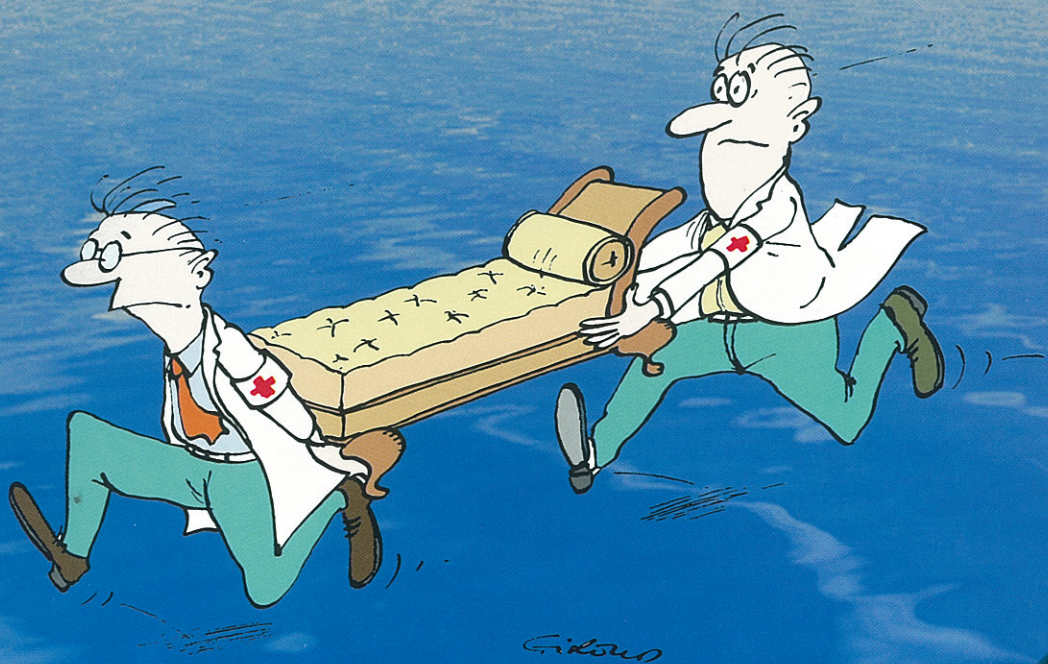


COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

**Les urgences
psychiatriques**

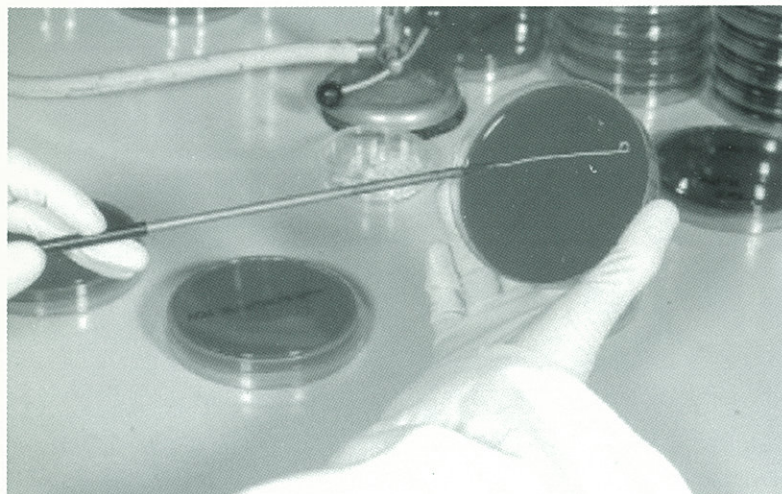


REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

4

JUIN
2000

Notre métier ?



L'aide au diagnostic.

Le laboratoire d'analyses médicales **Riotton à Montreux** a le plaisir de vous informer de son **changement de raison sociale** et de sa **nouvelle adresse** valable à partir du lundi 26 juin 2000.

Unilabs

Laboratoires d'analyses médicales
Hôpital Riviera
Sites de Montreux et du Samaritain
3, boulevard Paderewsky
Case postale 656 - 1800 Vevey 1
Tél. 021/923 42 06 - Fax 021/923 42 05



Unilabs

L'aide au diagnostic par l'analyse médicale.

Editorial

Chaque année, 1% de la population fait appel à un service d'urgence psychiatrique. Dans 80% des cas, il s'agit de situations de crise sans qu'il y ait nécessairement une structure pathologique durable sous-jacente. Cependant, ces crises peuvent mettre la vie en danger (tentamen) ou compromettre l'insertion psychosociale. Les autres cas (20%) sont des épisodes aigus de troubles chroniques (décompensations psychotiques).

10% de l'ensemble des urgences vues en hôpital général sont psychiatriques et le canton de Vaud est en cinquième position, au niveau national, pour le taux de suicide.

Ces quelques données nous fournissent une mesure de l'importance de ces problèmes dans lesquels, cependant, il importe de s'entendre sur le terme «urgence». Y a-t-il un risque vital ou s'agit-il plutôt d'une situation devenue intenable? C'est souvent autour de cette question que somaticiens et psychiatres trouvent leur «terrain de mésentente chronique» favori...

C'est pourquoi nous avons choisi, pour ce numéro du CMV, de donner la parole non seulement aux psychiatres mais aussi à nos confrères médecins de premier recours, eux aussi confrontés dans leurs gardes à ces situations de crise.

Les services d'urgence, par leur capacité à contenir les crises dans ce qu'elles ont de plus déstructurant, restent indispensables, mais une autre «urgence» pourrait être, pour nous psychiatres, d'intensifier la collaboration avec les somaticiens en nous mettant à leur disposition pour répondre aussi aux demandes qu'ils nous font.

