a disparu. La primauté de l'intérêt du patient sur les impératifs économiques est explicitement affirmée. Les tâches administratives liées au réseau sont réduites à la fourniture d'un formulaire «Avis de délégation de traitement» lors de l'envoi à un spécialiste.

**Démission et exclusion:** Dans les deux cas, possibilité est donnée au patient de suivre son médecin sans être tenu aux délais de son contrat d'assurance. Une certain nombre de motifs d'exclusion ont été cités pour éviter que les décisions du Conseil paritaire ne soient entachées ou soupçonnées d'arbitraire.

**Tarif:** Après (assez longue) discussion, tant les assureurs que les médecins ont préféré en rester au tarif différencié, qui a l'avantage de valoriser les prestations générales. A noter que, désormais, la valeur du point est liée à celle de la convention ambulatoire et elle suivrait automatiquement une (improbable) revalorisation de cette dernière.

De toute façon, l'entrée en vigueur du tarif GRAT gommara cette différence avec le régime général.

**Diffusion de la liste des médecins:** Les assureurs souhaitaient un assouplissement de la règle actuelle, considérant qu'il leur était difficile de proposer l'assurance réseau à leurs assurés sans indiquer quels étaient leurs médecins partenaires. Le code de déontologie de la FMH et son annexe sur la publicité contiennent des indications assez précises, quoiqu'un peu plus libérales que celles de l'ancienne convention. Il était incontournable que ce texte, établi par notre organisation faïtière, soit la référence en la matière.

**Conseil médical** (= les trois médecins délégués au Conseil paritaire): Cette nouvelle notion a entre autres pour but que le médecin dont les statistiques de coût seraient soumises à examen n'ait à fournir d'explication qu'à ses pairs de la même manière que le prévoit la nouvelle convention SVM-FVAM sur la Commission paritaire.

*Litiges:* Ce point avait été oublié dans la première convention, probablement plus par distraction que par angélisme. Oubli réparé.

*Formation continue:* Toute notion de colloques obligatoires propres au réseau a été supprimée. La collaboration avec la SVM en matière de formation continue, voulue par l'Assemblée constitutive de l'AMC, est expressément mentionnée.

### Résultats économiques

La population des assurés du réseau est notablement différente de celle des assurés hors réseau. La moyenne d'âge est légèrement inférieure (34 ans et demi contre 37 ans) mais surtout la proportion des grandes franchises y est beaucoup plus grande. Il n'y a eu aucune sélection quant à l'âge ou la pathologie, c'eût été contraire à la loi; par contre, en choisissant ou non le réseau, les assurés ont certainement créé une sélection de fait quant au comportement face à la santé. Par analogie, il a pu exister une (souhaitable) sélection des médecins quant à leur manière de pratiquer. Tous ces facteurs rendent hasardeuse

toute interprétation péremptoire des chiffres. Il n'en reste pas moins que le coût annuel des assurés du réseau (pour l'assurance obligatoire LAMal) a été en 1997 nettement inférieur à celui des autres. Coût des assurés du réseau: 999 fr. 42 par assuré et par an. Coût des assurés hors réseau: 2190 fr. 95. Bien évidemment, et pour des raisons citées ci-dessus, ce résultat est «trop beau» pour être dû uniquement au principe du réseau. Il sera peut-être modifié par les mécanismes de compensation des risques. La réduction des primes trouve néanmoins ici sa justification.

### Et pour l'avenir

Autant le principe de la création de réseaux de santé basés sur le principe du «gate-keeper» a provoqué, dans le canton de Vaud tout au moins, des réactions violentes et émotionnelles dans la corporation médicale, autant la mise en route pratique du réseau COSAMA s'est faite, sur le plan interne, avec relativement peu de heurts. Les contraintes qu'aurait pu faire peser le réseau sur la pratique médicale apparaissent, dans la réalité quotidienne,

bien minimales. A titre personnel, le soussigné n'a jamais eu le sentiment que sa liberté de décision ait été entravée ni que ses rapports avec les spécialistes consultants aient été altérés. Même s'il y a eu d'inévitables divergences et quelques conflits, les rapports avec les assureurs se sont déroulés dans un climat autrement plus constructif que ce que l'on peut voir ces jours sur le plan suisse.

On peut espérer qu'au vu d'une convention améliorée et de l'expérience d'une pratique fort peut différente de la pratique habituelle de la plupart d'entre nous, le réseau COSAMA puisse apparaître comme un élément de notre paysage professionnel qui ne menace ni notre pratique ni notre éthique et qui peut concilier les intérêts de chacun. Celui de nos patients passe par une médecine de qualité, un corps médical uni, mais aussi par leur porte-monnaie.

*J.-P. Pavillon, Echallens  
Président de l'AMC*

Note: Les médecins qui souhaiteraient disposer du texte complet de la nouvelle convention peuvent le demander au soussigné (tél. 021/881 34 44, fax 021/881 29 43).



## A l'indice de satisfaction de la clientèle Les médecins viennent en tête, les caisses maladie sont avant-dernières

N.d.l.r.: De temps en temps, une bonne nouvelle, cela fait quand même plaisir!

Vue sous l'angle de la qualité, la réussite d'une entreprise se mesure à l'aune de la satisfaction de sa clientèle. Jusqu'à présent, les comparaisons entre les différentes branches d'activité étaient difficiles à réaliser et, lorsque le défi était relevé, il fallait bien admettre un manque d'objectivité. Le centre d'études économiques de l'Université de Bâle a développé, sous la direction du professeur Manfred Bruhn, un indice suisse de satisfaction de la clientèle, le SWICS (Swiss Index of Customer Satisfaction).

