

COURRIER
DU M **MEDECIN**
VAUDOIS

numéro 8 septembre - 90

ORGANE
DE LA SOCIÉTÉ
VAUDOISE
DE MÉDECINE



QUESTIONS HOSPITALIÈRES

COLLABORATION CLINIQUES PRIVÉES-MÉDECINS



SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE Fondation pour la garde médicale

et leurs partenaires

Helvetia caisse maladie
Genevoise Assurances – Intras, caisse maladie

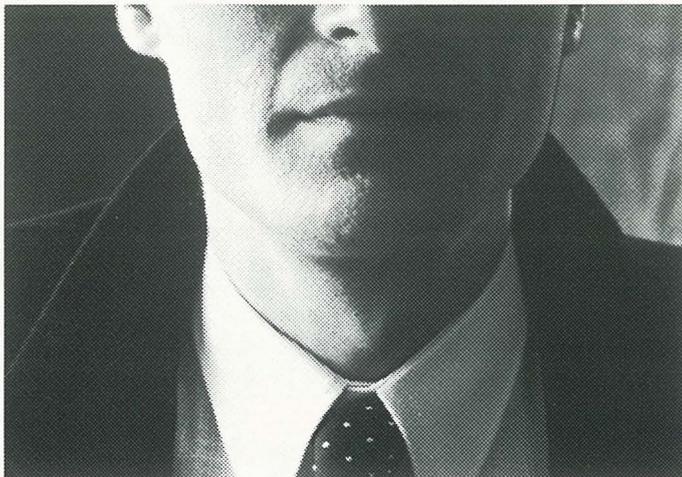
vous offrent leurs services :

- Contrats collectifs maladie et perte de gain
- Caisse d'allocations familiales CAFMED
- Central de télécommunications desservi exclusivement par des infirmières
 - déviateur téléphonique en cas d'absence ;
 - systèmes d'appel (Meditel, Vip-Line, Reacall, Eurosignal, etc.) ;
 - transmission de messages alphanumériques.

**Prestations et tarifs particulièrement intéressants.
Demandez une offre et comparez !**

Société vaudoise de médecine – C.P. 50 – 1010 Lausanne – Tél. 021/32 9912

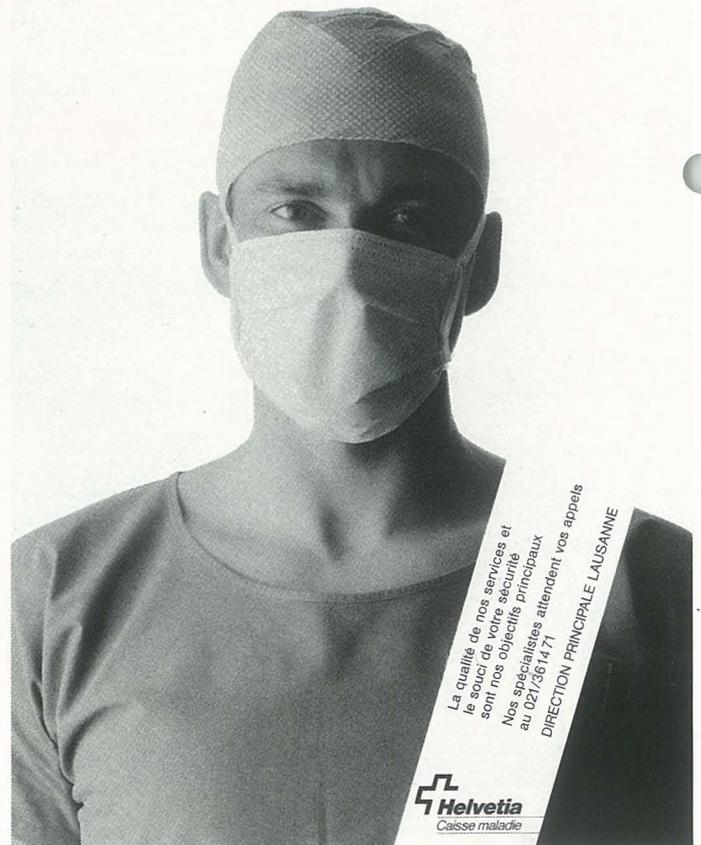
SEULE UNE IMAGE COMPLÈTE
PERMET D'APPRÉCIER UNE SITUATION...



**Le Plan de Sécurité Evolutif :
la juste mesure de vos assurances**

GENEVOISE ASSURANCES
André Grandchamp
Agence générale
Place Saint-François 5, 1003 Lausanne
Tél. 021/2017 01

 **Helvetia** = UN PARTENAIRE SÛR
Caisse maladie



La qualité de nos services et
le souci de votre sécurité
sont nos objectifs principaux
Nos spécialistes attendent vos appels
au 021/3614 71
DIRECTION PRINCIPALE LAUSANNE

 **Helvetia**
Caisse maladie

 **Genevoise**
ASSURANCES

Editorial

Nos hôpitaux

Dossier un peu réduit par la calcination estivale, le numéro de septembre désire attirer l'attention sur l'avenir des hôpitaux vaudois.

La planification hospitalière de notre canton, en se structurant durant les douze dernières années, a progressivement éloigné les médecins hospitaliers de toutes les décisions majeures.

Plus ou moins d'établissements? Concentration, centralisation, régionalisation? Rôle de l'hôpital universitaire, fonction des hôpitaux de zone importants (Morges, Yverdon, etc.), maintien de petits hôpitaux partout et à tout prix?

Voilà des questions auxquelles on ne peut répondre avec des critères politiques ou économiques seulement. Désignez-moi l'autorité médicale qui s'affirme dans ces choix! Ce n'est ni celle de la SVM, ni celle de la Faculté de médecine. Quant à la progressive prise en charge de malades ambulatoires dans les établissements sanitaires, elle se fait par et avec des médecins, un peu au gré du hasard et des situations particulières.

L'opposition entre un anesthésiste du CHUV et le chirurgien-chef d'un petit hôpital est, pour moi, symptomatique des divergences normales qui existent dans la conception de «l'hôpital». Il faut approfondir les discussions, mettre à plat des oppositions plus apparentes que réelles, pour pouvoir avec efficacité agir sur le processus en cours.

Peut-être est-il juste de se diriger vers un ensemble hospitalier très intégré, dirigé de Lausanne. La fondation des hospices cantonaux, à laquelle demain on rattachera probablement, et directement, le GHRV va dans ce sens. C'est aller dans le sens d'un monopole hospitalier cantonal, centré autour d'un hôpital universitaire de qualité. Cela peut se défendre. Peut-être devrait-on satelliser les petits établissements sanitaires qui vivent mal, autour d'hôpitaux de zone et rendre une plus grande indépendance à ces derniers, leur permettre de se développer selon leur capacité propre, leur volonté propre, les besoins de la région qu'ils desservent.

Mais ce qui compte, c'est que les décisions soient prises sur des critères définis médicalement: qualité des soins, capacité d'assurer les situations critiques, articulation entre elles des différentes prises en charge, maintien et développement d'une médecine de qualité hors des centres privilégiés, pour qu'elle reste à disposition de tous. Pour les habitants du canton et leur état de santé, ces critères sont les seuls importants, ils doivent surpasser tel orgueil de préfet, telle ambition technocratique, telle rivalité régionale ou centralisme cantonal. Ces critères doivent surtout s'affirmer contre la prévision financière aléatoire, faux prétexte qui nous a conduits en douze ans vers un budget cantonal dépassant le milliard. Nous devons faire beaucoup mieux médicalement, introduire beaucoup plus de liberté dans le système, et cela avec un budget restreint. Utopie?

D^r F. Thévoz

Sommaire

1

Editorial
Nos hôpitaux

3

Dossier
Questions hospitalières

8

Opinions
Principes
fondamentaux
à respecter
dans la révision
de la LAM

11

Opinions
Ramses II
au pays des Vaudois

15

Principes
de collaboration entre
cliniques privées
et médecins

16

Sida Information Suisse

18

Courrier des lecteurs

19

Communiqués

20

Calendrier
médical vaudois



Pension La Famille

Etablissement de convalescence et de repos médico-social, principalement pour séjours de longue durée.

Situation privilégiée, grand parc arborisé, vue sur le lac, accès facile, deux médecins et une infirmière attitrés. Soins assurés.

Soins personnalisés, ambiance chaleureuse d'un cadre familial. Chambres aménagées selon désir.

Pension La Famille
Monique Landweer
1806 Saint-Légier
Tél. 021/943 25 23 - 24 h. sur 24

Retrouvez un GALBE PARFAIT

Soins spécialisés cellulite, amincissement et raffermissement — Enveloppements algues et boue volcanique — Balnéothérapie — Panthermal — Fisiotronclinic — Méthode exclusive révolutionnaire — Soins complets du visage — Rajeunissement par collagène intégral — Lifting-roll — Soins énergisants pour les rides — Epilation à la cire et définitive — Teinture cils — Manucure — Soins du buste — Solarium — Institut moderne et expérimenté.



INSTITUT ÉTI COSMETIQUE
Rue Haldimand 6 - Lausanne - Tél. 021 / 23 46 04
Genève - Tél. 022 / 44 56 11

INSTITUT J. JOLY

AXCIEL

CIGAL

Un logiciel de gestion complète
de cabinet médical au prix de

Frs 4'000.- ?

GALIEN II

**VOTRE PARTENAIRE DONT
LES PERFORMANCES VOUS
ETONNERONT TOUJOURS !**

Envoyez votre carte de visite ou le présent coupon à
AXCIEL, Case postale 4381, 1110 MORGES ou no tél. 021/803.16.17
Une documentation détaillée vous sera expédiée.

Nom/prénom _____

Rue/no _____

NPA/Localité _____

La compétence



TEMPORAIRE & FIXE

Tél. 021/311 13 13

Lausanne
Av. Ruchonnet 30



Dossier

Questions hospitalières

Pourquoi maintenir les hôpitaux régionaux

Le maintien ou non des hôpitaux régionaux et de demi-zone défraye périodiquement la chronique au gré de déconvenues dont l'Etat est parfois directement responsable, ou au gré des circonstances à d'autres occasions.

A titre de rappel il y a lieu d'évoquer la suppression de la maternité et du service des urgences chirurgicales de l'Hôpital de Rolle il y a plus de dix ans, ce qui n'a certainement pas eu une influence favorable sur cet établissement, quelles qu'aient été les difficultés rencontrées à l'époque. Après c'est l'Hôpital d'Aubonne qui est devenu le sujet principal des préoccupations à la suite du refus de la Santé publique de rénover sa salle d'opération trop vétuste. Plus récemment, le remplacement du chirurgien de La Vallée à la suite de la démission du titulaire pour raison d'âge s'est heurtée à des difficultés suffisantes pour mettre cet hôpital en péril. La même problématique a été déclenchée par la démission du gynécologue de Moudon. Il n'est pas exclu que des situations analogues se rencontrent prochainement dans les autres établissements de cette catégorie.

te que l'obstétrique et la gynécologie, voire la médecine générale, doivent y être associées. En médecine interne, la même situation se rencontre, et faute d'avoir à son arc quelques compétences techniques supplémentaires, endoscopie, ultrasons, ou autres, l'emprise de la médecine générale sera très importante. Si ces différents types de prestations se voient dissociés entre plusieurs confrères ou ne peuvent tout simplement plus être offerts, soit il devient impossible d'assurer un revenu suffisant, soit les établissements se voient privés d'un apport de malades significatif et susceptible de compromettre un taux d'occupation suffisant. Nos jeunes confrères n'éprouvent pas grand attrait pour ce genre de situations et ne s'y sentent guère préparés. Enfin la discussion quant à l'activité minimale critique pour assurer une qualité médicale suffisante est déclenchée.

rant dont le rôle est loin d'être négligeable sur le plan touristique ou industriel. Le district de Rolle connaît un développement démographique manifeste à la suite des débordements économiques de Lausanne et Genève. La Vallée n'a pas connu la même fortune avec au contraire une baisse de la population. Mais le développement de son industrie électronique doit continuer à pouvoir compter sur un point d'appui hospitalier. Même situation à Sainte-Croix où la reconversion industrielle a les mêmes exigences. L'Hôpital de Moudon répond à l'implantation de nouvelles entreprises. Au Pays-d'Enhaut, tourisme et éloignement se conjuguent pour justifier la présence d'un hôpital. Il n'est pas question de mettre en cause ces établissements dans quelque district que ce soit sans provoquer une levée de boucliers massive.