D^r C. A. de Mendonça Lima
D^r J. Caillat

Sommaire

1

Editorial

2

Le président passe le relais

3

Dossier

Vers une intégration de l'accueil des urgences psychiatriques à l'hôpital général

Un décalage surprenant entre manifestation et gravité

Personnes âgées: les urgences... de l'entourage
Urgences psychiatriques: vision de l'interniste

La garde psychiatrique: point de vue d'un psychiatre installé

12

Actualité

Formation continue de la SVM

15

Courrier

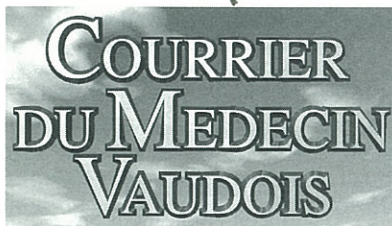
Mozambique: help!
A propos de l'AI

19

Communiqués

20

Calendrier médical vaudois



**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions:

N° 5/00
8 septembre 2000
(délai rédactionnel:
4 août 2000)

N° 6/00
6 octobre 2000
(délai rédactionnel:
25 août 2000)

Le président de la SVM passe le relais

L'Assemblée des délégués de juin va devoir élire un nouveau président pour notre société. Après quatre ans de service, je prends une retraite, partielle, puisque je resterai membre du Comité. Les usages veulent que dans ces circonstances on dise que «c'est avec beaucoup de regrets que je mets fin à une expérience infiniment enrichissante et passionnante». Eh bien, en ce qui me concerne, ce fut le cas. L'observation du monde médical, de ses relations avec le monde de la santé, est instructive. Le médecin, comparé aux autres acteurs, assureurs, politiciens, fonctionnaires des services publics, s'en tire plutôt bien. Pour peu qu'il assume son pouvoir avec modestie et sérénité, il est non seulement écouté, mais entendu. Plus que jamais, notre société a besoin de nos avis, de celui du professeur aussi bien que de celui du médecin de famille, conseiller de santé, soutien psychologique, voire dernier recours pour les exclus. Ensemble, nous formons un groupe incroyablement divers. Bien gérée, cette diversité doit devenir un outil au service de la santé. L'Assemblée des délégués représente cette diversité. Les décisions qu'elle prend doivent préserver tant l'intérêt du patient que l'équité entre confrères. Pour cela, les débats doivent rester sereins et libres d'a priori politiques ou partisans. Pour affronter l'introduction des tarifs TarMed, la mise en route des NOPS, voire l'émergence d'éventuelles mesures de rationnement, nous aurons besoin de ce forum de discussion. Je souhaite que les débats soient ouverts, que les décisions qui en découlent démontrent notre engagement à préserver le niveau actuel de soins, sans coûts supplémentaires. Une rentabilité accrue ne pourra être obtenue qu'avec une entente parfaite entre les divers partenaires. Diminuer le coût de la santé sans toucher aux acquis est illusoire. Au mieux, une rationalisation nous permettrait de sauvegarder les acquis en y intégrant les coûts des progrès à venir tout en préservant la qualité des soins à donner.

L'introduction des tarifs, anciennement GRAT, nouvellement TarMed, est un vivifiant exemple du fonctionnement de notre système de santé. Entre les insatisfactions des médecins opérateurs (FMS), les gesticulations de Monsieur Prix, les vagues-hésitations des caisses maladie, les nouvelles exigences des systèmes de soins alternatifs, nous sommes loin d'un débat serein. Pourtant, l'élaboration de stratégies aptes à contrôler le coût de notre système de santé ne peut se faire que dans un esprit de consensus. Le corps médical suisse, en proposant cette réforme, se dote d'un outil dont l'efficacité dans l'analyse et le contrôle des coûts de la santé sera redoutable. A nous, médecins, de bien le gérer.

Au niveau FMH, l'introduction de ces nouveaux tarifs est préparée par un groupe formé d'une délégation de présidents de société cantonale, appelé NewIndex SA, dont je fais partie. Ce groupe, en étroite relation avec la FMH, prépare et discute les contrats avec le CAMS (Concordat des assureurs maladie), met au point une technique statistique en vue de la définition d'une valeur de point initiale – à négocier avec les assureurs dans chaque canton – et prépare le suivi de ce nouveau système de facturation. Ce dernier point est de toute évidence primordial. Les corrections qui seront amenées à ce tarif ne pourront se faire qu'avec une connaissance exacte de l'évolution des factures de chacune de nos spécialités. Notre groupe élabore ainsi un outil d'analyse des coûts ambulatoires dont les capacités seront largement supérieures à celles des statistiques CAMS. Les corrections concernant les revalorisations, voire les dévalorisations de certains actes se feront au niveau fédéral. Les corrections de valeur de point, à la hausse ou à la baisse (neutralité des coûts), se feront au niveau cantonal, selon un principe statistique complexe, également mis au point par ce groupe. A la SVM, une commission, présidée par le Dr Charles Steinhäuslin, est chargée de la préparation des négociations de la valeur du point ainsi que du suivi du TarMed. Elle est composée de membres représentant les principales spécialités de notre société.

Comme je l'ai annoncé plus haut, je quitterai mes fonctions de président de la SVM à la fin du mois de juin. Les anciens statuts exigeaient du candidat à la présidence une expérience au sein du Comité. Cela n'est plus le cas aujourd'hui. Pourtant, la charge de président nécessite une bonne connaissance du fonctionnement du Comité, de la Société. Si l'on y ajoute une disponibilité à toute épreuve, les candidats à ce poste ne sont pas nombreux. Charles-Abram Favrod-Coune, interniste à Château-d'Ex, trésorier de la SVM, présente ces qualités. Il sera le candidat que le Comité proposera à l'Assemblée des délégués.

Dr Daniel Laufer



*Revue de la
Société vaudoise de médecine*

Comité de la SVM

Dr Daniel Laufer, président
Dr Charles Alexandre Steinhäuslin,
vice-président
Professeur Alain Pécoud
Dr Patrick Rosselet
Dresse Jacqueline Caillat
Dr Jean-Philippe Grob, secrétaire
Dr Charles-A. Favrod-Coune, trésorier

Comité de rédaction du CMV

Dresse Jacqueline Caillat
Dr Charles-A. Favrod-Coune
Dr Daniel Laufer
Dr Carlos Lima
Dr Jean-Pierre Randin
Dr Patrick-Olivier Rosselet

Secrétariat général

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

Société vaudoise de médecine

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

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

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

Administration et rédaction

Case postale 76,
1010 Lausanne 10

Régie des annonces

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

Réalisation

Inédit Publications SA

Dossier

Vers une intégration de l'accueil des urgences psychiatriques à l'hôpital général

La façon dont une société organise l'accueil et la prise en charge des urgences psychiatriques est un reflet fidèle de la place qu'elle est prête à accorder aux personnes momentanément ou durablement désadaptées en raison de troubles psychiques.