Adresse de contact Internet: <http://www.SWICS.ch>

Ce nouveau baromètre devrait maintenant permettre des comparaisons annuelles interbranchées.

Une première étude pilote réalisée par IHA/GfM et l'Institut LINK, et portant sur plus de 7000 entretiens, donne des résultats particulièrement intéressants en ce qui concerne les différents secteurs de la santé.

### Le fameux indice de satisfaction

Avec un indice de satisfaction général de 81,8 points (sur un maximum de 100), les Suisses passent pour des clients globalement très satisfaits. Il est toutefois intéressant de relever les domaines qui s'écartent de cet indice dans un sens ou dans l'autre. Ainsi, les médecins viennent en tête avec un score de 88,7 point sur 100, alors qu'en queue de peloton, les caisses maladie occupent l'avant-dernière place des vingt branches examinées, soit le 19<sup>e</sup> rang avec 76,1 points, parvenant tout juste à devancer Swisscom! A souligner, le louable 4<sup>e</sup> rang occupé par les hôpitaux avec 85,7 points.

Nous n'avons jamais douté qu'en raison de leur engagement exemplaire et de leur disponibilité permanente au service d'autrui, les médecins méritaient une place dans le peloton de tête – et ce malgré les tentatives ma-

nifestes orchestrées par certains pour déstabiliser toute une profession. Mais le fait que les médecins occupent le premier rang relève du plébiscite et leur confirme que leur message est compris. Quant aux patients eux-mêmes, ils se distinguent par la valeur de leur capacité de jugement.

Ce qui est par contre surprenant, c'est la dimension que prend la condamnation sans appel des caisses maladie. Et le fait que les présents résultats soient issus d'une enquête conduite avant la débâcle de la Visana laisse augurer des résultats de l'an prochain. Les patients ne se sont donc pas laissés duper par la campagne de dénigrement menée sur le thème du «médecin, ce grippe-sous en blouse blanche», à la fois épouvantail et fauteur de renchérissement des coûts de la santé. En reléguant les caisses à l'avant-dernière place, le verdict des patients est tombé comme un couperet et, une fois de plus, on constate qu'à vouloir traîner l'autre dans la boue, on se salit inévitablement les mains.

### Les patients sont-ils satisfaits?

Quelque 43% des personnes interrogées sont pleinement satisfaites (indice entre 99 et 100).

Pour 7,4% des personnes interrogées, l'indice de satisfaction est infé-

rieur à 60. La catégorie la plus satisfaite est celle des 30 à 49 ans, alors que les moins de 29 ans sont le moins satisfaits.

Et ce sont ceux dont le revenu du ménage est supérieur à 9000 francs brut et les célibataires qui manifestent une insatisfaction largement supérieure à la moyenne.

Les indices de satisfaction diffèrent légèrement selon les spécialités médicales; les dermatologues et les gynécologues, par exemple, s'en sortent sensiblement mieux que les généralistes. Cela pourrait s'expliquer par l'image d'une compétence supérieure dont jouissent ces spécialistes auprès des patients.

### Les facteurs du succès

Pour cerner avec plus de précision les raisons de la satisfaction inspirée par les médecins, les responsables de l'enquête se sont spécialement intéressés aux critères suivants:

Méthodes de traitement	(42%)
Compétence du conseil	(32%)
Rapport prix/prestations	(15%)
Disponibilité	(12%)

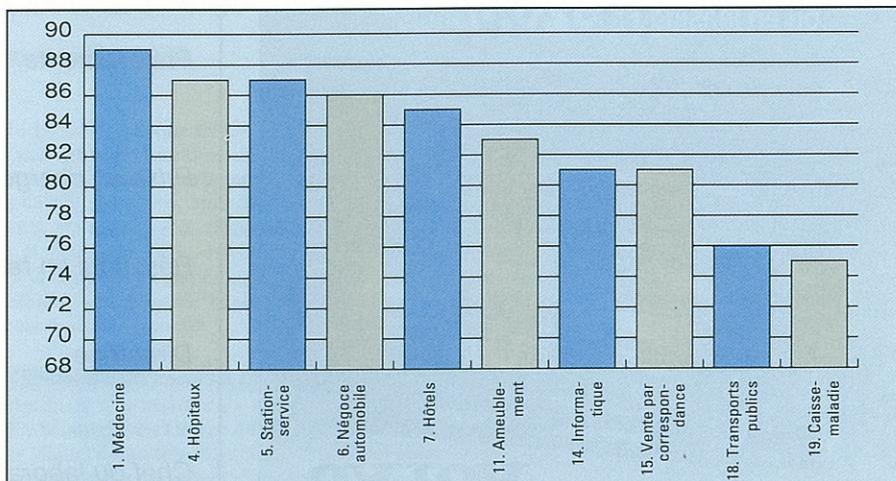
Bien que seul un nombre très restreint de patients soient vraisemblablement en mesure d'émettre un avis sur les méthodes de traitement et la compétence du conseil, leur opinion – avec pas moins de 73% en valeur pondérée – pèse lourd dans la balance. On peut admettre qu'il s'agit d'une appréciation empreinte d'un fort aspect émotionnel.