Permanence médico-chirurgicale et coûts de la santé

Sur le plan médical, le malentendu concerne au premier chef leur mission. Aucun de ces hôpitaux n'a la prétention de pratiquer de la haute voltige technologique. Bien sûr, les prestations que la population attend varient au gré des régions et des compétences particulières des confrères qui y pratiquent. Mais dans l'ensemble, on peut affirmer que la première nécessité est la présence d'une permanence médico-chirurgicale. Cela permet la prise en charge de toute une série d'urgences courantes, qu'elles soient médicales ou chirurgicales, pour lesquelles de nombreux patients auraient peine à

Polyvalence sans attrait

Les motifs de ces difficultés sont facilement explicables. Ces petits hôpitaux sont étroitement dépendants des acteurs qui les animent. Leurs médecins responsables font preuve d'une disponibilité et d'une polyvalence inhabituelles. La situation personnelle et financière est en regard peu avantageuse ou tout au moins fort médiocre. L'activité chirurgicale est en elle-même insuffisante pour assurer une occupation suffisante du chirurgien, en sor-

Tradition locale, industrie et tourisme

La riposte « politique » est immédiate. Nos hôpitaux régionaux sont bien implantés dans l'histoire et les traditions locales. De nombreux citoyens du district se sont dévoués pour les mettre sur pied et les développer avant l'ère de la sécurité sociale. Les communes et la population s'y sont investies. Et actuellement encore, la présence de l'hôpital constitue cet élément rassu-

comprendre qu'il faille se déplacer, ne fût-ce que d'une quinzaine de kilomètres. Et lorsque la situation est plus grave, cela permet aussi de prendre les premières mesures qui s'imposent afin d'assurer un transport dans les meilleures conditions possibles. Ce postulat de principe devrait être une fois pour toutes reconnu par la Santé publique, ce qui non seulement n'est pas le cas actuellement, mais fait justement chaque fois l'objet de discussions lorsqu'il s'agit de la mission des hôpitaux régionaux. Qui plus est, les coûts d'exploitation supplémentaires qui en résultent devraient être pris en charge par l'Etat. Il relève en effet de sa tâche d'assurer autant que possible des services identiques à chacune et à chacun, quelle que soit la région, ville ou campagne. Cela permettrait de décharger les petits hôpitaux de frais supplémentaires qui se reportent sur le coût par cas et occultent de ce fait une prise en charge par ailleurs certainement plus avantageuse que dans un plus grand établissement. Certes la médecine vaudoise est chère, dit-on, à cause de la densité de son réseau hospitalier.

Mais il n'est pas démontré non plus qu'une plus grande concentration des moyens permettrait une économie significative. Il est même permis d'en douter largement.

Médecine de qualité douteuse en périphérie?

Enfin il est nécessaire d'affirmer que le scepticisme qui règne quant à la qualité de la médecine dans un petit hôpital n'est certainement pas justifié. Ce sentiment met en cause la conscience professionnelle de trop nombreux confrères et, à ce titre, n'est pas dénué d'une consonance vexatoire. Personne ne met en cause la valeur de la médecine générale, qui par définition implique les pathologies les plus diverses et de fréquences les plus variables. Lorsqu'un généraliste se trouve confronté à une situation qu'il ne maîtrise pas, il passe la main. Et cela ne soulève aucune discussion. Le spécialiste de campagne se trouve confronté à une problématique absolument identique.

Il y a donc une place pour des spécialistes «généralistes», capables de prendre en charge les affections médicales et chirurgicales courantes d'importance moyenne et de faire face à la majorité des urgences, même graves, quitte à se limiter aux premières mesures lorsque les circonstances nécessitent la mise en œuvre de compétences et de moyens plus importants. Sans vouloir prêcher par indulgence pour ma proche paroisse, cette médecine globale où l'on voit les patients à la maison et dans leur environnement aussi bien qu'à l'hôpital, où l'on est confronté à toutes les circonstances de la vie, aux urgences petites et grandes et aux vicissitudes de la médecine légale de terrain, c'est de la vraie médecine. Même s'il en coûte parfois, c'est un beau métier. Cela devrait pousser à une certaine réflexion au sein de nos facultés et sociétés de spécialistes pour permettre de continuer à former des confrères qui se destinent à une pratique hospitalière en périphérie. La première préoccupation n'est alors ni le syndrome rare, ni le travail scientifique!

Dr Yves Guisan

La pénurie de médecins anesthésistes dans les hôpitaux de petite taille : que reflète-t-elle au juste?

Actuellement et à intervalles réguliers, la majorité des hôpitaux vaudois de petite taille a des difficultés majeures à s'assurer la collaboration stable d'un médecin anesthésiste qualifié ayant droit de pratique dans notre canton. A première vue, on pourrait déduire que ces problèmes sont le reflet typique d'une situation de pénurie de médecins anesthésistes comme le suggérerait un rapport récent émanant du Service de la santé publique et de la planification sanitaire¹. Une analyse sans arrière-pensée de cette pénurie apparente fait ressortir des conclusions différentes qui pourraient alimenter utilement le débat naissant concernant l'avenir et la «mission nouvelle» des petits hôpitaux.

L'anesthésiologie, rappelons-le, est une spécialité médicale à part entière pratiquée par des médecins qualifiés, assistés dans leur tâche par du personnel infirmier spécialisé². Tout hôpital avec activité chirurgicale et obstétricale et assumant les urgences se doit de disposer d'un médecin anesthésiste en tout temps et pouvant intervenir dans des délais très courts. Voilà en bref quels sont les impératifs de fonctionnement de cette spécialité en milieu hospitalier. Si vous associez à cela le fait que les hôpitaux périphériques ont le handicap commun et majeur

d'avoir un volume d'activités chirurgicales et/ou obstétricales réduit, il devient aisé de comprendre pourquoi les médecins anesthésistes et les obstétriciens disposant du droit de pratique ne s'intéressent pas – et à juste titre! – à ces postes.

Rappelons le cercle vicieux de ce problème qui restera sans solution valable tant que la mission des hôpitaux périphériques ne sera pas réévaluée. Dans ces établissements à l'avenir mal profilés, toute la problématique provient de ce volume d'activités insuffisant pour maintenir les compétences

professionnelles et assurer une rémunération décente. A cela s'ajoutent un environnement qui n'offre pas toujours la sécurité souhaitable, la contrainte permanente du service de piquet, l'impossibilité de trouver un remplaçant durant la période de vacances, sans oublier la défection grandissante du public à l'égard de son hôpital régional.

Toutes les solutions proposées ou appliquées jusqu'à ce jour – appui venant du CHUV, octroi de dérogations, contrats garantissant un revenu minimal – n'ont pas eu d'effet bénéfique sur le problème clé de ces établissements, à savoir un recrutement insuffisant de patients.

Les «rafistolages» auxquels on assiste actuellement pour maintenir (à tout prix?) une activité opératoire dans certains établissements périphériques ont des conséquences néfastes : ils ne font que différer l'inéluctable prise de position que doit prendre le Conseil d'Etat au sujet de la réévaluation de la mission des hôpitaux.

Nos confrères exerçant leur activité dans les établissements périphériques

pourraient se trouver subitement dans des situations préoccupantes. Je terminerai ces propos en soumettant à leur réflexion le point suivant.

S'il est apparemment aisé de prédire que plusieurs de ces établissements auront des difficultés à survivre au vu des multiples facteurs évoqués ci-dessus, voire qu'ils disparaîtront s'ils s'entêtent dans une attitude conservatrice, cela implique également d'empoigner franchement le délicat problème de la reconversion de ces médecins. Cet aspect du problème de l'avenir des hôpitaux périphériques ne doit pas être occulté. En effet, si des solutions honorables et réalistes au reclassement professionnel étaient proposées, il est fort probable que plusieurs hôpitaux périphériques auraient déjà engagé leur reconversion. Cette proposition – idéaliste j'en conviens! – implique bien sûr le concours de l'Etat mais également celui de notre société par le biais d'une solidarité à créer...

Dr Jean-Patrice Gardaz,
membre du comité,
président du Groupement
des anesthésistes de la SVM

¹Bréaud Ph. et Cordey R.: «Etude sur les besoins en médecins anesthésistes et radiologues dans les hôpitaux cantonaux, d'intérêt public, et les établissements sanitaires des cantons francophones et du Tessin.» Service de la Santé publique et de la planification sanitaire du canton de Vaud, Lausanne, mars 1987.

²Schwander D. et Tschirren B.: «Partage des tâches et des devoirs entre médecins et infirmières anesthésistes.» *Bulletin des Médecins suisses* 68, 663-668, 1987.

25 octobre 1990, de 9 à 13 heures

CHUV, auditoire Tissot

Les Jeudis de la Vaudoise

Ophthalmologie du praticien

Méthodes d'examen

CEMCAV,
Dr Michael Sickenberg,
Professeur Claude Gailloud

Strabisme et amblyopie

Dr Giorgio Klainguti

Ceil et diabète

Dr Nicolas Ducrey

Traumatismes

Professeur Francis Bigar

Symptomatologie et diagnostic différentiel des affections cristalliniennes, vitréennes et rétinienues les plus courantes, y compris les dégénérescences de la macula

Dr Jean-Jacques Gonvers,
Dr Philippe Othenin-Girard,
Professeur Claude Gailloud

Cataracte (vidéo)

Dr Aubin Balmer

Discussions

Ce cours fait partie des «Jeudis de la Vaudoise». Pour les intéressés qui ne se seraient pas inscrits à l'avance, il est possible de le faire dès 8 h. 30 à l'entrée de l'auditoire (finance d'inscription : Fr. 50.-).

Le 29 mai 1990, le Dr Francis Thévoz, député, a déposé une motion au Grand Conseil pour demander des éclaircissements sur l'avenir de la planification hospitalière du canton de Vaud. Nous reproduisons ce texte ci-dessous, en précisant que – à notre connaissance – une réponse lui sera apportée au printemps 1991, en même temps qu'à la motion du député Berberat, relative aux résultats de dix ans d'expérience en matière d'enveloppe budgétaire hospitalière.

La planification hospitalière vaudoise est considérée à juste titre comme un modèle valable et un exemple dans le pays. Constitué d'hôpitaux que l'Etat propriétaire gère directement et d'établissements sanitaires privés d'intérêt public (hôpitaux de zone et régionaux), cet ensemble est financé et coordonné de manière à respecter une certaine autonomie régionale. L'enveloppe budgétaire assure d'autre part une relative indépendance à l'institution, le soutien massif de l'Etat aux constructions et investisse-

ments lourds des établissements sanitaires privés et d'intérêt public permet leur développement. Romain Berberat affirmait récemment devant cette assemblée que «l'on peut d'ores et déjà affirmer que le système vaudois de l'enveloppe budgétaire mis en place a permis de réaliser des résultats en tous points positifs».

Cette motion serait donc sans objet si plusieurs problèmes n'étaient apparus ces dernières années, si le système n'avait pas montré quelques défauts qui deviennent criants.

La motion Thévoz

1. Le système est très coûteux. Par le fait qu'en respectant au mieux le désir de chacun, l'Etat doit souvent satisfaire à des besoins régionaux, le Grand Conseil accordant généralement à l'unanimité les crédits nécessaires. Le parc immobilier hospitalier vaudois peut donc être considéré comme bien développé, bien entretenu, même si on parle beaucoup ces temps-ci d'exceptions qui sont très exceptionnelles.
2. Dès 1978, le système a montré également une forte tendance à la concentration. Des raisons très nombreuses et différentes ont mené à cela. Certaines sont d'ordre pratique, d'autres sont fondées sur de saines raisons économiques, d'autres enfin trouvent leur justification dans des arguments médicaux, de sécurité, de permanence et de qualité de soins. Sur l'hôpital universi-

Au bord du Léman, dans un parc spacieux
et à la lisière de sa propre forêt,

La Lignière 1196 GLAND

Tél. 022/64 71 61. Fax 022/64 20 30

Clinique médicale et centre de réadaptation cardio-vasculaire

- Traitements de médecine interne (à l'exclusion des maladies contagieuses et mentales)
- Programmes de réadaptation cardio-vasculaire après infarctus ou opérations cardiaques
- Investigations cliniques (check-up)
- Cures d'amaigrissement
- Service et consultations de diététique
- Soins ambulatoires
- Physiothérapie – Sauna
- Laboratoire
- Ultrasonographie
- Radiologie



Les thermes d'Yverdon-les-Bains sont particulièrement indiqués pour soigner les affections rhumatismales, arthrosiques, orthopédiques et des voies respiratoires.