Récemment encore, la presse se faisait l'écho de l'inquiétude à Genève causée par une augmentation des hospitalisations en hôpital psychiatrique, attribuée à une insuffisance des moyens de prise en charge ambulatoire en amont et en aval de l'hospitalisation. Alors que depuis le début de ce siècle les services de santé publique ont hésité entre une attitude paternaliste correspondant à l'encadrement, de gré ou de force, du patient en milieu protégé, et une attitude valorisant la responsabilisation individuelle du patient et son maintien dans le milieu naturel de vie, la seconde tendance a actuellement le vent nettement en poupe en reconnaissant l'importance de l'autonomie du patient et de la liberté de ses choix thérapeutiques. Cette évolution a aussi été voulue par les autorités sanitaires, qui ont diminué le nombre des lits pour des questions budgétaires. Il est évident que cette dernière mesure n'est rendue possible que s'il existe des structures de soins ambulatoires propres à assurer l'accueil et le traitement des situations de crise.

La précarisation, cause de déstabilisation

En Europe comme aux Etats-Unis, on assiste à une augmentation du nombre des urgences psychiatriques pour des causes multiples que l'on peut schématiquement distinguer selon leurs dimensions sociales et individuelles. La précarisation des ressources de l'individu en raison de la déliquescence des liens sociaux, l'augmentation des exigences de la société et la course à la performance opèrent une sélection entre individus dits «forts

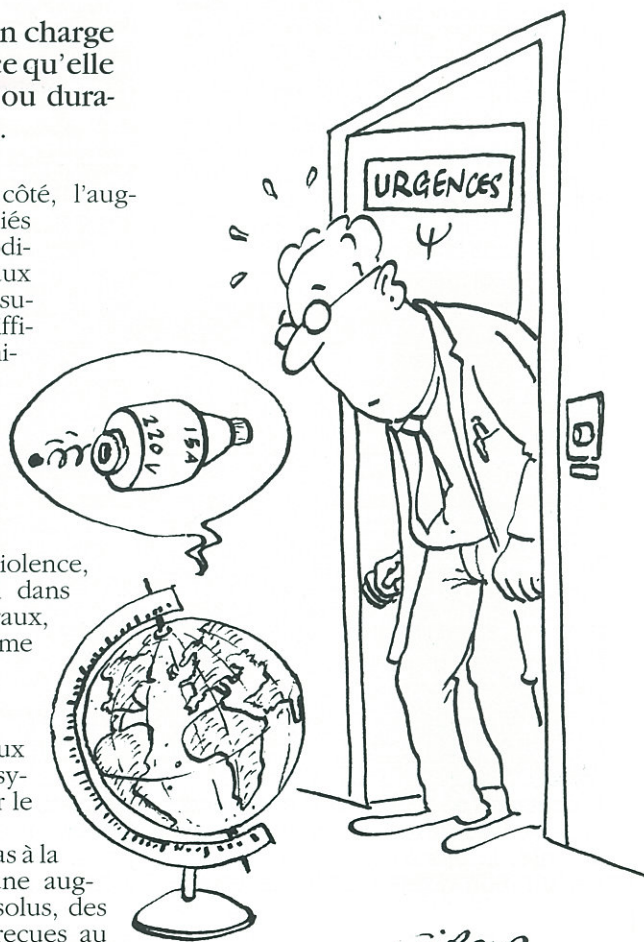
ou faibles». D'un autre côté, l'augmentation des problèmes liés à la toxicomanie et la modification des liens familiaux accentuent la solitude de sujets fragilisés et rendent difficile l'intégration socio-familiale ou son maintien. En revanche, on ne constate pas d'augmentation de l'incidence des entités nosologiques classiques comme la schizophrénie et les troubles bipolaires.

L'augmentation de la violence, constatée d'ailleurs aussi dans les services de soins généraux, est à comprendre comme une forme de réponse à l'angoisse provoquée par l'exclusion, la marginalisation et le recours aux diverses substances psychoactives disponibles sur le marché.

Lausanne n'échappe pas à la règle où l'on assiste à une augmentation, en chiffres absolus, des urgences psychiatriques reçues au Centre d'interventions thérapeutiques brèves – 1018 en 1997, 1280 en 1998 (+20%), 1434 en 1999 (+10%) – ainsi que des urgences psychiatriques avec problèmes somatiques (pour la plupart des cas des tentatives de suicide) traitées au CHUV (531 en 1998). Il est donc indispensable d'adapter les structures de soins à cette évolution.

Bref historique de l'accueil des urgences au sein du DUPA

Alors que le Centre d'interventions thérapeutiques brèves, ouvert en 1991,



avait reçu comme première mission les prises en charge intensives de situations de crise débordant les moyens de structures ambulatoires habituelles afin d'offrir une alternative à l'hospitalisation psychiatrique, son horaire d'ouverture a été porté dans un second temps à vingt-quatre heures sur vingt-quatre afin de recevoir les urgences psychiatriques ambulatoires et de les intégrer plus rapidement dans une filière de soins. Cette mesure a permis d'améliorer les conditions de travail du

psychiatre de garde en lui associant un infirmier. En effet, lorsqu'on étudie les motifs de l'hospitalisation psychiatrique, on constate que la moitié des décisions d'hospitalisation sont prises en moins de quinze minutes et que les critères de dangerosité ne sont pas absolus: l'estimation de la dangerosité est inversement proportionnelle à la compréhension des facteurs intrapsychiques et interpersonnels de la crise, et dépend pour une bonne part des conditions de travail du psychiatre de garde. D'autre part, on sait maintenant que la décision d'hospitaliser n'obéit pas qu'à des critères psychopathologiques, puisqu'un patient déjà hospitalisé dans le passé double ses chances de l'être à nouveau, indépendamment de la sévérité des symptômes. Les médecins surestiment volontiers l'influence du diagnostic ou de la souffrance du patient sur leur décision, ce qu'infirmes l'observation, et sous-estiment le rôle du contre-transfert, qu'il soit positif ou négatif. Les structures d'accueil jouent donc un rôle prépondérant dans la trajectoire de soins.