Avec seulement 15%, l'importance du rapport prix/prestations est pondérée de façon nettement moins lourde, ce qui contredit ceux qui veulent porter au pinacle l'argument selon lequel la médecine est trop chère. Cela ne vaut apparemment plus que dans l'esprit de certains politiques frappés de myopie intellectuelle, car les patients considèrent au contraire que le rapport prix/prestations est correct.

Quant à la disponibilité des médecins, elle ne représente certes que 12% en valeur pondérée, mais compte tenu des deux critères principaux (méthodes de traitement et compétence du conseil), ce chiffre traduit un réel besoin des patients.

Cette étude a par ailleurs livré d'autres résultats, pour le moins étonnants: les quatre critères mentionnés ci-dessus contribuent pour 56% à la satisfaction, alors que d'autres critères n'ont qu'une influence négligeable; l'amabilité du personnel du cabinet médical, le sérieux et le niveau de compétence d'un médecin ne semblent guère déterminants pour la satisfaction de la clientèle.

### Satisfaction des clients dans différentes branches économiques et groupes professionnels



### L'aptitude à dialoguer du médecin

Les médecins réalisent ici un score de 90,8% qui les place encore une fois au premier rang. L'influence de l'aptitude au dialogue sur le degré de satisfaction de la clientèle est très importante. Un médecin souhaitant garder ses patients devra par conséquent accorder une attention particulière à la qualité du dialogue. Pour les personnes interrogées, la durée de l'entretien est moins importante que sa clarté et son intelligibilité.

### Le marketing au cabinet médical

Quiconque sait augmenter le degré de satisfaction de ses patients arrivera à consolider leur fidélité et évitera qu'ils aillent «voir ailleurs». Pour cette raison, l'étude recommande les mesures suivantes:

- instauration de nouvelles méthodes de traitement;
- examen critique de la qualité de ses propres entretiens en situation de traitement;
- interrogation de patients sélectionnés sur les prestations susceptibles d'être améliorées.

Les efforts consentis par le médecin pour la satisfaction de sa clientèle sont également révélateurs de la forte pression de la concurrence. Typiquement, ce sont les branches dans lesquelles la concurrence est le plus absente que l'on retrouve en fin de classement.

Si la tâche consiste à maintenir cette première place, il ne faut pas oublier non plus qu'elle en sera d'autant plus passionnante et motivante.

*Hansruedi Federer, Dr phil. II*

Source: *Tribune Médicale*.

## Reconstruction du sein par latissimus dorsi

2<sup>e</sup> prix du Festival du film médical «FILMED 98», Amiens  
Prix du Festival du film médical «Entretiens de Bichat» – 1998, Paris

En 1911 déjà, Tanzini décrivait la reconstruction de la paroi thoracique par la transposition antérieure d'un lambeau musculo-cutané du latissimus dorsi pour couvrir d'importantes pertes de substances nécessitées par la chirurgie mammaire mutilante à l'époque.

Cette technique a été complètement oubliée jusqu'en 1977, date à laquelle Neven Olivari, de Cologne, l'a redécouverte. Ensuite, McCraw décrivit une variante, le lambeau en îlot du grand dorsal. Cette technique est certainement la plus simple et la plus fiable, mais nécessitait jusqu'à présent l'adjonction d'une prothèse en silicone.

En raison de la polémique (en grand partie justifiée), les chirurgiens se sont progressivement tournés vers la reconstruction par le TRAM-flap. Celle-ci n'étant pas toujours possible, certains auteurs comme Papp, puis Olivari lui-même, ont décrit un latissimus dorsi étendu (extended latissimus dorsi flap) qui permet une reconstitution autologue.

Production et réalisation: Centre d'enseignement médical et de communication audiovisuelle.

## Le bon diagnostic...

Optez pour la sécurité !

Volvo V70 2.0, 5 portes, dès Fr. 41'300.-

ou en leasing Fr. **620.-/mois\***



**VOLVO**

\*Leasing calculé sur 48 mois et 20'000 km/an.

Dépôt de garantie Fr. 3'000.-.

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

Membre des Ets R. Leuba et Fils

Rue Etraz 14 • 1003 Lausanne • Tél. 021/310 03 93

## Laboratoire Riotton SR

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

### Prélèvements

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

### Prise en charge d'échantillons au cabinet

Résultats en temps réel  
Fax ou service télématique

### Directrice

J. Bambule-Dick  
Dr ès sciences, biochimiste

### Chef du laboratoire

S. Bellinazzo, chimiste

### Responsable de la bactériologie

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

**Nouveauté:** Service gratuit de recherche bibliographique

**POUR BIEN CHOISIR VOTRE NATEL  
COMMENCEZ PAR BIEN  
CHOISIR CELUI QUI VA**

**VOUS EN PARLER ...**



**Le plus grand centre natel  
de Suisse romande**



**Pré-de-la-Tour 7 / Lausanne - PULLY - Tél. 021 729 95 55**

# Calendrier médical vaudois

Période du 16 novembre 1998 au 18 décembre 1998

## LUNDI 16 NOVEMBRE 1998

17 h 15: Colloque du Service de chirurgie - Dr P. Capasso: «Traitement endovasculaire de la rupture traumatique de la rate» - CHUV, Lausanne, salle de colloques, BH 15-Sud.