**CENTRE THERMAL
YVERDON-LES-BAINS**

Pour tous renseignements :
Tél. 024/21 44 56

- Personnel médical et paramédical spécialisé
- Deux piscines thermales (intérieure et extérieure)
- Centre de physiothérapie ultra-moderne
- Collaboration avec l'hôpital de Zone.

Clinique chirurgicale et Permanence de Longeraie

S.O.S. MAIN

- Centre de traumatologie et de chirurgie réparatrice de la main
- Chirurgie orthopédique
- Chirurgie plastique et reconstructive
- Physiothérapie et rééducation fonctionnelle
- Ergothérapie
- Urgences jour et nuit

1003 Lausanne – Avenue de la Gare 9 – Téléphone 021/20 33 01 – Fax 021/312 49 07

taire, le phénomène est assez normal et compréhensible, même s'il est parfois exagéré et médicalement peu soutenable. Sur quelques hôpitaux de zone qu'on pourrait appeler les leaders, cette concentration de malades s'explique également. Elle s'explique aussi par la beaucoup plus grande facilité de mobiliser la population et les malades aujourd'hui qu'autrefois. Le libre choix de l'hôpital étant garanti dans notre canton, il faut laisser la population choisir. C'est donc normal qu'elle se dirige vers les meilleurs hôpitaux du canton, ceux qui sont bien fournis dans toutes les spécialités (gynécologie, pédiatrie, psychiatrie, etc.).

3. Le système a cependant le défaut de ne pas pouvoir tenir compte, ni modifier les comportements des médecins, les comportements de la population. Affirmer que deux hôpitaux de la zone 7 allant de Cudrefin à Thierrens doivent être complémentaires ne permettra pas de traiter à Moudon ceux qui préfèrent Payerne ou même Neuchâtel ou Fribourg. Imposer la collaboration à des médecins-chefs indépendants, concurrents parfois, ne peut se faire qu'en souplesse. Déclarer que dans tel petit hôpital périphérique, il faut maintenir la salle d'accouchements ou le bloc opératoire n'obligera pas telle jeune mère à aller y accoucher, ni des accidentés à rester sur place pour se faire traiter.
4. Le système de planification hospitalière a permis de maintenir dans toutes les régions des hôpitaux soutenus économiquement, mais qui ne sont pas tous, vraiment, médicalement viables. Et cela n'est pas dû à une mauvaise gestion hospitalière, ni à une incompétence médicale, ni même au déséquilibre des densités de population. Pour maintenir la moindre activité chirurgicale ou obstétricale, il faut aujourd'hui la présence d'un anesthésiste. Il faudrait une radiologie correcte. La réanimation post-opératoire est devenue en soi une sous-spécialité. Il faut donc, aujourd'hui beaucoup plus qu'il y a quinze ans, une équipe de spécialistes très différents pour des actes somme toute simples. Si vous exigez la présence d'un anesthésiste à X ou à Y, vous exigez en même temps que cette présence soit permanente. Vous exigez donc qu'un seul médecin formé assume une présence de 24 heures sur 24, mais surtout une responsabilité permanente: vous ne trouverez plus un tel individu et on ne le trouve plus. Il y a donc pénurie d'anesthésistes dans les hôpi-

taux de petite taille, incapacité à financer leur poste, alors que, par contraste, plusieurs cliniques privées lausannoises disposent de trois, quatre ou six anesthésistes à plein temps qu'elles trouvent facilement.

5. Les médecins assistants en beaucoup plus grand nombre que par le passé ne vont plus dans ces mêmes hôpitaux périphériques. Mettez-vous à leur place: le nouveau règlement des assistants du CHUV admet un horaire maximal de 56 heures par semaine. Comment un petit hôpital peut-il, s'il ne dispose que d'un, deux ou trois assistants, respecter cet horaire? Et les week-ends? Un assistant recherche une bonne formation. Il la trouvera là où plusieurs spécialités sont réunies. La pénurie d'assistants dans les hôpitaux périphériques, alors que nous sommes toujours en pleine pléthore médicale, s'explique donc facilement: le jeune médecin préfère se diriger vers l'hôpital universitaire pour la qualité de la formation, un horaire bien organisé et les divers avantages de la vie dans une grande agglomération. S'il ne trouve pas de place à l'hôpital universitaire, il choisira un hôpital de zone en fonction du médecin-chef et de la variété des pathologies traitées. Mais il évitera le plus possible l'hôpital où les responsabilités et le temps exigés sont grands et pas toujours compensés par une valorisation de la formation.
6. On en arrive donc à une situation assez grave où seuls des médecins sans droits acceptent de prendre de tels postes. Sans passeport suisse ni diplôme fédéral de médecine passe encore et la dérogation serait possible, mais lorsqu'il s'agit d'un diplôme étranger non contrôlable ou d'une formation postgraduée presque inexistante, le besoin impérieux de santé publique, là, exige que l'on refuse la dérogation et l'autorisation de travail. Ce refus va être considéré comme une insulte de l'autorité sanitaire cantonale à tel hôpital qui recherche un médecin qualifié.

Je vais réduire les nombreux développements que cette motion devrait contenir aux quelques questions ci-dessous, en demandant au Conseil d'Etat d'y répondre par un rapport.

1. La mission des hôpitaux (leurs différentes fonctions), définie légalement par le Grand Conseil peut-être réévaluée et cela de la manière la plus soucieuse des intérêts de chaque région, de ses habitants et de ses malades?

2. Peut-on envisager un nouveau système de répartition des médecins assistants à travers le canton où l'hôpital universitaire assurerait, par rotation ou échange de stages, qu'aucun hôpital périphérique ne manque de médecins qualifiés?
3. Peut-on prendre des mesures de décentralisation ou de régionalisation autour de quelques hôpitaux de zone afin de diminuer le tourisme médical exagéré vers la capitale vaudoise et universitaire? Ces mesures impliqueraient une politique de développement renforcé des spécialités dans certains hôpitaux de zone (Yverdon, Payerne, Vevey, Montreux).
4. Le Conseil d'Etat et le Service de planification sanitaire sont invités à mettre en œuvre des mesures de réouverture des hôpitaux aux médecins praticiens et cela tout particulièrement dans l'environnement des hôpitaux de petite taille où la pénurie d'assistants cohabite parfois avec la disponibilité des médecins installés en privé.
5. Le processus d'expansion des consultations ambulatoires dans les hôpitaux doit être fortement ralenti, et cela spécialement au CHUV et dans certains hôpitaux où il mobilise un certain nombre d'assistants qui seraient nécessaires ailleurs. Lorsque cela est approprié et réaliste, il faudrait pour la consultation ambulatoire dans l'hôpital réintroduire la possibilité de travail à temps partiel pour des médecins praticiens installés.

En conclusion, j'aimerais souligner que certaines de ces mesures doivent être envisagées d'urgence pour maintenir en vie trois ou quatre hôpitaux vaudois. Souligner aussi que nous ne pourrions jamais oublier que ces hôpitaux, dans le passé, ont été créés par des gens de bonne volonté, lutteurs et créateurs, et qu'il serait un peu scandaleux qu'à notre époque de bien-être on les supprime d'un trait de plume administratif. Pour ce qui concerne la survie d'un hôpital de petite taille, la volonté politique et le financement sont des conditions nécessaires, mais pas suffisantes. Il faut donc les articuler avec les vœux exprimés de la population, avec les habitudes de celle-ci. Il faut prendre en compte également les exigences techniques des médecins hospitaliers, le caractère changeant des règles de l'hospitalisation. Les médecins hospitaliers sont des hommes du terrain, il n'y a pas de planification hospitalière qui puisse réussir en sous-estimant la portée de leurs arguments.

Opinions

Principes fondamentaux à respecter dans la révision de la LAM Constitution d'un comité suisse

Personne n'ignore qu'un projet de révision de l'assurance maladie est en cours. La commission désignée par le conseiller fédéral Cotti doit lui remettre le projet en septembre 1990! Or, les travaux de cette commission sont secrets. On est en droit de se demander ce qui va sortir de ce projet. Le seul médecin siégeant dans cette commission, le Dr Sahli, président de la FMH, se retranche derrière le secret de la fonction. La FMH avait à l'époque publié quatorze thèses concernant une éventuelle révision de la LAM dont la première était que l'assurance devait rester facultative. Or, d'après les prises de position du Dr Sahli, il semble bien que l'assurance sera rendue obligatoire. Adieu donc la première thèse! Qu'en sera-t-il des autres? Nous ne pouvons pas rester les bras croisés devant un projet qui conditionnera notre activité professionnelle et celle de nos successeurs.

Or, le temps presse. Sans réaction de la part du corps médical, la direction que peut prendre ce projet risque de ne pas être acceptable. Dans ce cas, le seul moyen d'action à notre disposition serait le référendum. Pour éviter cette extrémité, mieux vaudrait trouver un consensus dans le cadre du projet lui-même. C'est la raison pour laquelle le GMI et la SSIM (Société suisse pour l'indépendance de la médecine) ont décidé de constituer un *Comité suisse pour une assurance maladie respectueuse des droits du patient*. Ce comité, formé de médecins de la Suisse entière, entend poser un certain nombre de principes essentiels qu'il juge indispensable d'incorporer dans le projet de loi. La FMH devrait soutenir ce comité car les principes que nous défendons se retrouvent dans les thèses qu'elle avait promulguées à l'époque. Loin de vouloir créer la méfiance vis-à-vis de notre organisation professionnelle faïtière, nous voulons la soutenir et soutenir nos représentants dans la commission en leur rappelant qu'ils ne sont pas seuls et que les principes fondamentaux de notre profession ne souffrent aucun compromis. Ils n'en auront que plus de poids

dans les discussions sur le projet de révision de la loi. On imagine, en effet, le poids que peuvent avoir deux représentants dans une commission de plus de vingt membres: à peine 10%!

Ces principes essentiels sont les suivants:

A) Droits du patient:

1. Maintien du secret médical entre le malade et le médecin. Limitation des informations fournies aux caisses maladie aux seuls renseignements nécessaires pour le remboursement des factures.
2. Libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier. Ce choix ne peut être limité par des contrats d'assurance. Cette liberté peut exceptionnellement être limitée par l'urgence, la capacité hospitalière, les conditions géographiques et les compétences médicales.
3. Droit de bénéficier de toutes les mesures médicales disponibles, y compris les plus récentes, que nécessite l'état du malade.

4. Droit d'être informé de façon compréhensible et de participer au choix de mesures médicales.
5. L'assuré est le débiteur des honoraires. C'est à lui que revient la responsabilité de vérifier l'exactitude des notes d'honoraires. Il est le seul à pouvoir le faire en connaissance de cause.

B) Devoirs du médecin:

1. Dans le choix et l'application de leurs mesures, les médecins sont liés impérativement aux principes de qualité et de service aux malades.
2. Le médecin doit accepter le contrôle de son activité. Celle-ci ne peut être confiée qu'à un organisme formé de personnes compétentes, par exemple sous la forme d'un «collège» de médecins.
3. Le médecin est seul compétent pour proposer et exécuter des mesures médicales. Les médecins salariés d'une caisse ou d'une assurance ne peuvent assumer ce rôle.

C) Coûts des soins médicaux:

Les dépenses consacrées aux diagnostics et aux traitements des malades doivent conserver la priorité sur toutes les dépenses de santé qui sont accessoires.