La consultation d'urgence, une défense

Parmi les urgences psychiatriques ambulatoires vues au CITB, nous constatons qu'un quart d'entre elles seulement nécessitent une admission hospitalière psychiatrique. La grande majorité de nos urgences reflète des crises d'éclatement provoquées principalement par des problèmes sentimentaux, familiaux ou professionnels qui révèlent les fragilités d'une personnalité ou réactualisent d'anciens traumatismes incomplètement élaborés. Ces vécus de perte peuvent être ressentis comme une insuffisance dramatique du Moi, entraînant une sorte «d'hémorragie narcissique». On peut dès lors comprendre la demande de consultation en urgence comme une forme de mécanisme de défense: le besoin urgent de rencontrer un «bon objet» avec lequel établir

une interaction relationnelle réparatrice. Au vu du degré important de vulnérabilisation narcissique révélée et démultipliée par la crise, il s'agira en premier lieu d'accorder un soin tout particulier à l'établissement de l'alliance thérapeutique. Il s'agit aussi de disposer d'une approche de crise permettant de «surfer» sur la vague de l'urgence pour en extraire sa fécondité potentielle pour une reprise maturative, les mécanismes de défense battus en brèche permettant à l'interprétation focalisée sur la crise actuelle de tracer un chemin vers un changement.

C'est dans cette optique que le Département universitaire de psychiatrie adulte s'est organisé pour répondre aux demandes aspécifiques, soit toutes catégories nosologiques confondues, au travers de:

- 1) l'Unité d'accueil et d'observation de crise à l'hôpital psychiatrique;
- 2) le Centre d'interventions thérapeutiques brèves pour les urgences et les situations de crise ambulatoires;
- 3) l'accueil des urgences psychiatriques avec composantes somatiques par le Service de psychiatrie de liaison au CHUV, et
- 4) le Centre de consultations psychiatriques et psychothérapeutiques à la rue du Tunnel.

Par ailleurs, l'accueil des demandes spécifiques, correspondant à des groupes nosologiques distincts, est assuré par des sections spécialisées (sections des troubles du spectre de la schizophrénie, des troubles de l'humeur et de l'anxiété, des troubles de la personnalité et de réhabilitation).

Une vraie chaîne des urgences psy

Les psychiatres travaillant en cabinet privé ont été associés au dispositif d'accueil des urgences du CITB et participent au tournus à raison de 100 nuits par année. Cette innovation était loin d'être acquise au départ, puisqu'elle re-

mettait en cause une sorte de privilège acquis par la tradition, selon laquelle les aînés ne sont plus astreints à une activité de garde. De plus, le psychiatre en cabinet privé développe une activité surtout psychothérapeutique, tandis que les urgences le confrontent au rôle psychiatrique «pur et dur» de sa fonction. Cependant, les quelques résistances perceptibles au début ont disparu et l'intégration des psychiatres en pratique privée s'est révélée tout à fait fonctionnelle.

Enfin, les médecins somaticiens qui participent à la garde en ville dans le cadre de la Fondation pour la garde médicale, interviennent pour les urgences psychiatriques non déplaçables, soit à domicile, soit dans les locaux de la police, pour les personnes qui n'ont pu être conduites au CITB en raison d'une agitation ou d'une violence importante.

Les portes d'entrée

Dans le cadre de la réorganisation du Département de psychiatrie, une analyse des portes d'entrée du système de soins, et notamment des urgences, a été effectuée dans le but d'optimiser l'évaluation et la prise en charge initiale des patients ainsi que leur orientation dans les différentes sections. Cette étude différenciant les urgences ambulatoires et les urgences à l'hôpital général montre des résultats très similaires pour les deux groupes, avec une différence significative uniquement pour les lésions auto-infligées et les problèmes d'alcool/drogue, qui sont plus fréquents pour les patients adressés à l'hôpital somatique. Ceux-ci sont tout de même présents dans une proportion importante aux urgences de la ville. Cela constitue un argument en faveur d'un regroupement de l'ensemble des urgences psychiatriques ambulatoires à l'hôpital général, qui offre la possibilité d'une bonne investigation somatique (fig. 1).

Globalement, les résultats mon-

CABINET À REMETTRE

Lausanne, périphérie est, cabinet de médecine générale à remettre dès que possible.

Ecrire sous chiffre CMV 26.06.2000, Inédit Publications SA, case postale 74, 1025 Saint-Sulpice.

	Urgences ville	CHUV	P
Agression	13%	18%	.7
Lésion auto-infligée	19%	48%	.013*
Alcool/drogue	20%	30%	.17*
Cognition	11%	9%	.13
Maladie physique	10%	16%	.15
Délire	17%	9%	.58
Hallucinations - dépressions	34%	41%	.57
Autres troubles mentaux	0%	0%	-

Fig. 1. – Comparaison urgences ville/urgences hôpital général.

trent une population de patients aux urgences dont les troubles du comportement se rapprochent des patients hospitalisés, avec des problèmes très sévères d'auto et d'hétéro-agression ainsi que des problèmes d'alcool et de toxicomanie. Pourtant, près des deux tiers des patients avec problèmes sévères peuvent être pris en charge ambulatoirement, montrant ainsi l'utilité des interventions d'urgence. Cette étude a également mis en évidence très clairement que la proportion de projets «ambulatoire versus hospitalier» décroît linéairement avec le nombre de problèmes graves (symptômes, comportement, contexte social, handicaps). La défaillance ou l'absence de soutien de la part des proches, souvent liée à la sévérité des problèmes, compromet l'application de mesures ambulatoires.

Etant donné la similitude des profils de problèmes chez les patients vus aux urgences ambulatoires et aux urgences de l'hôpital général, il nous semble pertinent de regrouper en un lieu unique, à l'hôpital général, les urgences ambulatoires. Ce regroupement devrait permettre d'assurer une bonne investigation et prise en charge somatique qui s'avère souvent nécessaire compte tenu des problèmes cités plus haut. La présence de lits d'observation est prévue pour effectuer cette tâche et devrait permettre une meilleure évaluation des aspects sociaux, étant donné que l'appréciation des ressources de l'entourage du patient est difficile en urgence mais pourtant déterminante pour le projet de soins. Les facteurs sociaux semblent de plus tout à fait déterminants quant à la durée des hospitalisations. La présence d'une équipe psychiatrique au sein des urgences du CHUV permet également un travail de liaison auprès des équipes soignantes, fortement sol-

licitées sur le plan émotionnel. Les interventions prennent la forme de debriefing individuel ou de groupe, et le plus souvent sous forme de colloques de supervision d'équipe.