## MARDI 17 NOVEMBRE 1998

8 h 15-9 h 45: Conférence de formation post-graduée du SUPEA-DPP - Professeur M. Cuénod: «Rôle du glutathion dans la schizophrénie» - CHUV, rue du Bugnon 19, Lausanne, auditoire Pierre-Decker - Renseignements et inscriptions: M<sup>me</sup> F. Evrard, SUPEA, rue du Bugnon 23 A, Lausanne, tél. 021/314 19 60, fax 021/314 19 61.

17 h: Colloque de la Division d'endocrinologie, de diabétologie et du métabolisme - Dr M. Gueorguiev: «HIV et diabète» - CHUV, salle de séminaires 301, BH 10 - Renseignements: 021/314 05 96.

## MERCREDI 18 NOVEMBRE 1998

12 h 15: Séminaire des Départements de pharmacologie et de toxicologie et de biologie moléculaire - Dr H. Hamm, Chicago: «Structure and function of heterotrimeric G proteins» - Institut de pharmacologie et toxicologie, rue du Bugnon 27, 1005 Lausanne, entrée C3, salle de conférences.

17 h 30: Colloque romand de radiologie - Dr P.-A. Schneider, Genève: «Traumatismes vasculaires» - CHUV, Lausanne, niveau 8, auditoire 1.

## JEUDI 19 NOVEMBRE 1998

11 h: Colloque du Service de rhumatologie - Dr A. Farron: «Place de la chirurgie dans les affections dégénératives de l'épaule» - CHUV, Hôpital Nestlé, Lausanne, auditoire Louis-Michaud.

13 h: Colloque de pneumologie - Dr R. Lemoine: «Corrélations patho-cliniques» - Institut de pathologie, rue du Bugnon 25, 1005 Lausanne, auditoire Spengler.

14 h-17 h 30: Séminaire interactif - D<sup>rs</sup> M. Vannotti et D. Widmer: «Back in time» - Polyclinique médicale universitaire - Renseignements: FMH, Berne, M<sup>me</sup> B. Weil, tél. 031/359 11 11.

14 h-18 h: Séminaire - «Politique des drogues: dépénalisation, légalisation, état de la question» - Hôtel Continental, place de la Gare 2, Lausanne - Renseignements et inscriptions: Communauté nationale de travail «Politique de la drogue», c/o GREAT, CP 20, 1401 Yverdon-les-Bains, tél. 024/426 34 34, fax 024/426 34 35.

14 h 15-15 h 45: Conférence CEPUSPP - Professeur B. Gallhofer, Allemagne: «Troubles cognitifs chez le patient schizophrène» - Clinique psychiatrique universitaire, site de Cery, 1008 Prilly, bâtiment des admissions, 1<sup>er</sup> étage.

17 h-18 h 30: Conférence de nutrition clinique - Professeur B. Canaud, Montpellier: «Evaluation et stratégie nutritionnelle de l'insuffisance rénale chronique en traitement de suppléance extrarénal» - CHUV, Lausanne, auditoire Charlotte-Olivier.

17 h 30-19 h: Colloque de neurologie - Professeurs A. Albanese, J. Bogousslavsky et Dr M. Schlupe: «Symposium Interferon B 1a» - CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

18 h-19 h: Colloque ORL - Dr A. Radu: «Traitement photodynamique des cancers précoces des voies aérodigestives supérieures: état actuel» - CHUV, Lausanne, auditoire Yersin.

18 h 30: Colloque de l'Hôpital de Payerne - Dr J.-P. Zellweger: «Nouvelles perspectives dans le traitement de l'asthme: la place des antileucotriènes» - Hôpital de Payerne, salle de conférences du 1<sup>er</sup> sous-sol.

## VENDREDI 20/SAMEDI 21 NOVEMBRE 1998

Vendredi: 9 h 15-16 h 45; samedi: 9 h 15-12 h 30: Séminaire du Centre d'étude de la famille - Dr Miguel de Andrés, Barcelone: «Travailler avec la compétence des clients (une expérience avec les usagers de drogues à Barcelone: le SAPS)» - CERFASY, Neuchâtel - Renseignements et inscriptions: CERFASY, Beaux-Arts 19, 2000 Neuchâtel, tél. et fax: 032/724 24 72.

## SAMEDI 21 NOVEMBRE 1998

8 h 30-13 h: 12<sup>es</sup> Entretiens de Beaulieu - «Du cauchemar au rêve ou 150 ans d'anesthésie» - Hôtel du Rhône, quai Turretini, Genève - Renseignements et inscriptions: SYMPORG, av. Krieg 7, 1208 Genève, tél. 022/346 41 01.

## LUNDI 23 NOVEMBRE 1998

11 h 15: Leçon inaugurale - Dr D. Van Linthoudt: «Maladies articulaires dégénératives (arthrose)» - CHUV, Lausanne, auditoire Charlotte-Olivier.

14 h-15 h: Colloque du métabolisme phosphocalcique - Dr L. Sandini: «L'hypocalcémie: un marqueur de mauvais pronostic dans les sepsis» - CHUV, Lausanne, salle 10-301.

18 h: Colloque du Département des Services de chirurgie et anesthésiologie (DSCA) - Dr N. Déglon: «Thérapie génique par vecteurs viraux: état de la question» - CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

18 h 30: Colloque du Service de dermatologie - D<sup>rs</sup> J.-Ph. Görög et S. Zäch: «Analyse génétique du syndrome de Spiegler Brooke - Analyse génétique du pseudoxanthome élastique» - Hôtel Rivesrolle, à Rolle.