D) Transparence des coûts:

Les factures adressées aux malades par les médecins et les établissements hospitaliers doivent être détaillées et compréhensibles. Une même clarté doit exister dans les bordereaux de primes et de cotisations des caisses maladie et des assurances.

E) Compétences:

Les responsabilités et les particularités cantonales en matière de soins médicaux (organisation, urgence, etc.) sont respectées.

Commentaires :

A.1. Point n'est besoin d'insister lourdement sur la nécessité absolue de préserver le secret médical le plus absolu. Le législateur l'a voulu ainsi puisque sa divulgation est passible de sanctions pénales. Rien à voir donc avec le secret de fonction cher aux caisses maladie. Il est purement et simplement inadmissible de devoir divulguer un diagnostic à qui que ce soit. Les médecins-conseils des caisses doivent trouver les formules leur permettant de répondre aux demandes des assureurs sans avoir à révéler un diagnostic afin de respecter au maximum la sphère privée du patient. En fait, les seules informations dont les caisses ont besoin est de savoir si la prise en charge des frais médicaux tombe ou non dans le cadre d'une réserve. Le principe même de cette réserve est antisocial. La population s'assure pour des cas de maladie. Or, lorsqu'une maladie se déclare, une réserve peut s'abattre sur l'assuré : c'est totalement anormal. L'assuré est pénalisé parce qu'il a demandé à profiter de ce pour quoi il a cotisé ! C'est un malus déguisé. La réserve devrait donc disparaître de la nouvelle loi et partant, toutes les informations que les caisses réclament à ce titre. C'est la raison pour laquelle les informations fournies aux caisses maladie doivent être strictement limitées aux renseignements nécessaires pour le remboursement

des factures. Autrement dit, les caisses ne devraient avoir droit qu'à la note d'honoraires détaillée et compréhensible que le médecin adresse au patient seul.

A.2. Il est capital d'un point de vue humain que le libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier soit garanti par la loi. L'absence d'une telle garantie ouvrirait la voie à une médecine à deux vitesses, une pour ceux qui peuvent payer le médecin en qui ils ont confiance et une deuxième pour tous les autres. C'est inadmissible. Ce choix est actuellement limité dans les établissements hospitaliers d'Etat. Une meilleure collaboration doit être trouvée afin que le patient puisse être suivi et éventuellement traité même dans les hôpitaux publics par le médecin de son choix. Cette collaboration renforcerait considérablement la confiance réciproque qui doit exister entre médecine hospitalière et privée au seul bénéfice du patient. Il est évident que ce libre choix souffrira des exceptions : l'urgence, la capacité hospitalière, les conditions géographiques et surtout la compétence médicale.

Aucun médecin ne prendrait le risque de pratiquer un acte pour lequel il n'est pas formé. Mais si ces quelques exceptions sont admissibles dans le domaine hospitalier, aucune exception au libre choix du médecin ne doit être tolérée en pratique ambulatoire si ce n'est pour des raisons de com-

pétence. La création des HMO ou d'autres systèmes qui limitent le libre choix du médecin doit être strictement défendue. Il est inconcevable de promulguer des lois contre l'expérimentation animale et d'autoriser, à titre d'étude, un système d'expérimentation humaine. Car si au terme de l'étude, on constate que la population de ces assurances alternatives a été moins bien soignée que le reste de la population, c'est sur le dos des mal soignés que cette preuve aura été faite. A moins que les souris ou les hamsters soient plus importants que les êtres humains. De même que le libre choix du médecin, le libre passage d'une caisse à une autre, doit être introduit. La disparition d'une caisse ne doit pas prêter les patients qui ont cotisé pendant des années. Ils ne sont en rien responsables des difficultés financières des caisses maladie.

Le libre choix du médecin doit s'accompagner automatiquement de la reconnaissance de tous les médecins par les caisses. L'année de carence doit disparaître de la loi.

A.3. L'accès aux soins doit être total pour tous quels que soient les moyens financiers disponibles. C'est la base même d'une assurance maladie sociale. La population cotise pour être soignée en cas de maladie. Elle a droit à la meilleure qualité de soins possible. Les améliorations techniques tendent à faire diminuer la durée des hospi-

DES TABLES EXCLUSIVES

petites pour tous les jours



Ø 115 cm



165 x 115 cm



215 x 115 cm



265 x 115 cm



315 x 115 cm

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

Venez nous rendre visite à l'

EXPO DE COSSONAY

du 6 au 14 octobre 1990

au  sportif
ameublement s.a.

1315 LA SARRAZ
☎ (021) 866 76 04

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

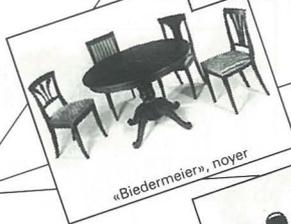
Tous les vendredis
OUVERTURE
NOCTURNE
jusqu'à 21 h



«Topas», cerisier massif



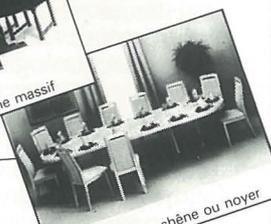
«Jeunesse», chêne et frêne



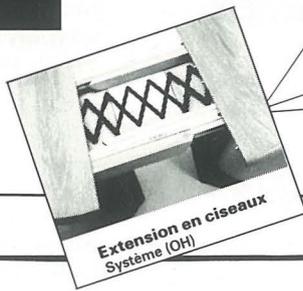
«Biedermeier», noyer



«Rustica», chêne massif



«Christine», chêne ou noyer



Extension en ciseaux
Système (OH)

Après
l'effort...



«Iris», chêne

...le confort

talisation et les risques, tout en permettant une réinsertion plus rapide dans la vie active.

Dès qu'elles sont scientifiquement prouvées, tout un chacun devrait pouvoir en profiter sans que des instances administratives ne retardent cette prise en charge pour des raisons basement financières.

- A.4. La confiance entre le malade et le médecin passe par une information complète et nuancée en fonction de la psychologie du patient sur l'affection, ses conséquences, les choix thérapeutiques et leurs complications éventuelles. A part les cas d'urgence, le patient est à même de partager cette responsabilité avec le médecin et de décider avec lui des mesures à prendre. Ce n'est certainement pas à un tiers incompetent de décider si une intervention chirurgicale par exemple est nécessaire ou non, mais bien au patient informé par son médecin. Les mesures médicales ne doivent pas être retardées par des considérations financières comme cela peut être le cas dans des HMO.
- A.5. Le système du tiers garant devrait être généralisé car, contrairement aux affirmations des caisses maladie, le «débat» médical ne se fait pas à trois, mais à deux, entre le médecin et son patient dans le cadre d'un strict secret professionnel. Seuls ces deux authentiques partenaires doivent savoir ce qui s'est passé dans leur collaboration. C'est le patient qui consulte, non la caisse maladie. C'est avec lui que le médecin passe un contrat de service dont le patient doit assumer sa part. Il est le seul à pouvoir vérifier l'exactitude des notes d'honoraires.
- B.1. Le seul souci du médecin doit être de tout mettre en œuvre pour aider son patient au mieux de ses compétences et en s'aidant de tous les acquis de la médecine moderne. Pour assumer ce rôle, la formation médicale doit être la meilleure possible, la formation postgraduée doit être encouragée, la technologie la plus récente tant diagnostique que thérapeutique, doit être accessible à tous et surtout l'indépendance du médecin doit être absolue, sinon celui-ci ne peut remplir le mandat que lui confie son patient dans le respect du code pénal.
- B.2. Une liberté totale est illusoire. La législation actuelle donne aux caisses maladie le droit de vérifier l'activité médicale par le biais de l'économicité des traitements.

C'est à cause de cet article de loi que les rapports entre médecins et caisses maladie sont empoisonnés. Il est impensable de donner à des administrations totalement incompetentes au point de vue médical, le droit de décider surtout rétrospectivement de ce qui était nécessaire et justifié tant au point de vue diagnostique que thérapeutique. Cet article était destiné à éviter les abus. Et il en existe, c'est un fait. C'est la raison pour laquelle on ne peut se passer d'un contrôle. Mais pour que ce contrôle puisse être efficace, il doit être confié à des personnes compétentes. Les caisses maladie ne le sont pas, même avec la collaboration de médecins-conseils. Les organisations de patients non plus. L'Etat encore moins. Si donc on veut un contrôle, force est de le confier à des organisations médicales. Cela existe déjà dans le cadre de la FMH avec le Bureau des expertises extrajudiciaires mais dont le rôle se limite, pour l'instant, aux cas où une erreur est suspectée. On pourrait soit étendre les compétences de ce bureau qui risquerait d'être vite débordé, soit créer des «commissions bleues» comme le suggère le Dr Laperrouza dans le *BMS* du 4 juillet 1990. Mais, afin d'éviter des conflits de personnes, ces commissions devraient regrouper des personnalités médicales incontestées de divers cantons, créant des sortes de «zones sanitaires». Tant les caisses maladie que les patients et les médecins pourraient saisir ces commissions en cas de contestations, ce qui éviterait l'arbitraire de décisions administratives pures. Les recours éventuels pourraient être pris en charge par le Bureau des expertises extrajudiciaires de la FMH.

- B.3. L'affirmation de la qualité du médecin et de sa compétence exclusive dans les mesures médicales

est indispensable. Seule cette affirmation donnera au patient la garantie d'une médecine de qualité, par la formation et le diplôme médical reconnu. Seules les mesures médicales scientifiquement reconnues doivent être prises en charge. Les méthodes alternatives, même prodiguées par des médecins, ne doivent être prises en charge que si leur efficacité a été prouvée scientifiquement. Ainsi, la compétence du médecin est naturellement limitée par ce qui est universellement reconnu. Quelle meilleure garantie apporter aux patients?

Le rôle du médecin-conseil peut se concevoir de plusieurs manières. La plus logique serait sa disparition pure et simple. En effet, si l'assurance est généralisée et obligatoire, sans réserve, libre passage et que des commissions de contrôle médicales sont créées, le médecin-conseil n'a plus sa raison d'être. Si, par contre, le système actuel est maintenu avec des variantes, le rôle du médecin-conseil doit être absolument limité.

Il ne faut pas répéter les erreurs qui se sont glissées dans l'assurance accident avec des médecins salariés qui imposent les choix thérapeutiques ou mieux, qui s'arrogent l'exclusivité des soins. Ce serait une entrave inadmissible au libre choix du médecin et de l'établissement hospitalier. Les médecins ne seraient plus que les exécutants d'ordres émanant de médecins-conseils tout-puissants mais qui n'assumeraient pas la responsabilité des mesures qu'ils auraient décidées.

- C. Trop souvent, nous voyons que la plus grande partie des dépenses de la santé est consacrée à l'amélioration de l'infrastructure «hôtelière» des établissements sanitaires et que l'acquisition de nouvelles technologies diagnostiques ou

**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions :

N° 9/90
31 octobre 1990
(délai rédactionnel :
8 octobre 1990)

N° 10/90
5 décembre 1990
(délai rédactionnel :
12 novembre 1990)

thérapeutiques n'est consentie qu'avec beaucoup de réticences et du retard, alors même qu'elle ne représente souvent qu'une part infime des sommes consenties à l'infrastructure. Cette approche doit changer car, finalement, si le cadre dans lequel se trouve la population malade est important, ce qui l'est bien plus, c'est la qualité des soins. La primauté doit donc être donnée à tout ce qui peut améliorer la prise en charge médicale des patients et c'est ensuite qu'il faut se préoccuper du cadre dans lequel les mesures médicales sont appliquées.

D. Afin que les patients puissent véritablement contrôler l'exactitude des notes d'honoraires, les factures doivent être suffisamment détaillées et compréhensibles, comme c'est déjà le cas actuellement. Mais, comme ces notes iront également aux caisses maladie, elles doivent être faites de manière à préserver complètement la sphère privée du patient, sans mention de diagnostic sous forme de code ou autre. La détermination

des prestations doit être suffisamment claire pour que le patient puisse savoir si elles ont été réellement exécutées et suffisamment générales pour que personne d'autre ne puisse en extrapoler un diagnostic. La transparence doit être réciproque, déjà dans le cadre ambulatoire, puisque certaines caisses proposent des contrats ambulatoires privés, d'autres des franchises. Mais surtout, il existe une telle disparité de couverture dans le domaine hospitalier que la plupart des patients ne savent pas comment ils sont assurés. Plutôt que d'utiliser des abréviations variables d'une caisse à l'autre, les assurés devraient savoir clairement s'ils ne sont assurés que pour les soins en chambre commune ou s'ils bénéficient d'une couverture semi-privée ou privée.