Les priorités

Une structure d'accueil des urgences psychiatriques ambulatoires unifiée, implantée à l'hôpital général au vu de problèmes similaires et de l'importance du bilan somatique, permettra d'associer les forces en présence et d'augmenter les synergies.

La pression mise sur les interventions d'urgence ou de crise au vu de la désinstitutionnalisation des patients psychiatriques doit conduire à se donner des moyens importants pour l'évaluation, le traitement et l'observation de ces patients par des équipes multidisciplinaires et formées. Enfin, la préservation des réseaux thérapeutiques déjà en activité autour de l'urgence permet d'assurer la continuité des soins. Les liens entre médecine pu-

blique et privée doivent donc rester une priorité.

D^{rs} Daniel Peter,
Alexandre Berney,
Roland Gammeter

BIBLIOGRAPHIE

A. Berney, Ch. Bonsack, D. Peter, P. Guex, F. Borgeat. Urgences psychiatriques ambulatoires: quelles structures de soins pour quels problèmes de patients? *Revue Française de Psychiatrie et Psychologie Médicale* 35, 52-55, février 2000.

J. Besson, J.-N. Despland, D. Peter, M. Zellweger, F. Ferrero. Des institutions pour la crise. *Médecine et Hygiène* 51, 2225-2227, 1993.

M. de Clercq, S. Lamarre, H. Vergouwen. Urgences psychiatriques et politiques de santé mentale. Masson 1998.

N. de Coulon. La crise. Stratégies et interventions en psychiatrie. Gaëtan Morin, 1999.

D. Peter. Le Centre d'interventions thérapeutiques brèves de Lausanne: la mise en pratique d'une théorie. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 116 (9), 673-7, septembre 1996.

G. Winterhalter, D. Peter. Mariage urgences-crises: quel avenir? Actes du Congrès AFERUP 1997.

2^e Journée de la SVM

Réservez la date du 5 octobre 2000 !

Dès 14 h:

- Conférence sur un sujet des plus actuels en politique de la santé, animée par le Dr Bertrand Kiefer, rédacteur en chef de *Médecine et Hygiène*
- Accueil des nouveaux membres de la SVM
... et des membres honoraires
- Apéritif et retrouvailles

R.C PONT ASSURANCES S.À R.L

(ASMAC MEDISERVICE en Romandie)

VA BEAUCOUP PLUS LOIN QUE

GÉRER VOTRE PORTEFEUILLE D'ASSURANCES ET VOUS

PROPOSER **LES MEILLEURS CONTRATS DISPONIBLES...**

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

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

Les urgences en pédopsychiatrie

Un décalage surprenant entre manifestation et gravité

Les urgences existent en pédopsychiatrie, notamment à l'adolescence, se caractérisant souvent par l'intrication des dimensions psychique, somatique, familiale, scolaire et sociale.

L'urgence est une modalité fréquente de rencontre du jeune avec la psychiatrie. La décision d'hospitalisation peut être l'une des réponses possibles, mais ce n'est pas la seule. Ainsi est-il toujours important, dans ces cas, de prendre le temps nécessaire pour évaluer et préciser l'expression clinique, le contexte d'émergence et l'existence des processus psychopathologiques qui sous-tendent la crise ou l'épisode aigu.

S'il s'agit de ne pas sous-estimer la gravité des troubles, il faut aussi éviter l'escalade d'interactions trop excitantes, voire iatrogènes. Car il y a des décalages fréquents entre l'allure bruyante de la symptomatologie et la gravité clinique. Il convient donc de distinguer l'urgence ressentie, voire l'urgence-pression, et les solutions à mettre en œuvre en urgence ou non. Les décisions d'hospitalisation, de sé-

paration, de placement ne devraient jamais être prises dans la précipitation; elles peuvent en règle générale être différées, ce qui permet de mobiliser l'entourage du jeune et valorise sa capacité à faire face et à trouver des compromis.

Une étude clinique récente (1999), réalisée dans le cadre d'un *projet qualité* sur les stratégies décisionnelles pour l'hospitalisation psychiatrique d'adolescents dans le *Secteur psychiatrique centre* du canton de Vaud, avait pour objectif de mieux connaître les filières de soins et d'améliorer les conditions pour une alliance thérapeutique des jeunes adressés à l'hôpital. Cette étude a concerné 66 jeunes patients âgés de 13 à 18 ans admis dans l'Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents (UHPA) du SUPEA au CHUV.

Décisions d'hospitalisation = urgence

Les trajectoires de soins au moment de l'hospitalisation montrent une population qui a globalement recours – et donc accès – aux soins somatiques et psychiques. En revanche, les décisions d'hospitalisation sont très souvent prises rapidement et en urgence par un autre médecin que le médecin habituel. Cette constatation est très nette pour les patients admis d'office. Le médecin qui adresse le jeune dit être intervenu dans l'urgence dans 86% des situations. La décision a été prise à la fin d'une seule consultation dans 60% des cas et l'admission en urgence a lieu dans un délai inférieur à vingt-quatre heures sept fois sur dix. Les parents n'ont participé à la consultation d'évaluation que dans 62% des cas, et, dans 16% des situations, le médecin n'avait pas eu de contact avec les parents.

L'accueil en psychiatrie d'un adolescent, y compris en urgence, doit d'abord permettre l'évaluation de ses difficultés et la mise en place de soins

appropriés, de telle sorte qu'il se sente invité à poursuivre la démarche. Cependant, il ne faut pas méconnaître les réalités cliniques: le temps de la crise, le temps de l'urgence, le temps de l'apaisement ne viennent pas si facilement régler le temps de la demande de soins.

Lorsqu'il faut agir vite...