## MARDI 24 NOVEMBRE 1998

11 h: Colloque du Service de psychogériatrie (SUPG) - Dr J.-M. Bertolote, Genève: «Le suicide chez la personne âgée» - Hôpital psychogériatrique, Prilly-Lausanne, salle Villa.

12 h 30-13 h 45: Colloque multidisciplinaire dermatologie-immunologie-néphrologie-rhumatologie - Dr J.-Ph. Cerottini: «Dermatologie: Eruption urticarienne et arthralgies récurrentes s'associent à une surdité progressive: association de symptômes pour un syndrome» - CHUV, Lausanne, auditoire Yersin.

17 h: Colloque de la Division d'endocrinologie, de diabétologie et du métabolisme - Professeur F. Mantero, Italie: «Diagnostic et traitement de l'incidentalome surrénalien» - CHUV, salle de séminaires 301, BH 10 - Renseignements: 021/314 05 96.

18 h 30: Colloque du Nord vaudois - Dr Michel Erne: «Chirurgie endoscopique: où en est-on?» - Hôpital de zone d'Yverdon-les-Bains, salle de conférences, 3<sup>e</sup> étage.

## MERCREDI 25 NOVEMBRE 1998

12 h 15: Séminaire des Départements de pharmacologie et de toxicologie et de biologie moléculaire - Dr E. Landrau, Bâle: «Crystallization and structural determination of membrane proteins: the role of detergent and lipids» - Institut de pharmacologie et toxicologie, rue du Bugnon 27, 1005 Lausanne, entrée C3, salle de conférences.

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

## JEUDI 26 NOVEMBRE 1998

10 h 30-12 h: Conférence du Jeudi de la Clinique La Métairie - Dr F. de Riba, Genève: «Qu'est-ce que le stress et comment le traiter?» - Clinique La Métairie, Nyon - Renseignements: F. Forestier, tél. 022/361 15 81.

12 h 15-13 h: Colloque du Laboratoire central et de la Division d'hématologie du DMI - Professeur M. Favrod, Lyon: «Thérapie génique en cancérologie: modèles animaux et applications cliniques» - CHUV, Lausanne, auditoire Charlotte-Olivier.

12 h 30-13 h 30: Colloque de neurologie - Professeur P. A. Despland: «Méthodologie et nouvelles applications cliniques des potentiels évoqués cognitifs» - CHUV, Lausanne, salle de colloques BH 13.

14 h-18 h: Colloque de pneumologie - «New perspectives in cystic fibrosis infection» - CHUV, Lausanne, auditoire Tissot - Renseignements: Dresse I. Rappaz et Dr M. Roulet, CHUV, tél. 021/314 36 20 ou 021/314 35 81.

16 h-17 h 30: Colloque de la Division de cardiologie - Dr D. R. Holdright: «La femme et son cœur» - CHUV, Lausanne, auditoire Mayor.

17 h 45: Colloque romand de gastro-entérologie - Professeur G. Burkhard, Berne: «Carcinoid syndrome - diagnosis and treatment» - CHUV, Lausanne, auditoire Charlotte-Olivier.

18 h-19 h: Colloque d'urgences et de soins intensifs - Dr G. Vogel: «Insuffisance rénale aiguë» - Hôpital Riviera, site Samaritain, salle de conférences.

18 h-19 h: Colloque du Service d'urologie - Dresse Boubacker: «Actualité en médecine nucléaire» - CHUV, Lausanne, salle de séminaires 6, BH 08.

18 h 30: Colloque des orthopédistes romands - Dr C. Fritsch: «La prise en charge multidisciplinaire des lombalgiques» - CHUV, Lausanne, auditoire de l'Hôpital de Beaumont.

## VENDREDI 27 NOVEMBRE 1998

9 h-17 h: Journée de sensibilisation organisée par l'ISPA - «Toxicomanies» - Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), av. Ruchonnet 14, Lausanne - Renseignements et inscriptions: ISPA, Administration, M<sup>me</sup> Danielle Ayer, tél. 021/321 29 85.

## LUNDI 30 NOVEMBRE 1998

17 h 15: Rencontre de pathologie chirurgicale - D<sup>rs</sup> P. Jichlinski et V. Betttschart: «Masses du rein» - Institut de pathologie, rue du Bugnon 25, 1005 Lausanne, auditoire Spengler.

**MARDI 1<sup>ER</sup> DÉCEMBRE 1998**

8 h-9 h 15: Colloque du Service de pédiatrie - D<sup>r</sup> J.-J. Cheseaux: «Le HIV en pédiatrie - que fait-on en Suisse en 1998?» - CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

11 h: Colloque du Service de psychogériatrie (SUPG) - D<sup>resse</sup> G. Leuba Gfeller: «Hypothèses biologiques dans la maladie d'Alzheimer» - Hôpital psychogériatrique, Prilly-Lausanne, salle Villa.

17 h: Colloque de la Division d'endocrinologie, de diabétologie et du métabolisme - Professeur R. C. Gaillard: «Interaction des stéroïdes sexuels et surrénaux avec la réponse immunitaire» - CHUV, salle de séminaires 301, BH 10 - Renseignements: 021/314 05 96.