E. Le fédéralisme doit également être respecté dans le domaine sanitaire. Notre organisation étatique est basée sur ce principe. Il ne serait pas admissible dans ce contexte que l'Etat central impose

aux cantons des mesures qu'ils peuvent très bien prendre eux-mêmes en tenant compte de leurs particularités. Car, également dans le domaine sanitaire, ce qui paraît évident à Zurich, ne l'est pas forcément à Genève ou au Tessin.

Comme signalé au préambule, la plupart de ces principes se retrouvent dans les thèses de la FMH. Leur réactualisation est cependant nécessaire et leur affirmation doit ressortir clairement dans le projet de révision de la Loi sur l'assurance maladie afin que cette révision, comme les précédentes, ne soit pas rejetée par le peuple. Tout médecin qui se retrouve dans ces principes peut adhérer à notre comité en s'adressant à notre secrétariat général (M. Jean-Marc Bovy, Centre patronal, 2, avenue Agassiz, 1001 Lausanne).

Dr Rudolf Mayer,
président du GMI,

vice-président du Comité

pour une loi sur l'assurance maladie respectueuse des droits du patient

Ramses II au pays des Vaudois

Cela pourrait être le titre d'une nouvelle BD ; ce n'est en fait que la réalité de l'extension des soins à domicile, ou plutôt, dans un sens beaucoup plus large, de la Réorientation de l'Action Médico-Sociale Et des Soins à domicile, phase II (la phase II étant constituée par la mise en application généralisée, dans la zone, des mesures testées lors de la phase I, cette dernière consistant en l'expérience pilote «EXPI» faite à Nyon et Payerne, il y a environ cinq ans) ; d'où le sigle «Ramses II», qui d'ailleurs donne assez bien l'idée de l'envergure du projet : coordonner la prise en charge médico-sociale dans une zone sanitaire, en prenant en compte autant les institutions hospitalières que les ambulatoires, le secteur privé que le secteur public, les professionnels que les usagers, n'est pas une petite affaire. L'objet du présent article, qui fait suite à celui paru dans le numéro 2 du *Courrier du Médecin vaudois* (novembre 1988) sous le titre : «Aimez-vous Brahms – ou Spitex à la vaudoise» va tenter de faire le point sur les activités du groupe de travail «Ramses II» et sur les réalisations en cours dans la zone sanitaire IV.

Commençons par un bref historique : il y a une année et demie se créait, à l'instigation du Service de la santé publique et de la planification sanitaire (SSPPS), un groupe de réflexion rassemblant les différents partenaires médico-sociaux de la zone sanitaire IV, et dont le mandat était de préciser les aspects pratiques de la prise en charge médico-sociale dans sa nouvelle définition telle qu'elle avait été ratifiée par le Grand Conseil, «Ramses II» – c'est le nom de ce groupe de réflexion – est

composé de représentants des Centres médico-sociaux de la zone sanitaire IV, des établissements médico-sociaux, conventionnés ou non, des médecins praticiens (l'auteur de ces lignes), du Centre de traitement et de réadaptation (CTR), des deux hôpitaux de Nyon et Rolle, enfin des deux départements cantonaux concernés (SSPPS et DPSA – Département de la prévoyance sociale et des assurances).

Il va de soi que, même s'il n'y a pas à proprement parler exclusivité, la ré-

orientation de l'action médico-sociale et des soins à domicile concerne au premier chef les patients âgés et vise principalement à une meilleure coordination dans la prise en charge des patients médico-sociaux, afin de leur épargner, souvent faute d'un système de communications adéquat entre partenaires du système de santé, d'incessants va-et-vient entre domicile, hôpital, placement provisoire, etc.

Dans le fond, les credos des personnes et institutions chargées de promouvoir un nouveau type de prise en charge des patients médico-sociaux sont les suivants :

- Un souci d'améliorer la collaboration des partenaires du réseau sanitaire, tant hospitalier qu'ambulatoire, dans un esprit de complémentarité des services et avec la conscience des avantages d'une approche interinstitutionnelle du travail médico-social (que l'on me pardonne le jargon médico-social, et que l'on essaie de comprendre au-delà du jargon, qu'il y a effectivement un état d'esprit que je tente de dégager).
- L'importance de la dynamique interdisciplinaire des professionnels dans l'action médico-sociale : on travaille en équipe, et cette équipe comprend, sans hégémonie mani-

Téléfax (021) 20 02 46

Magasins:
10, rue Centrale
5, rue Haldimand

PAPETERIES KRIEG SA

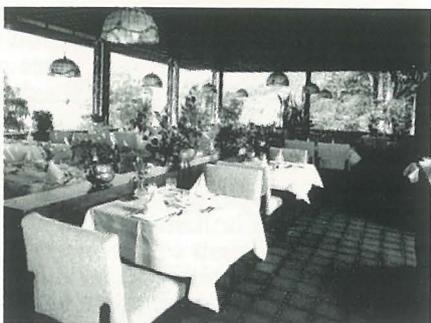
FOURNITURES DE BUREAU
10, rue Centrale - 1002 Lausanne

Tél. 207861



VILLENEUVE

Maison de convalescence et de repos
Idéal pour séjours, de toutes durées
Surveillance médicale



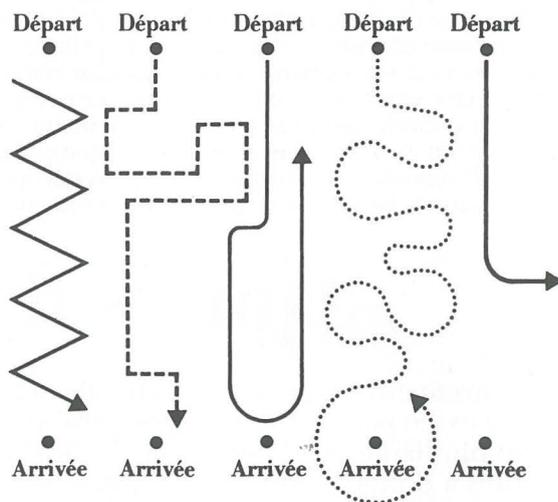
Restaurant panoramique

Régimes, cuisine réputée
Vaste parc ombragé, vue imprenable sur le lac Léman
Toutes les chambres avec salle de bains et téléphone direct

Ascenseurs, salon de coiffure
Installations de physiothérapie
Etablissement médico-social reconnu par toutes les caisses maladie
Membre de la Convention vaudoise de placement

Résidence Byron - Ch. Karlen - 1844 Villeneuve
Tél. 021/960 3661 - Fax 021/960 3512

Quelles expériences avez-vous faites
en déclarant un sinistre
à votre compagnie d'assurances?



winterthur
assurances

De nous, vous pouvez attendre plus.

MEDICALL, pour parler la même langue!

Nous avons créé **MEDICALL** car nous savons que votre intervention est importante. Chez **MEDICALL**, nous connaissons chaque client et notre centrale est exclusivement réservée au corps médical... pour être certains de parler la même langue!



La première centrale médicale d'appels
par bips alphanumériques de Suisse

Demandez notre documentation

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse : _____

Medicall - Av. Ruchonnet 30 - 1003 Lausanne

festes des médecins, l'ensemble des intervenants dans le secteur médico-social : infirmières en santé publique, équipe d'auxiliaires Croix-Rouge, aides familiales, ergothérapeutes, assistants sociaux, etc.

- Sensibilisation aux qualités intrinsèques de la gériatrie et valorisation de cette discipline : trop longtemps on a considéré que s'occuper de personnes âgées était par définition ennuyeux, frustrant, sans avenir. En ce qui concerne les professionnels de la santé (médecins et infirmières), il s'agit au contraire de tenter de faire comprendre petit à petit que la gériatrie peut être passionnante quand et si elle est pratiquée de manière, comme nous venons de le dire, interdisciplinaire et interinstitutionnelle.

Plus concrètement, et il me paraît intéressant de le relever dans la mesure où d'autres zones du canton organisent à leur tour leur prise en charge médico-sociale, le groupe Ramses II met sur pied plusieurs changements, qui devraient être de nature à diminuer le nombre d'hospitalisations inutiles, à en réduire la durée, le tout dans le respect de la volonté des usagers (donc des patients), et par le seul moyen d'une meilleure cohérence de ce qui se fait pour eux :

1. Augmentation du nombre de lits de courts séjours médico-social, et création d'un certain nombre de lits pour les « courts séjours médico-sociaux non planifiés ». Le court séjour médico-social non planifié (« urgence » médico-sociale) se caractérise par la nécessité pour un patient d'être placé très rapidement, non pour des raisons premièrement médicales (auquel cas il irait à l'hôpital), mais pour des motifs relatifs à son environnement et qui l'empêchent de rester autonome chez lui ; par exemple l'hospitalisation ou le décès du conjoint qui s'occupait d'un patient médico-social, ou la maladie/l'accident bénin ne justifiant pas en soi une hospitalisation, mais empêchant le patient de rester autonome (fracture d'un poignet, etc.). Ces lits de courts séjours, planifiés et non planifiés, seraient par définition inoccupés une partie de l'année, mais permettraient d'éviter des hospitalisations inutiles.

2. Centralisation de l'information médico-sociale. Les Centres médico-sociaux de la zone IV devraient devenir une centrale d'information connue de chacun pour tout le domaine médico-social. Elle servirait non seulement aux usagers, mais aussi aux professionnels : tout médecin ayant besoin d'une prestation nouvelle ou d'un lit médico-social, d'urgence ou non, pour l'un de ses patients, s'adres-

serait directement au CMS de la zone en question plutôt que de devoir chercher lui-même le lit miraculeusement vide dans un EMS ou la représentante de Pro Senectute dans sa région... Pour ce faire, l'ensemble des institutions travaillant dans le secteur médico-social rendrait compte en permanence aux CMS de leurs disponibilités.

3. Développement des modalités de prise en charge médico-sociale en dehors des heures ouvrables : il est arrivé à chacun de nous de devoir hospitaliser un patient en urgence à 10 heures du soir par suite du manque de moyens paramédicaux qu'il aurait facilement pu obtenir de jour.

Dans cette optique, les CMS de la zone IV vont progressivement étendre leurs prestations en créant un « service de garde médico-sociale » pour le soir. Pour l'instant et dans notre zone, nous n'avons pas l'impression que ce « service d'urgence » des CMS, qui en aucun cas ne devrait être un SAMU, doive durer plus tard que 22 h. 30. Une récente enquête auprès des médecins de notre région, et qui corrobore les résultats d'une autre enquête faite à Lausanne, démontre que la plupart des urgences médico-sociales dont l'hospitalisation aurait pu être évitée par la mise en place de moyens paramédicaux simples mais immédiatement nécessaires ont été hospitalisées avant 23 heures.

4. Introduction d'un formulaire de remise de service commune : pour les patients médico-sociaux lourds et pour eux seulement, une expérience pilote voit le jour : elle consiste en la création et l'usage généralisé par tous les intervenants d'une remise de service commune comprenant l'ensemble des renseignements médicaux, paramédicaux et sociaux relatifs aux patients concernés. Cette remise de service suit en principe constamment le patient ; elle est transmise immédiatement à l'ensemble des personnes concernées, l'expérience pilote en question utilisant même à cet effet des fax. La mise en commun de toutes les données concernant un patient médico-social, qui vise à faciliter le travail interdisciplinaire, nécessite donc la divulgation du diagnostic médical à des « non-médecins » : expérience difficile à gérer, puisqu'il faudra empêcher la transmission d'informations confidentielles à des tiers non concernés ; savoir si cet objectif est atteignable est aussi l'un des buts de l'expérience pilote. Soulignons toutefois que le partage du secret médical existe déjà depuis belle lurette dans les hôpitaux sans que personne ne s'en soit réellement formalisé : se soucie-t-on vraiment de la présence de la femme de chambre espagnole dans la chambre du patient où se déroule la visite médicale ?