Certaines situations d'urgence justifient donc une hospitalisation en psychiatrie. Il y a indiscutablement des situations où il faut agir vite, où le temps de la réflexion est réduit et où l'action s'impose. Ces situations sont finalement peu nombreuses et ne représentent pas, loin s'en faut, l'ensemble des urgences. Les principales indications urgentes d'hospitalisation sont: les dépressions sévères, les risques suicidaires, les décompensations maniaques ou délirantes, l'anorexie mentale sévère.

Le patient, seul juge

La loi vaudoise prévoit deux modes principaux d'hospitalisation en service de psychiatrie: l'admission volontaire demandée par le patient lui-même et l'admission d'office alors imposée par un médecin, pas nécessairement un psychiatre, dans des conditions psychiques particulières: de danger, d'urgence et de troubles psychiatriques aigus. La loi s'applique pour tous les sujets en possession de leurs facultés de jugement et dotés de l'âge de discernement, ce qui est considéré comme le cas dès l'âge de 13 ans environ. Il existe une troisième forme d'hospitalisation qui s'intitule «à des fins d'assistance»: cette mesure peut être ordonnée par voie juridique, mais elle reste exceptionnelle.

La loi vaudoise a donc cette particularité de responsabiliser entièrement le sujet, dès l'âge de 13 ans environ, pour les questions relatives à sa santé personnelle et d'en faire le seul juge capable de décider pour lui-même. Ainsi, pour hospitaliser un adolescent, l'accord des deux parents ne suffit pas si le jeune lui-même n'est pas d'accord.

SVR

**AVENUE DE LA GARE
LAUSANNE**

**SURFACES/BUREAUX
de 60 à 300 m²**

Convientraient particulièrement pour
cabinets médicaux et dentaires.

Prix intéressant.

Places de parc à disposition.

Date d'entrée: à convenir.

Une visite s'impose!



COFIDECO SA
Agence immobilière
Pl. de la Palud 7, 1003 Lausanne

Tél. 021/311 32 42

L'hospitalisation contrainte reflète l'exclusion

L'hospitalisation contrainte d'adolescents apparaît en effet très élevée dans le canton de Vaud: il s'agit d'un quart des cas d'urgence au total, si on la met en regard avec les statistiques d'autres pays ou d'autres services (10-15% dans la littérature). Le mode d'admission d'office nous est apparu fortement corrélé aux facteurs de désinsertion sociale (vie en dehors du milieu familial, absence d'activités scolaires, mauvaise intégration sociale) bien plus qu'avec la réalité et la gravité clinique ou diagnostique. Il est aussi lié à un taux plus élevé des ruptures du suivi thérapeutique.

Des progrès, heureusement!

L'accent mis sur une meilleure utilisation des filières de soins en amont de l'hospitalisation, la mise en place d'un service d'urgence par le SUPEA, le transfert de l'Unité d'hospitalisation au CHUV en 1997, une attention portée aux critères d'admission, une implication plus directe des cliniciens de l'UHPA dans les décisions d'admission et une meilleure articulation hospitalo-ambulatoire, l'association enfin des parents aux décisions d'admission, qui devrait devenir systématique, ont porté leurs fruits puisque la proportion d'admissions d'office a été réduite

de moitié et que l'augmentation des admissions en service de psychiatrie (triplement en cinq ans) s'est faite exclusivement sur le mode volontaire.

Cadre d'accueil de l'urgence et organisation actuelle des urgences pédopsychiatriques dans le canton de Vaud

L'ensemble des consultations des quatre secteurs pédopsychiatriques du canton de Vaud est organisé pour recevoir pendant les heures ouvrables de la semaine les différentes demandes d'urgence concernant les enfants et les adolescents. Un accueil, consultation des jeunes, est mis en place spécifiquement par le SUPEA à la consultation du Bugnon (021/314 19 54) et reçoit des jeunes avec ou sans rendez-vous, dans des délais maximaux de 72 heures, les lundis et jeudis entre 16 h et 19 h.

Une garde pédopsychiatrique est organisée par le SUPEA pour le Secteur centre (Lausanne et environs) pour les enfants et adolescents de 0 à 18 ans. Ce service de garde fonctionne en dehors des heures de consultation habituelles, soit: en semaine de 18 h à 8 h et les week-ends du vendredi soir 18 h au lundi matin 8 h, ainsi que les jours fériés. Pendant ces gardes, le lieu de consultation d'urgence pédopsy-

chiatrice est situé au CITB, bâtiment Nestlé du Centre hospitalier vaudois (téléphone 021/314 19 30 et 021/314 19 31). Les patients, leur famille ou tout autre professionnel peuvent téléphoner ou s'y présenter directement. Ils seront ensuite référés au pédopsychiatre de garde du SUPEA.

L'hospitalisation des enfants de 0 à 13 ans peut être réalisée dans le cadre du centre de soins de l'Hôpital de l'enfance (021/627 25 25). Le centre de soins peut ainsi accueillir de jour des situations de crise pour une prise en charge à temps partiel adaptée; le reste du temps, les enfants sont hospitalisés dans le Service de pédiatrie.

L'hospitalisation des adolescents de 13 à 18 ans est réalisée à l'Unité d'hospitalisation psychiatrique pour adolescents (UHPA - BH 11, CHUV, 1011 Lausanne 021/314 37 95) située au Centre hospitalier universitaire vaudois. C'est une unité spécifique, dépendante du SUPEA, localisée dans le Département de pédiatrie. Elle dispose de sept lits. C'est la seule structure hospitalière pour adolescents du canton de Vaud. Les demandes d'admission au centre de soins de l'Hôpital de l'enfance et à l'UHPA peuvent être adressées directement dans ces deux unités pendant les heures ouvrables ou, sinon, à la garde pédopsychiatrique du SUPEA.

*Dr Jacques Laget, ME
Médecin adjoint SUPEA*

Urgences en psychogériatrie

Personnes âgées: les urgences... de l'entourage

Nous avons l'impression d'être submergés par des demandes urgentes: demandes d'hospitalisation, demandes de certificat, demandes de placement en EMS, demandes d'ordonnances, demandes de prise en charge, demandes de statistiques, etc. Et pourtant, les consultations et visites d'urgence «toutes affaires cessantes» pour des raisons psychiatriques sont rares!