**MARDI 1<sup>ER</sup>/MERCREDI 2 DÉCEMBRE 1998**

Lundi: 8 h-16 h 30; mardi: 8 h-17 h: Colloque du Centre interdisciplinaire des urgences - Team d'instructeurs de Denver (Colorado/USA): «Cours PALS (Pediatric Advanced Life Support) - en anglais» - Renseignements et inscriptions: Secrétariat du D<sup>r</sup> Moeschler, CHUV, tél. 021/314 55 82.

**MERCREDI 2 DÉCEMBRE 1998**

12 h 15: Séminaire des Départements de pharmacologie et de toxicologie et de biologie moléculaire - D<sup>r</sup> A. Lesk, Cambridge: «Conformational changes of proteins» - Institut de pharmacologie et toxicologie, rue du Bugnon 27, 1005 Lausanne, entrée C3, salle de conférences.

16 h 30: Séminaire de l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST) - Professeur A. Bergmann: «Le travail aujourd'hui et demain et la qualité de vie» - IST, rue du Bugnon 19, 1005 Lausanne, salle de colloques.

19 h: Colloque de l'Hôpital de Lavaux - D<sup>r</sup> L. Perey et professeur D. Schorderet: «Que faut-il attendre de la médecine prédictive, notamment en oncologie?» - Hôpital de Lavaux, salle de conférences du Pavillon.

**JEUDI 3 DÉCEMBRE 1998**

9 h-13 h: Symposium de neurologie - Professeurs A. Albanese et J. Bogousslavsky: «Neurogériatrie» - CHUV, Lausanne, auditoire César-Roux.

13 h: Colloque de pneumologie - D<sup>r</sup> C. Uldry: «Aide à la cessation du tabagisme» - CHUV, Lausanne, salle de séminaires 6.

14 h-15 h: Colloque du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation - Professeur S. Clarke: «Réhabilitation neuropsychologique des patients traumatisés craniocérébraux» - CHUV, Hôpital Nestlé, Lausanne, auditoire Michaud.

14 h-17 h 30: Séminaire interactif - D<sup>rs</sup> M. Vannotti et D. Widmer: «Back in time» - Policlinique médicale universitaire - Renseignements: FMH, Berne, M<sup>me</sup> B. Weil, tél. 031/359 11 11.

18 h-19 h: Colloque ORL - D<sup>r</sup> J. Gagnebin: «Résultats et perspectives de l'utilisation de l'adé-

novirus pour la thérapie oncologique» - CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

**VENDREDI 4 DÉCEMBRE 1998**

9 h-12 h - 13 h 30-16 h 30: Séminaire du Centre d'étude de la famille - M<sup>mes</sup> D. von Stockar et B. de Werra: «Résolution de conflits à l'aide de livres d'images (II)» - Site de Cery - Renseignements et inscriptions: CEF, Centre d'étude de la famille, site de Cery, 1008 Prilly, tél. 021/643 64 01, fax 021/643 65 93.

**VENDREDI 4/SAMEDI 5 DÉCEMBRE 1998**

Lundi: 8 h-16 h 30; mardi: 8 h-17 h: Colloque du Centre interdisciplinaire des urgences - Team d'instructeurs de Denver (Colorado/USA): «Cours PALS (Pediatric Advanced Life Support) - en anglais» - Renseignements et inscriptions: Secrétariat du D<sup>r</sup> Moeschler, CHUV, tél. 021/314 55 82.

**LUNDI 7 DÉCEMBRE 1998**

17 h 15: Colloque du Service de chirurgie - D<sup>r</sup> J. Aebi: «Le mycophénolate mofétil en transplantation hépatique, rénale et pulmonaire» - CHUV, Lausanne, salle de colloques, BH 15-Sud.

**MARDI 8 DÉCEMBRE 1998**

8 h 15-9 h 45: Conférence de formation post-graduée du SUPEA-DPP - Professeur H.-Ch. Steinhausen, Zurich: «Evaluation and outcome of adolescent eating disorders» - CHUV, rue du Bugnon 19, Lausanne, auditoire Pierre-Decker - Renseignements et inscriptions: M<sup>me</sup> E. Fervard, SUPEA, rue du Bugnon 23 A, Lausanne, tél. 021/314 19 60, fax 021/314 19 61.

11 h: Colloque du Service de psychogériatrie (SUPG) - D<sup>r</sup> C. Lima: «Introduction à la psychopharmacologie chez la personne âgée» - Hôpital psychogériatrique, Prilly-Lausanne, salle Villa.

17 h: Colloque de la Division d'endocrinologie, de diabétologie et du métabolisme - D<sup>rs</sup> F. Lurati et E. Fontana: «Macroprolactinome kystique: traitement combiné médico-chirurgical - Incidentalome surrénalien bilatéral» - CHUV, salle de séminaires 301, BH 10 - Renseignements: 021/314 05 96.

**MERCREDI 9 DÉCEMBRE 1998**

18 h 30-20 h: Conférence sur l'endothélium - D<sup>rs</sup> G. Turini et J. Nussberger: «Artériosclérose/maladie coronarienne - le rôle de l'endothélium et les conséquences sur le plan clinique et pratique» - Hôtel Royal-Savoy, av. d'Ouchy 40, 1006 Lausanne, tél. 021/614 88 88 - Renseignements et inscriptions: Dr. Schlegel Pharmamarketing AG, Sennweidstrasse 46, 6312 Steinhausen, tél. 041/748 76 00, fax 041/748 76 11.

**JEUDI 10 DÉCEMBRE 1998**

8 h-9 h: Colloque de l'Hôpital de Morges - D<sup>r</sup> P. Y. Zambelli: «Sport et orthopédie» - Hôpital de Morges, auditoire de l'ESIM.