5. Diverses mesures annexes, faciles à mettre en œuvre, et dont l'utilité sera évaluée : création de livrets domiciliaires pour les patients médico-sociaux, où chaque intervenant qui passe laisse « sa griffe » ; formation des médecins, et même éventuellement des infirmières des services d'urgence, au « tri médico-social » dans le but de refuser l'hospitalisation inutile de patients pour des motifs essentiellement sociaux lorsque des solutions de rechange existeront réellement ; utilisation systématique d'avis d'admission adressés par les hôpitaux aux médecins traitants, qui trop souvent ne sont même pas au courant que leur patient a été hospitalisé en urgence par un confrère de garde ou directement par ambulance ! demande d'admission sur formulaire standard d'utilisation facultative mais conseillée à tous les médecins de la région et prenant en compte la dimension médico-sociale des cas de patients âgés à hospitaliser ; y a-t-il un problème social ? qui est le répondant dans la famille ? y a-t-il d'autres intervenants concernés, médecins ou non-médecins ? etc.

On voit que « Ramses II » est ainsi le prétexte à toute une série de réflexions, propositions et expériences en cours ou à venir. Toutefois, le groupe reste attentif au fait que ces dernières ne se fassent en aucun cas au détriment des usagers.

Un dernier point encore : la prise en charge médico-sociale, interdisciplinaire et interinstitutionnelle, prend du temps : concertation, téléphones, colloques, consultations en commun, tout cela en consomme plus que de travailler seul dans son coin. Mais c'est à ce prix que nous éviterons à certains patients d'entrer dans ces « circuits infernaux » où le système sanitaire actuel les enferme, faute de communication entre les médecins eux-mêmes, et surtout entre les médecins et leurs partenaires médico-sociaux. Le traitement cohérent de nos patients ne peut se faire qu'au prix de certains sacrifices de temps des thérapeutes : on n'en sort pas. L'avenir dira si, en outre, le temps et l'argent investis dans cette nouvelle approche a une incidence favorable sur les coûts hospitaliers : c'est bien là-dessus que l'Etat et les caisses maladie misent puisqu'ils ont accepté de mettre des fonds à disposition pour tester ces mesures dans une première phase expérimentale.

« Ramses II » au pays des Vaudois : de bien grands projets pour un bien petit pays, penseront d'aucuns... et si, pour une fois, les petits Vaudois se montraient à la hauteur d'un grand défi ?

Dr Alain Michaud,
représentant des médecins
dans le groupe « Ramses II »



AMBULANCES ALPHA • Lausanne 021/36 71 71

24 heures sur 24

Transport :
malade, blessé, convalescent

Entrée et sortie d'hôpital

Rapatriements Suisse et étranger

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

Devis gratuit

Location d'oxygène
et de matériel médical

Entreprise mandatée par le CHUV

SEREG

SERVICE



HOSPITALIER

NETTOYAGE ENTRETIEN DÉSINFECTION

- d'hôpitaux
- de cliniques
- de cabinets médicaux
- de centres thermaux
- d'établissements
médico-sociaux

SEREG

Votre partenaire compétent au
021 - 802 24 72

Route de Préverenges 4
1026 DENGES



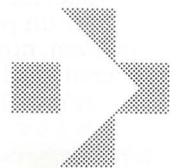
A l'attention
des institutions
du secteur médical
à la recherche
de gens de valeur

perMed

Leuthold & Riffert

18, av. de la Gare - 1003 Lausanne - Téléphone 021/3125102

Personnel médical stable et temporaire



NULLE PART AILLEURS QU'À MONTREUX: CLINIQUE BON PORT

Un établissement unique en son genre; spécialisé en matière de médecine interne, de nutrition, de relaxation, d'activité physique et d'hydrothérapie. **Recommandé pour une prise en charge personnalisée des patients, en particulier en cas de dépression liée au surmenage, de réhabilitation cardiaque, pour suites de traitements, pour traitement de l'obésité et du stress.**

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

Ouvert aux médecins traitants.

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

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

CLINIQUE BON PORT

21, rue Bon-Port, CH-1820 Montreux

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

Principes de collaboration entre cliniques privées et médecins

L'Association vaudoise des cliniques privées et la Commission des médecins travaillant en cliniques privées (CMTCP), agissant pour le compte de la SVM, se sont mises d'accord sur un certain nombre de principes devant régir les relations des établissements et des médecins. Ce texte entre en vigueur immédiatement.

Art. 1: Les présents principes ont été convenus entre l'Association vaudoise des cliniques privées et la Société vaudoise de médecine. Ils engagent les cliniques privées qui les ont ratifiés, ainsi que les médecins membres de la Société vaudoise de médecine.

Art. 2: On entend par cliniques privées les établissements répondant aux « Conditions pour la reconnaissance d'un hôpital privé » établies par l'Association suisse des cliniques privées.

Art. 3: La direction d'une clinique et les médecins agréés sont des partenaires. Ils s'efforcent en particulier de maintenir le climat de confiance nécessaire à la bonne marche de la clinique.

La direction de la clinique est responsable de la gestion et de l'exploitation de l'établissement.

Les médecins pratiquant dans la clinique sont responsables de leur activité dans les limites définies par le contrat qui les lie à l'établissement.

Les champs d'activité respectifs de la direction et des médecins s'interpénètrent naturellement, et les intérêts communs et réciproques obligent les partenaires à une information mutuelle.

Art. 4: Il est recommandé que la direction de la clinique ait pour interlocuteur une commission médicale composée au minimum de trois médecins actifs dans cette clinique. La commission médicale représente l'autorité médicale de référence dans la clinique.

Les médecins membres de la commission sont élus par leurs pairs. Ils représentent au mieux les spécialités dominantes. Un médecin ne peut pas être membre simultanément de la commission médicale de plusieurs cliniques.

Les candidatures à la commission médicale sont soumises pour préavis à la direction de la clinique.

Au besoin, mais au moins quatre fois par an, la commission médicale se réunit conjointement avec la direction de la clinique.

Art. 5: Le médecin légalement responsable de la clinique vis-à-vis du Département de la santé publique de l'Etat de Vaud (conformément aux articles 14 et 15 du règlement du 31 août 1954 sur les établissements sanitaires dans le canton de Vaud) est membre de droit de la commission médicale.

Art. 6: Le médecin légalement responsable de la clinique organise son travail en collaboration avec la direction et d'entente avec la commission médicale.

Art. 7: Un médecin désirant pratiquer dans une clinique privée en fait la demande documentée à la direction de la clinique. La commission médicale de l'établissement est consultée.

Art. 8: Chaque clinique met à disposition le personnel adéquat ainsi que l'infrastructure et l'équipement nécessaires à des soins appropriés aux patients qu'elle reçoit.

Les propositions d'achat de matériel ou d'équipement spéciaux sont soumises directement à la direction par le médecin, avec une prévision d'utilisation.

La direction informe la Commission médicale des achats d'équipement et instruments médicaux prévus.

Art. 9: Le médecin responsable d'un patient hospitalisé doit être atteignable ou avoir délégué ses responsabilités à un remplaçant clairement désigné.

Art. 10: Tant les médecins que la direction et le personnel de la clinique observent une attitude courtoise à l'égard les uns des autres. Les communications qu'ils se font, en particulier les ordres de service, doivent être clairs et signés.

Les conflits ou divergences d'opinion doivent être soumis à la direction de la clinique ainsi qu'à la commission médicale.

Art. 11: Les différends entre les médecins agréés par la clinique sont soumis à l'arbitrage de la commission médicale de cette clinique. En dernier

recours, le cas sera soumis à la SVM ou à ses organes.

Art. 12: Aucune mesure restrictive à l'encontre d'un médecin agréé ne sera prise par la direction de la clinique sans consultation de la commission médicale.

Art. 13: La direction de la clinique est seule responsable de sa politique tarifaire. Elle informe néanmoins préalablement ses partenaires médecins en cas de changement. Elle répond à toute demande de devis, de consultation et de vérification.

Art. 14: A défaut d'entente, et avant tout recours à une procédure judiciaire, les parties à un litige entre médecin et direction de clinique recourront aux bons offices d'une chambre de conciliation composée de six membres, dont trois désignés par l'Association vaudoise des cliniques privées et trois par la Société vaudoise de médecine.

Art. 15: Les directions des cliniques et les médecins qui y travaillent sont soumis aux statuts et aux règles déontologiques de leur organisation respective, à savoir:

- pour l'Association vaudoise des cliniques privées: les « Conditions pour la reconnaissance d'un hôpital privé » établies par l'Association suisse des cliniques privées et les « Règles et usages » de l'Association vaudoise des cliniques privées;
- pour la Société vaudoise de médecine: les « Statuts » de l'association, ses « Règles et usages », ainsi que les directives de la Fédération des médecins suisses.

Les présents principes ont été établis le 22 mai 1990 pour être portés à la connaissance des membres des deux associations signataires et entrer en vigueur immédiatement.

Ils seront remis par la clinique à tout médecin faisant sa demande d'admission.

Association vaudoise
des cliniques privées
La présidente: *E. Steiner*
Le secrétaire: *R. Junod*

Société vaudoise de médecine
Le président: *Dr P.-W. Loup*

Le président de la Commission
des médecins travaillant
en cliniques privées
Dr A. Deppeurginge

SIDA

INFORMATION SUISSE



Nos buts

Nous nous engageons pour des mesures appropriées permettant d'empêcher la propagation de l'infection VIH.

Nous voulons promouvoir dans la population l'idée d'un test VIH facultatif. Nous sommes d'avis que le test VIH doit être fait par le médecin, qui donne également les conseils et les informations appropriées. Ce faisant, il faut assurer la protection du secret médical, des données et des séropositifs face à la discrimination.

Nous désirons particulièrement motiver à se faire tester, les personnes qui ont été exposées à un risque d'infection VIH. Ainsi les chances qu'un infecté par le virus VIH puisse bénéficier rapidement d'une thérapie appropriée, ou profiter de la prophylaxie contre la réinfection augmentent. D'autre part, on a pu constater qu'il était plus facile de mettre les séropositifs connaissant leur infection, dans une situation leur permettant d'éviter une infection de leurs partenaires sexuels.

Nous voulons motiver le corps médical à une discussion plus intense concernant l'infection VIH, en lui soumettant continuellement les nouveaux faits relevant scientifiquement fondés, ainsi que les recommandations qui en découlent. Cela comprend aussi les recommandations pour conseiller et suivre les personnes VIH positives et les patients malades du SIDA.

Enfin nous voulons promouvoir l'échange d'expériences sur une base interdisciplinaire, et collaborer avec les instituteurs, les éducateurs, les travailleurs sociaux, les ecclésiastiques, les juristes et les autres responsables, autorités ou institutions engagées.

Globalement nous voulons contribuer à rendre plus objectif le débat concernant le problème VIH/SIDA.

1. Soutien des personnes séropositives et des malades du SIDA

SIDA Information Suisse ne voit pas de contradiction entre le fait d'éviter de nouvelles infections dans la population et le soutien des séropositifs et des malades du SIDA. L'association se bat évidemment aussi contre les tentatives de discrimination des séropositifs. Il va également de soi pour une société médicale, que les victimes de cette épidémie doivent bénéficier d'un traitement optimal ainsi que d'un soutien social. De plus, l'association pro-

te le respect du secret médical, la protection des données, le respect de la sphère intime, ainsi qu'une bonne protection d'assurance pour les malades. Elle préconise aussi la compréhension mutuelle et la solidarité entre les malades et les médecins, indispensables pour une lutte humanitaire contre cette épidémie.

2. Protection de la population non infectée

L'infection VIH est une maladie contagieuse qui dans son stade final, le syndrome d'immuno-déficience ac-

quise (SIDA), est fatale. Tant que des médicaments plus efficaces ne seront pas développés, presque tous les infectés seront malades du SIDA après une période asymptomatique, qui peut durer plus de dix ans. Jusqu'à ce qu'une vaccination ou des médicaments efficaces soient à disposition, notre but principal sera d'empêcher de nouvelles infections.