Et les pathologies psychiatriques pour lesquelles l'intervention médicale immédiate est aussi importante que l'intervention pour un choc allergique ou un œdème pulmonaire ne sont pas nombreuses. Mais nous constatons qu'une pathologie psy-

chiatrice de la personne âgée met facilement en crise tout le système encadrant (les proches, les voisins, quelquefois même les professionnels) qui exprime son désarroi avec une demande d'une intervention d'urgence.

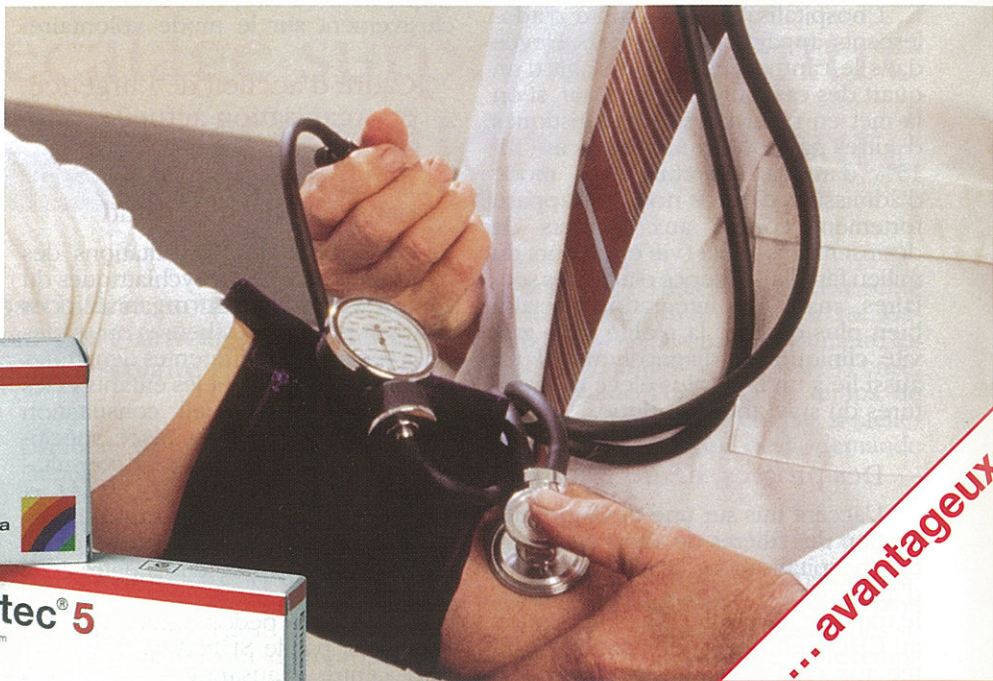
L'urgence déterminée par la pathologie psychogériatrique

Une pathologie psychiatrique spécifique pour l'âge avancé qui demande une prise en charge urgente est certainement le delirium (état confusionnel aigu). Ce trouble de vigilance avec une apparition brusque, une fluctuation importante et un tableau de symptomatologie psychiatrique très variable (angoisse, idées délirantes, hallucinations, dépression, agitation psychomotrice, apathie) survient le plus souvent en conséquence d'une pathologie soma-

NOUVEAU

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

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



...avantageux



Admis aux caisses dès 1^{er} juillet 2000!

Enatec® (énalapril)

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

mepha



Les médicaments aux prix comprimés

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

Caractéristique brève Enatec®

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

tique comme infection, trouble cardiaque, déshydratation avec troubles électrolytiques, réaction à un traitement anticholinergique. Le tableau psychiatrique masque facilement la pathologie somatique sous-jacente, qui doit donc être cherchée d'une manière très active. L'évolution et la résorption du delirium dépend essentiellement de la rapidité et de l'efficacité de la prise en charge des problèmes somatiques sous-jacents.

Perdue sans retrouver son adresse

Une autre pathologie spécifique de la personne âgée est surtout connue des agents de police: la personne atteinte de troubles cognitifs se perd en ville et ne retrouve plus son chemin de retour. Son incapacité de développer une stratégie d'orientation fait qu'elle tourne en rond, erre et s'épuise complètement après parfois plusieurs heures, jusqu'à ce qu'elle se fasse remarquer par des passants qui alarment la police.

Les idées suicidaires avec un danger immédiat de passer à l'acte ou un *tentamen* sont des pathologies psychiatriques pour lesquelles une intervention en urgence est indispensable. La problématique, dans cette situation, est souvent la banalisation par le patient lui-même (avec une adhérence thérapeutique modeste) en contraste absolu avec l'inquiétude de l'entourage et du médecin qui sont fondés sur les faits suivants: la classe des personnes âgées a le taux de suicide (en pour-cent) le plus haut de toutes les classes d'âges. Un tentamen sur deux finit par la mort. Les hommes âgés et seuls sont les plus menacés.

Une agitation majeure dans le cadre d'une démence ou d'une psychose avec mise en danger d'autrui est finalement une autre raison psychiatrique pour une intervention d'urgence.

Le législateur a défini que la présence d'un trouble psychiatrique avec danger pour la personne elle-même ou pour autrui est exigée pour la décision d'une hospitalisation d'office. Nous

trouvons exactement ces notions dans les pathologies décrites ci-dessus.

L'urgence médico-sociale et la crise

L'urgence médico-sociale résulte souvent de l'incapacité de l'entourage ou de la structure de soins existante à répondre à une situation de crise. Dans cette perspective, l'urgence médico-sociale est représentée par la situation suivante: un homme âgé avec une démence moyenne (qui nécessite donc un encadrement et une surveillance vingt-quatre heures sur vingt-quatre) est soigné à domicile par son épouse. Celle-ci fait une chute et se fracture la jambe, ce qui nécessite une intervention chirurgicale avec hospitalisation. Le mari démentifié ne peut pas rester seul à domicile.

Les autres urgences médico-sociales sont le plus souvent un mélange complexe entre pathologie somatique, psychiatrique, épuisement de la famille, et crise non maîtrisée. Cette dimension systémique nous indique aussi qu'une réponse linéaire sera le plus souvent vouée à l'échec. Seule une collaboration étroite des différents acteurs de la santé (médecins de premier recours, spécialistes, psychogéiatres, infirmières) avec l'implication de la famille peut susciter la réponse adéquate.