9 h-17 h: Journée de sensibilisation organisée par l'ISPA - «Culture jeunes, rave, techno party et ecstasy» - Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), av. Ruchonnet 14, Lausanne - Renseignements et inscriptions: SPA, Administration, M<sup>me</sup> Danielle Ayer, tél. 021/321 29 85.

18 h-19 h: Colloque d'urgences et de soins intensifs - D<sup>r</sup> D. Tagan: «Swan Ganz» - Hôpital Riviera, site Montreux, salle de conférences.

18 h-19 h: Colloque du Service d'urologie - D<sup>r</sup> Wisard: «Actualité en andrologie - Bilan du

Congrès d'Amsterdam ISIR 1998» - CHUV, Lausanne, salle de séminaires 6, BH 08.

18 h 30: Colloque de l'Hôpital de Payerne - D<sup>r</sup> M. Vannotti: «Le médecin sous pression» - Hôpital de Payerne, salle de conférences du 1<sup>er</sup> sous-sol.

**VENDREDI 11 DÉCEMBRE 1998**

17 h-18 h: Colloque ORL - D<sup>r</sup> H. Kingma, Maasricht: «Vestibular systems: fundamental considerations related to problems in diagnosis and therapy» - CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

**LUNDI 14 DÉCEMBRE 1998**

14 h-15 h: Colloque du métabolisme phosphocalcique - D<sup>r</sup> G. Vogel: «Néphrologie: présentation de cas» - CHUV, Lausanne, salle 10-301.

17 h 15: Colloque du Service de chirurgie - D<sup>rs</sup> F. Cachat et F. Mosimann et professeur J.-P. Guignard: «La transplantation rénale pédiatrique à Lausanne» - CHUV, Lausanne, salle de colloques, BH 15-Sud.

**MERCREDI 16 DÉCEMBRE 1998**

16 h 30: Séminaire de l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST) - D<sup>r</sup> M.-A. Boillat: «Ethique et santé au travail» - IST, rue du Bugnon 19, 1005 Lausanne, salle de colloques.

17 h 30: Colloque romand de radiologie - D<sup>r</sup> L. Bonomo, Italie: «Cardiac and non cardiac edema: role of imaging» - CHUV, Lausanne, niveau 8, auditoire 2.

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

**JEUDI 17 DÉCEMBRE 1998**

11 h: Colloque du Service de rhumatologie - D<sup>r</sup> P. Zangger: «Les lésions cérébro-traumatiques: déficit fonctionnel et aspect thérapeutique» - CHUV, Hôpital Nestlé, Lausanne, auditoire Louis-Michaud.

14 h-18 h: Colloque de pneumologie - Professeur E. Russi, Zurich, et D<sup>r</sup> A. Pavlovic, Genève: «Oxygénothérapie ambulatoire» - CHUV, Lausanne, salle de séminaires 6.

16 h-17 h 30: Colloque de la Division de cardiologie - Professeur F. Crea et D<sup>r</sup> G. Vassalli: «Coronaires saines» - CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

16 h-19 h: Réunion ONO - «Ophtalmologie-neurologie-neurochirurgie-ORL» - CHUV, Lausanne, auditoire clinique ophtalmique - Renseignements: D<sup>r</sup> X. Borruat, 021/643 15 15.

18 h-19 h: Colloque d'urgences et de soins intensifs - D<sup>r</sup> D. Bracco, Sion: «Catécholamines» - Hôpital Riviera, site Samaritain, salle de conférences.

**VENDREDI 18 DÉCEMBRE 1998**

9 h-17 h: Journée de sensibilisation organisée par l'ISPA - «Les comportements à risques chez les jeunes» - Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), av. Ruchonnet 14, Lausanne - Renseignements et inscriptions: ISPA, Administration, M<sup>me</sup> Danielle Ayer, tél. 021/321 29 85.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 21 décembre 1998 et le 12 février 1999: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 7 décembre 1998.

Pour cessation d'activité, à remettre pour janvier 1999 un

**CABINET MÉDICAL**

à Pully, à 100 m des bus, 2 pièces, salle d'attente, hall, coin café.

Convientrait pour psychothérapeute.

Tél. 021/729 76 49.

# Déprimé?

«Ne laissez pas les événements ternir  
votre joie de vivre»