3. Informations et conseils

SIDA Information Suisse voit sa contribution à la prévention de l'infection VIH en premier lieu dans les conseils et l'information. La population doit être informée objectivement de la manière permettant d'éviter les risques d'infection. Par l'information continue des médecins, du corps enseignant, des éducateurs, des ecclésiastiques et d'autres responsables, il faut améliorer la possibilité de ces groupes professionnels à se charger d'un travail de prévention axé sur l'individu. Ainsi des messages généraux, comme par exemple ceux diffusés par la campagne Stop SIDA, peuvent être approfondis et complétés.

Pour des raisons éthiques, SIDA Information Suisse formule son message de prévention de façon que le risque d'infection soit réduit au minimum. C'est pourquoi le préservatif n'est qu'un moyen de prévention de deuxième choix. Le premier choix étant d'éviter de s'exposer à un risque d'infection. Cela n'est possible que dans une relation entre deux partenaires fidèles non infectés. L'affirmation qu'un préservatif, qualitativement contrôlé et utilisé correctement, procure une sécurité avoisinant celle d'une bonne vaccination peut être théoriquement juste, mais ne correspond pas à la réalité. Le préservatif comme moyen, tant anticonception-

nel que préventif de maladies sexuellement transmissibles, n'est que d'une efficacité relative. La valeur protectrice du préservatif est absolument insuffisante pour la prévention d'une maladie infectieuse mortelle comme l'infection VIH.

Il est évident qu'il faut conseiller aux personnes ne renonçant pas à des relations sexuelles éphémères ou à des contacts avec des prostituées, tout en connaissant le risque mortel encouru, l'utilisation de «l'assurance vie à cinquante centimes». L'avenir seul nous dira quelle «protection pour peu d'argent» sera obtenue par ces moyens. Ces deux slogans proviennent de la propagande pour les préservatifs de la campagne Stop SIDA.

4. Le test VIH

Le test qui dépiste les anticorps produits contre le VIH est un moyen indispensable dans la lutte contre l'épidémie du SIDA. On a attribué beaucoup trop peu d'importance jusqu'à aujourd'hui au test VIH. Près de douze mille infections VIH ont été confirmées en Suisse par les laboratoires. Etant donné que, d'après les estimations, il y a environ trente mille porteurs du virus VIH en Suisse, deux tiers d'entre eux ne connaissent pas leur infection, et continuent donc de transmettre le virus innocemment à leurs partenaires sexuels. On a pu constater qu'il était plus facile de mettre les séropositifs connaissant leur infection dans une situation leur permettant d'éviter une infection de leurs partenaires. Il est par conséquent dans l'intérêt de la population non infectée, que tous les présumés porteurs du virus VIH se fassent tester et conseiller. Mais le test SIDA est aussi avantageux pour la personne infectée. Elle peut se faire conseiller par le médecin de la manière permettant de protéger son système immunitaire contre d'autres surcharges. Un traitement médicamenteux opportun peut

Le comité

Président: Dr méd. Rudolf Baumberger, Zurich.

Vice-président: Dr méd. Stefano Gilardi, Locarno.

Caissier: Dr iur. Jacob Zraggen, Dietlikon.

Secrétaire: Dr méd. Kurt April, Zurich.

Participants: Dr méd. Hans Baumann, Winterthour; Dr méd. Walter Flury, Langenthal; Dr iur. Christian Huber, Zurich; professeur Dr méd. François Kuffer, Arni; professeur Dr méd. Werner Schreiner, Zollikon.

aujourd'hui prolonger l'intervalle asymptomatique. Les symptômes de la maladie peuvent lors de contrôles médicaux être reconnus et soignés immédiatement. Ainsi la qualité de la vie de l'infecté VIH peut être améliorée, et sa vie prolongée. Les chances de l'infecté VIH à pouvoir profiter de médicaments améliorés augmentent.

SIDA Information Suisse souhaite des tests VIH volontaires sur une base large. Il faudrait conseiller un test VIH à chaque personne s'étant soumise à un risque d'infection. En particulier les drogués, les patients porteurs de maladies sexuellement transmissibles, les prostituées et les personnes dont les partenaires sexuels changent souvent, devraient connaître leur sérologie, c'est-à-dire savoir s'ils sont infectés ou non.

En Suisse romande, il a récemment pu être démontré que le test VIH, lors de contrôles de grossesses, est bien accepté par les femmes correctement informées.

SIDA Information Suisse part du point de vue que les personnes demandant à leur médecin un examen

général ou l'investigation de certains symptômes, demandent implicitement que la recherche d'une éventuelle infection VIH soit faite.

5. Recherches dans l'entourage

En partant du fait que les porteurs VIH connaissant leur infection protègent mieux leur partenaire sexuel, la recherche dirigée d'infectés VIH (contact tracing) présente un moyen de prévention utile. Après les expériences positives faites aux USA et dans les pays scandinaves, on ne pourra plus y renoncer à l'avenir en Suisse.

Le médecin devrait par conséquent tenter de tester et de conseiller les partenaires actuels et précédents d'un infecté VIH. L'expérience montre que la plupart des patients se montrent coopératifs lorsqu'une relation de confiance existe avec le médecin, et que le secret leur soit garanti.

6. Mesures préventives complémentaires ?

Il est actuellement impossible de juger si, à côté de l'information qui s'adresse à la population, par l'intermédiaire des médias et des mesures préventives à prendre dans les cabinets médicaux, d'autres mesures seront utiles pour stopper la propagation de l'épidémie VIH.

Des mesures préventives traditionnelles ne pourront être exclues qu'au moment où des données épidémiologiques précises montreront que l'infection VIH ne se propage plus.

Il faudrait rapidement trouver un consensus concernant la façon d'obtenir ces données. Le plus petit dénominateur commun pourrait être le «unlinked testing». Par ce procédé, il est impossible de retrouver le porteur à partir du résultat. Celui-ci reste donc anonyme, ne pourra donc pas être informé de son infection et ne recevra pas les informations qui pourraient éventuellement protéger des vies. Par conséquent, il serait judicieux que l'examiné puisse avoir la possibilité de connaître le résultat.

*Sida Information Suisse
Association favorisant l'information
pour l'infection VIH
Bolleystrasse 19, case postale
8033 Zurich, tél. 01/2610386,
fax 01/2611032*

SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

Assemblée générale

Jeudi 29 novembre 1990, à 16 heures
Morges, foyer du Collège de Beausobre

Courrier des lecteurs

La lettre suivante nous est parvenue de la part d'un groupe de personnes privées réunies autour du Dr Jean-François Burkhalter, médecin dentiste à Prilly. Si vous pouvez répondre à cet appel, nous vous prions de le faire très rapidement, l'acheminement du matériel étant prévu pendant les vacances d'automne, c'est-à-dire dès le 5 octobre.

Suite à un voyage-découverte à travers la Roumanie, nous avons été confrontés sur le terrain à des problèmes dont nous avons déjà pris connaissance ces derniers mois pendant lesquels ce pays a été au cœur de l'actualité. Maintenant, il n'est plus d'actualité – ainsi va le monde et c'est normal – mais le cœur y est toujours!

Notre voyage nous a amenés à découvrir une région de la vallée inférieure de l'Olt qui n'a pas été « arrosée » par l'aide humanitaire comme ce fut le cas pour la Transylvanie ou d'autres régions moins défavorisées.

Nous avons eu l'occasion de visiter le dispensaire de la commune de Scarisora où un sursaut d'horreur nous a

saisis en découvrant... les moyens utilisés pour la stérilisation; une photo jointe à cette lettre vous permettra de vous en rendre compte!

En discutant avec le personnel, nous avons appris que leur plus grand souci était l'hygiène (désinfection et stérilisation); il y a en effet beaucoup de cas d'hépatite B.

Touchés par le manque de moyens élémentaires et une pauvreté quasi absolue au niveau de l'équipement médical et scolaire – l'école se trouve aussi dans un grand dénuement – nous avons formé le projet d'y retourner avec du matériel de première nécessité. Nous ne sommes pas intégrés dans une structure d'entraide du genre « Opération villages roumains » – l'époque des grands parrainages est malheureusement révolue – et nos moyens sont forcément limités. Cela nous a déterminés à vous écrire pour essayer, par solidarité confraternelle, de réunir un peu de matériel médical pour combler partiellement les besoins de ce dispensaire de campagne.

Nous nous permettons de vous poser les questions suivantes:

- qui pourrait donner, éventuellement vendre pour un prix modique un stérilisateur simple (sans produit chimique) en parfait état de fonctionnement, car il n'y a pas de service après-vente sur place!
- qui « débarrasserait » des boîtes métalliques (de différentes grandeurs et non rouillées) et des seringues stérilisables?
- qui nous donnerait des médicaments: surtout des analgésiques, des anesthésiques locaux, des antipyrétiques, des antirhumatismaux et de la nourriture pour bébés, y compris du lait en poudre, produits dont la date de péremption n'est pas dépassée?
- qui renouvellerait son stock de matériel de petite chirurgie: bistouris, ciseaux, pincettes, porte-aiguilles, etc., et nous céderait ses instruments anciens en bon état, non rouillés, ainsi qu'une pierre à aiguiser?

Il leur manque aussi des thermomètres, un sphygmotensiomètre, un stéthoscope, ainsi que du petit matériel: ouate, compresses stériles, bandes de gaze, pansements divers, gants, aiguilles à usage unique, fils de suture, produits de désinfection (pour instruments, sols et pour la peau).

Une dernière question à tout hasard:

- qui modernise son secrétariat (ou projette de le faire prochainement) et veut se séparer de sa machine à écrire mécanique (type Hermès Média ou 3000) ou électrique simple avec ruban (les cassettes sont introuvables en Roumanie)?

Nous espérons trouver parmi vous des personnes encore disposées à aider la Roumanie, malgré les balbutiements politiques désagréables et une déconcertante recherche de la démocratie qui sort le peuple roumain de tant d'années de retard par rapport aux autres pays de l'Europe orientale qui ont eu plus de chance.

Nous souhaitons que notre démarche soit comprise comme un acte d'humanité envers le village de Scarisora et non comme une fâcheuse demande de dons.



COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

Organe de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM

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

Secrétaire général

Jean-Paul Dépraz, lic. sc. pol.

Société vaudoise de médecine

Route d'Oron 1
Case postale 50
1010 Lausanne 10
Tél. 021/329912
(8 h. 30 - 12 heures, sauf mardi)
(13 h. 30 - 17 h. 30, sauf jeudi et vendredi)
CCP-Lausanne 10-1500-5
Fax 021/323221

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

Tél. 021/329932
(24 heures sur 24)

Abonnements de déviation
et de télécommunications au service
des médecins de la région lausannoise

Administration et rédaction

Case postale 50, 1010 Lausanne 10

Régie des annonces

Editions de la Tour Lausanne SA
Case postale 880, 1001 Lausanne
Tél. 021/329941

Impression

Imprimerie Bron SA
1052 Le Mont-sur-Lausanne
Tél. 021/329944

Communiqués

Pédiatrie vaudoise

Le Comité de la SVM s'est fait renseigner par le D^r Michael Reinhardt, président de la commission nommée en 1988 par le Conseil d'Etat pour l'étude de la pédiatrie vaudoise, sur les résultats de cette dernière. Un avant-goût en a été donné par la presse début juillet, et, à l'heure qu'il est, le rapport complet doit être sorti de presse.

Tout en reconnaissant le très important et sérieux travail fourni par les commissaires, le Comité de la SVM aurait souhaité être tenu au courant plus étroitement, tant par le mandant que par les mandataires. L'étude porte en effet sur l'ensemble d'une discipline médicale et ses relations avec d'autres disciplines, domaine dans lequel l'association professionnelle peut et doit jouer un rôle.

Pour tirer le meilleur parti du rapport sur la pédiatrie vaudoise, et pour éviter – conformément au vœu de ses auteurs – qu'il reste lettre morte, le Comité de la SVM a d'ores et déjà invité le Groupement des médecins omnipraticiens et le Groupement des pédiatres vaudois à se rencontrer pour discuter du rôle des médecins généralistes dans le traitement des enfants.

Groupement des radiologues

Le Groupement des radiologues vaudois s'est récemment constitué en association, en se donnant des statuts. Le comité est composé des D^{rs} André Flückiger, président, Jean Quéloz, vice-président, Jean-Michel Treyvaud, secrétaire, et Raymond Cardis, trésorier.

Groupe Balint

Un groupe Balint de la Riviera vaudoise accueillerait de nouveaux membres dès septembre 1990. Ce groupe est animé par les D^{rs} Claude Miéville et Dag Söderström.

Pour tout renseignement, appeler le D^r Dag Söderström, Fondation de Nant, 1804 Corsier-sur-Vevey, tél. 021/9229321.

«Atouts cœurs»

On dit qu'un homme averti en vaut deux ; pour le Centre de prévention de Lausanne, il en vaut un tout simplement, mais bien vivant !

Grâce à des propositions originales, positives et surtout non moralisantes telles que : activités physiques adaptées, conseils pratiques en alimentation, diététique, conférences, expositions, etc., vous pourrez « donner des années à votre vie et de la vie à vos années » !

Centre de prévention, Chaucrau 3, 1003 Lausanne, tél. 021/209142.

Laboratoires : rabais et compagnie

Nous rappelons que la loi fait obligation aux médecins de faire bénéficier leurs patients de tous rabais ou autres avantages qui leur seraient consentis par des laboratoires d'analyses. Cette règle est en particulier rappelée dans le préambule à la liste des analyses de l'OFAS.

Petites annonces

SECRETÉNAIRE MÉDICALE

à 50% recherchée pour cabinet
centre de Lausanne.
Tél. 021/23 57 33 (après-midi).

MÉDECINS GÉNÉRALISTES DU BAS-VALAIS

cherchent confrère pour pratiquer
médecine générale en plaine et dans
une station de montagne.
Locaux disponibles en station et en
plaine. Facilités d'installation.
Les offres sont à adresser à la SVM.

Calendrier médical vaudois

Période du 1^{er} octobre
au 2 novembre 1990

N° 8/90

MARDI 2 OCTOBRE

11 h. : Colloque médical de la Clinique la Source. – Auditoire Fréminet. – D^{rs} C. Willa, P. Banic, A. Frei. «Imagerie médicale : examen de première intention dans certaines situations (pneumologie, urologie, gastro-entérologie).»

12 h. 15 : Séminaire de la Division d'immunologie clinique et d'allergie. – BH 08. – Salle de séminaires 2. – D^r Yves Borel : «Une nouvelle approche pour le traitement des maladies auto-immunes et allergiques.»

12 h. 45 : Conférence à l'Hôpital du Samaritain. – Vevey. – D^{resse} H. Decrey : «Vieillesse : le patient âgé, le patient en fin de vie.»

15 h. 30 : Séminaire de la Division d'endocrinologie et biochimie clinique. – CHUV, salle de colloques BH 19. – D^r L. Portmann : «L'évaluation des tests thyroïdiens est-elle modifiée avec l'âge?»

JEUDI 4 OCTOBRE

10 h. 15-11 h. : Cours postgradué du Service de dermatologie-vénérologie. – Salle de colloques, niveau 12, CHUV – Professeur F. Bachmann : «Thrombose veineuse profonde – Facteurs de risques et traitement.»

12 h. 30-13 h. 30 : Colloque commun de microbiologie et de maladies infectieuses. – BH 08, auditoire 4. – A. Cometta, J. Gérain, D. Heumann : «Présentation des sujets qui feront l'objet de communications à l'ICAAC.»

16 h. 16 h. 45 : Colloque de cardiologie. – Salle de démonstration 3, Radiologie, BH 07. – D^r M. Fromer : «Le défibrillateur implantable.»

18 h. 15 : Colloque pluridisciplinaire de gastro-entérologie. – Auditoire de la Policlinique médicale universitaire. – «Gastro-entérologie.»

VENDREDI 5 OCTOBRE

8 h. 18 h. : IV^e Congrès francophone d'anes-thésie ORL. – Auditoire César Roux, CHUV. – «L'intubation difficile.» – Renseignements et inscription : D^{rs} P. Ravussin et D. Thorin, CHUV, Lausanne.

8 h. 15 : Colloque du Service de radiothérapie. – Niveau 08, CHUV, salle de séminaires 2. – Présentation de cas.

8 h. 45 : D^r R. Stahel, privat-docent (Zurich) : «Biologicals in lung cancer.»

MARDI 9 OCTOBRE

12 h. 25 : Séminaire de la Division d'immunologie et d'allergie – CHUV, BH 08, salle de séminaires 2 – D^r D. Thiébaud : «Bilan et traitement de l'ostéoporose cortisonique.»

15 h. 30 : Séminaire de la Division d'endocrinologie et biochimie clinique – CHUV, salle de colloques BH 19 – D^r D. Thiébaud : «Régulation des protéines de la matrice osseuse par l'IGF-1.»

MERCREDI 10 OCTOBRE

11 h. 30-12 h. 30 : Confrontation anatomo-clinique du Département de médecine interne et de l'Institut de pathologie. – Auditoire 1, BH 08. – D^{rs} B. Meier, privat-docent (Genève) et D. Perrenoud : «Lésions cutanées au décours d'un infarctus.»

16 h. 30 : Séminaire de l'Institut universitaire de médecine et d'hygiène du travail (IUMHT).

– Bugnon 19, Lausanne. – Salle de colloques de l'Institut, niveau 2. – M. Bernstein (Genève) : «Facteurs de risques d'hémopathies malignes en milieu professionnel.»

JEUDI 11 OCTOBRE

9 h. 30 : Colloque du Service de rhumatologie. – Hôpital Nestlé, Auditoire L. Michaud. – Présentation de cas.

11 h. : D^r D. Briançon (Aix-les-Bains) : «Les fractures de contrainte au cours du traitement des ostéoporoses vertébrales fracturaires par le fluor.»

12 h. 15 : Conférence à l'Institut de physiologie – Salle de séminaires, bât. principal, 2^e étage – D^r J. L. Noebels (Baylor College) : «The search for epilepsy genes: mutational analysis of excitability in the developing brain.»

12 h. 30 : Colloque de pneumologie. – Salle de séminaires 6, BH 08. – D^r J. W. Fitting : «Méthodes de mesure de la dyspnée.»

12 h. 30-13 h. 30 : Colloque commun de microbiologie et de maladies infectieuses. – BH 08, auditoire 4. – H.-L. Rieder (Berne) : «Current questions in tuberculosis epidemiology.»

16 h. 16 h. 45 : Colloque de cardiologie. – Salle de démonstration 3, Radiologie, BH 07. – D^r J.-C. Stauffer : «Echo transoesophagien, indications et résultats.»

MARDI 16 OCTOBRE

12 h. 15 : Séminaire de la Division d'immunologie clinique et d'allergie. – BH 08. – Salle de séminaires 2. – D^r P.-J. Malé (Genève) : «Hépatite chronique et interféron. – Expérience genevoise.»

15 h. 30 : Séminaire de la Division d'endocrinologie et biochimie clinique – CHUV, salle de colloques BH 19 – D^r F. Gomez, privat-docent : «Nouvelles données sur l'intérêt du cathétérisme des sinus pétreux inférieurs.»

MERCREDI 17 OCTOBRE

12 h. 45 : Conférence à l'Hôpital de zone de Montreux. – Salle de conférences. – D^r P. Morier : «Les ulcères des jambes : diagnostic et traitement.»

JEUDI 18 OCTOBRE

12 h. 30 : Colloque de pneumologie. – Salle de séminaires 6, BH 08. – D^r J. P. Zellweger : «Les examens d'entourage dans la lutte antituberculeuse.»

18 h. 30-19 h. 30 : Colloque des orthopédistes romands – Hôpital orthopédique, av. P. Decker 4, Lausanne, auditoire 1^{er} étage ouest – Professeur Spotorno (Finale Ligure) : «Les prothèses de hanche sans ciment.»

MARDI 23 OCTOBRE

12 h. 25 : Séminaire de la Division d'immunologie et d'allergie – CHUV, BH 08, salle de séminaires 2 – D^r L. Borradori : «LED et déficit du complément.»

15 h. 30 : Séminaire de la Division d'endocrinologie et biochimie clinique – CHUV, salle de colloques BH 19 – M^{me} N. Dénéraz : «Les hormones thyroïdiennes sont-elles impliquées dans la régulation des récepteurs à la TSH chez le rat?»

MERCREDI 24 OCTOBRE

11 h. 30-12 h. 30 : Confrontation anatomo-clinique du Département de médecine interne et de l'Institut de pathologie. – Auditoire 1 BH 08. – Professeurs P. Suter (Genève) et D^r P. Chaubert : «Dyspnée et état de choc.»

JEUDI 25 OCTOBRE

9 h.-12 h. : Colloque postgradué du Département de gynécologie-obstétrique. – Auditoire César-Roux, CHUV.

9 h. 30-12 h. : Colloque pour les dermatologues de la Suisse romande – Salle de séminaires 2, CHUV – Présentation et discussion de cas cliniques.

12 h. : Colloque des spécialités du Service de pédiatrie. – CHUV, salle de colloques BH 11-325. – Professeur J.-M. Mathieu : «Métabolisme/Neurochimie.»

16 h.-16 h. 45 : Colloque de cardiologie. – Salle de démonstration 3, Radiologie, BH 07. – D^r P. Vogt : «Le praticien face au porteur de stimulateur cardiaque.»

18 h. : Confrontation anatomo-pathologique à l'Hôpital de Nyon. – Salle du Corjon. – Professeur Lorini, D^{rs} D. Laufer et Y. Heller : «Mort subite du nourrisson.»

LUNDI 29 OCTOBRE

14 h.-15 h. : Colloque du métabolisme phospho-calcique. – CHUV, salle 301, BH 10. – D^r S. David, professeur J.-P. Wauters : «Présentation de cas de néphrologie avec pathologie osseuse.»

MARDI 30 OCTOBRE

12 h. : Colloque de l'Hôpital de Nyon. – Salle du Corjon. – D^r M. Aapro : «Rôles du praticien et de l'oncologue dans la détection et le traitement des tumeurs.»

15 h. 30 : Séminaire de la Division d'endocrinologie et biochimie clinique – CHUV, salle de colloques BH 19 – D^{resse} B. Crottaz : «Bioactivité de la FSH : applications cliniques.»

JEUDI 1^{er} NOVEMBRE

12 h. : Colloque des spécialités du Service de pédiatrie. – Salle de colloques BH 11-325. – D^r B. Pelet, privat-docent : «Allergologie/Immunologie.»

12 h. 30-13 h. 30 : Colloque commun de microbiologie et de maladies infectieuses. – BH 08, auditoire 4. – J. Louis : «Immunité anti-leishmania.»

18 h. 15 : Colloque pluridisciplinaire de gastro-entérologie. – Auditoire Yersin, CHUV. – «Dysphagie.»

VENDREDI 2 NOVEMBRE

8 h. 15 : Colloque du Service de radiothérapie. – Niveau 08, CHUV, salle de séminaires 2. – Présentation de cas.

8 h. 45 : D^r E. Buchser : «Antalgie : nouvelles approches en oncologie.»

Si vous désirez faire paraître des annonces pour la période du 5 novembre au 7 décembre 1990, nous devons recevoir vos informations au plus tard le LUNDI 22 OCTOBRE 1990. Merci de votre compréhension.

URGENCE

24 24 24



24 H. sur 24

MEDECINE · ACCIDENT

AMBULANCES SECOURS METROPOLE SA

*L'autre vision
des secours d'urgence!*



... qualité de la vie



pour vos patients hypertendus

Isoptin RR

Isoptin RR: 240 mg de vérapamil HCl.

Le premier antagoniste du calcium à administration journalière unique.

Le dosage s'élève normalement à 1 filmtab le matin.

Pour des informations détaillées sur la composition, les indications, la posologie, les restrictions d'application et les effets secondaires, veuillez consulter la documentation scientifique et le Compendium Suisse des Médicaments.