Ana Obregon

Le leader mondial en matière de stress  
et de maladies de civilisation



**Biotonus**  
Clinique Bon Port

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

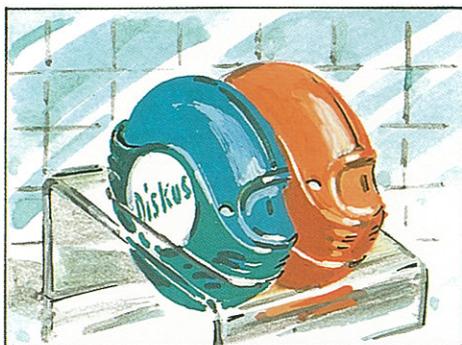
# ASTHME



# DISKUS<sup>®</sup>

L'inhalateur multidose pour une  
thérapie antiasthmatique efficace

Salmétérol  
**SEREVENT<sup>®</sup>**



**Glaxo Respiration**

Division of Glaxo Wellcome AG · 3322 Schönbühl

**Axotide<sup>®</sup>**  
Propionate de fluticasone

**Serevent<sup>®</sup>.** Présentations commerciales: Nébuliseur-doseur, Disk/Diskhaler, Diskus (inhalateur pulvérisant multidoseur). **Principe actif:** Salmétérolum (ut Salmeterolium (ut Salmeteroli xinafoas). Glaxo Wellcome SA, Bahnhofstr. 5, 3322 Schönbühl). **Indications:** Adultes: traitement à long terme des affections obstructives réversibles des bronches liées à l'asthme bronchique (asthme nocturne et asthme à l'effort) et à la bronchite chronique avec ou sans emphysème pulmonaire. Traitement à long terme des bronchopneumopathies obstructives chroniques (BOC) avec réversibilité partielle de l'obstruction bronchique. Enfants: traitement à long terme des affections obstructives réversibles des bronches liées à l'asthme bronchique, y compris l'asthme à l'effort. Il est recommandé d'associer au traitement bronchodilatateur de fond par  $\beta_2$ -stimulants de longue durée d'action, un traitement anti-inflammatoire par stéroïdes en inhalation (ou par os). **Posologie/Mode d'emploi:** Serevent est destiné à l'inhalation. Adultes: 50  $\mu\text{g}$  (-100  $\mu\text{g}$ ) 2x par jour. Enfants (de 4 ans et plus): 50  $\mu\text{g}$  2x par jour. Le salmétérol ne remplace pas le traitement avec des médicaments anti-inflammatoires (corticostéroïdes). Lors d'une crise d'asthme aiguë, un  $\beta_2$ -stimulant de courte durée d'action (p.ex. Ventolin) doit être administré. **Limitations d'emploi:** Contre-indications: Hypersensibilité à l'un des composants du Serevent. Précautions: La réponse au traitement devrait être surveillée à l'aide de tests d'exploration fonctionnelle respiratoire. Si il est nécessaire d'augmenter la dose du  $\beta_2$ -agoniste, reconsidérer le schéma thérapeutique et instaurer une corticothérapie ou augmenter la posologie de la corticothérapie en cours. Prudence chez les patients atteints d'hypertension, de sténose sous-aortique, hypertrophie idiothypathique, de troubles cardio-vasculaires accompagnés d'arythmies, d'infarctus du myocarde récent, de diabète sucré et d'hyperthyroïdie. **Catégorie de grossesse:** B. **Effets indésirables:** Tremor, agitation, sécheresse de la bouche, céphalées, palpitations cardiaques, bronchospasme paradoxal, crampes musculaires, myalgies, réactions d'hypersensibilité cutanée, arthralgies, tachycardie. **Interactions:**  $\beta$ -bloquants non sélectifs (p.ex. propranolol), prudence avec les  $\beta$ -bloquants cardioselectifs. Possible interaction (effet additif) avec d'autres stimulateurs  $\beta$  ou d'anticholinergiques. **Catégorie de vente:** B. Pour de plus amples informations veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

**Axotide<sup>®</sup>.** Nébuliseur-doseur, Disk/Diskhaler, Diskus (inhalateur pulvérisant multidoseur). **Principe actif:** Fluticasone (ut Fluticasoni propionas). Glaxo Wellcome SA, Bahnhofstr. 5, 3322 Schönbühl). **Indications:** Adultes et enfants de plus de 4 ans: Traitement de base de l'asthme bronchique, thérapie au long cours. **Posologie/Mode d'emploi:** Axotide est exclusivement destiné à l'inhalation. Adultes et adolescents de plus de 16 ans: Dose initiale 0,10 mg - 1,0 mg 2 x par jour, dose d'entretien (dose standard) 0,10 mg-0,50 mg 2 x par jour. Enfants de plus de 4 ans: 0,10 mg 2 x par jour. **Limitations d'emploi:** Contre-indications: Hypersensibilité à l'un des composants de l'Axotide. Précautions: La réponse au traitement devrait être surveillée à l'aide de tests d'exploration fonctionnelle respiratoire. En cas de nécessité d'augmenter la dose du  $\beta_2$ -agoniste, reconsidérer le schéma thérapeutique et envisager une augmentation posologique de la corticothérapie. Chez un faible nombre de patients, l'inhalation de fortes doses (>1 mg/d) peut entraîner une baisse du taux de cortisol plasmatique, tandis que la fonction corticosurrénale et la capacité de réserve surrénale restent en général dans les limites de la normale. Dans des cas isolés, notamment chez les patients traités par des fortes doses quotidiennes (maximales) sur une longue période, une insuffisance corticosurrénale peut survenir. Une suppression prolongée de l'axe hypothalamo-surrénalien peut éventuellement provoquer des effets secondaires systémiques. On arrêtera resp. réduira avec une grande prudence les doses de corticostéroïde chez les patients dont la fonction corticosurrénale est diminuée à la suite d'une corticothérapie au long cours, soit systémique, soit inhalée à doses élevées. Une prudence particulière est de mise avec les patients atteints de tuberculose pulmonaire active ou quiescente, ou de mycose pulmonaire. **Catégorie de grossesse:** C. **Effets indésirables:** Enrouement, infection à Candida albicans localisée à la muqueuse buccale et pharyngée, réactions d'hypersensibilité cutanée, bronchospasme paradoxal. **Interactions:** Aucune interaction connue à ce jour. **Catégorie de vente:** B. Pour de plus amples informations veuillez consulter le Compendium Suisse des médicaments.