Car il s'agit, en psychogéiatrie aussi bien qu'en psychiatrie, le plus souvent de la question suivante: une demande formulée selon le modèle d'urgence somatique n'est en réalité pas une urgence avec mise en danger de la santé immédiate. Il s'agit plutôt d'une crise d'une personne et de son entourage sur la base d'une pathologie psychiatrique subaiguë ou même chronique.

Le but d'une intervention doit donc être en priorité la redéfinition du problème: urgence, ou crise? Cette reformulation et cette prise de conscience sont indispensables pour transformer la crise en prise en charge cohérente et acceptable par toutes les personnes concernées. Cette démarche ambitieuse, avec un investissement énorme de temps et d'énergie, nous rappelle

aussi le rôle essentiel de prévention de ces crises.

Les règles des nouveaux réseaux dans le cadre des NOPS vont dans cette direction. L'objectif de mieux guider le patient dans l'enchaînement des différents acteurs de santé par l'établissement d'un projet de prise en charge à moyen terme devrait éviter les hospitalisations inadéquates.

Les urgences psychogériatriques en institution

Les problèmes psychiques, surtout avec troubles de comportement, sont difficiles à gérer dans le contexte d'une institution somatique comme le CHUV ou un EMS gériatrique. Cette difficulté a dans le passé souvent amené à une demande linéaire et urgente au psychogéiatrie de résoudre ce problème par une hospitalisation d'urgence en hôpital psychogériatrique. Depuis que nous avons pu établir une relation stable par la présence du Service de psychogéiatrie de liaison au CHUV et dans plusieurs EMS (Dr V. Camus), nous arrivons mieux à travailler avec le concept de crise et ainsi éviter les demandes inadéquates d'hospitalisation en psychogéiatrie.

Acteurs de l'urgence en psychogéiatrie dans le Secteur psychiatrique centre

La garde de ville psychiatrique, à laquelle ont aussi participé les médecins de la Policlinique universitaire de psychogéiatrie (PUP), a été remplacée, il y a quelques années, par le CITB (Centre d'interventions thérapeutiques brèves). Il assume les urgences psychogériatriques en dehors des heures de bureau (nuit et week-end), tandis que la PUP est disponible pour les urgences psychogériatriques pendant la semaine.

Mais la grande majorité des urgences est assumée par les médecins de premier recours et la garde médicale de la ville. Pour leur faciliter la tâche, la PUP leur propose la possibilité d'une supervision téléphonique en urgence par les médecins-cadres dans des situations délicates (discussion d'une attitude, information des solutions, conseil sur des psychotropes) sur le modèle de l'encadrement de nos médecins assistants, qui sont en grande partie de futurs généralistes. Finalement, le BOUM (Bureau d'orientation des urgences médico-sociales) est compétent pour les urgences médico-sociales.

Dr Adrian Küng
Policlinique universitaire
de psychogéiatrie,
Lausanne

Adresses utiles

PUP	• Av. de Morges 10, 1004 Lausanne Tél. 021/625 04 91 – Fax 021/625 25 97
CITB	Hôpital Nestlé, CHUV, 1011 Lausanne Tél. 021/314 19 30 – Fax 021/314 19 25
Garde de la ville	Rue César-Roux 31, 1005 Lausanne Tél. (public) 021/213 77 77
BOUM	Ch. de la Bérée 50, 1010 Lausanne Tél. 021/653 64 74 – Fax 021/653 11 36

Urgences psychiatriques: vision de l'interniste

Les urgences psychiatriques pour les praticiens internistes se rencontrent au cabinet médical, mais le plus souvent lors des gardes de médecine générale de ville ou de district. Elles concernent alors des patients que nous ne connaissons pas...

Dès lors, de nombreux éléments se succèdent et contribuent à l'anxiété que génère très souvent une telle situation: consultation en urgence, temps consacré souvent limité, peur de l'incompétence, relation médecin-malade conflictuelle ou à haut risque, etc. Le but du présent article est de parcourir différents aspects de l'urgence psychiatrique auxquels peut être confronté un médecin interniste.

1. L'urgence psychiatrique au cabinet médical

Le passage du médecin de premier recours au psychiatre est très souvent un parcours du combattant pour le patient et le praticien.

Pour commencer, le déni de la maladie pose souvent un problème de prise en charge pratique au cabinet (combien de fois nos patients nous répondent, alors qu'on veut les adresser à un psychiatre: «Mais, docteur, je ne suis pas fou!»).

Quand enfin le patient donne son accord pour voir le psychiatre, surgit une autre difficulté: les psychiatres installés sont très souvent surchargés dans une structure psychothérapeutique orientée vers la prise en charge sur le long terme de leurs patients, ce qui ne laisse que peu de place à l'urgence ou à l'évaluation psychiatrique initiale. Leur évaluation prend en principe quatre heures pour établir un diagnostic et un projet thérapeutique psychiatrique.

Le médecin de premier recours se sent le plus souvent frustré par l'indisponibilité de ses confrères psychiatres vis-à-vis de ses patients, d'autant plus lorsque le patient s'est enfin décidé lui-même à accepter la consultation. Joindre un collègue qui aurait la disponibilité de voir un patient relève déjà d'un défi, notamment par téléphone.

2. L'urgence psychiatrique lors des gardes

Elle se situe très souvent dans un contexte psychosocial difficile (par

exemple entourage familial désemparé, agitation, voire égarement du patient). De même, ces urgences s'inscrivent dans une journée déjà chargée où le cabinet médical est submergé de consultations agendées, de téléphones ou d'urgences «somatiques».

Nous sommes sensibles à l'instauration par nos confrères psychiatres de Centres d'interventions thérapeutiques brèves (CITB) ou «centres de crises» (au moins dans les grandes villes ou certains districts) pour les patients qui veulent bien s'y rendre. Toutefois, nous serions très sensibles (quitte à ressusciter un très vieux débat) pour les patients récalcitrants (ou non déplaçables) de passer le relais sur le terrain à des psychiatres installés, sous la forme de piquets, au moins dans les régions où la densité en psychiatres le permet.

Il est important d'élaborer une *stratégie de prise en charge des patients ayant des problèmes psychiatriques aigus* entre les médecins indépendants pour défendre cette médecine libérale tant prônée par certains, mais qui montre de nombreuses failles et imperfections lorsqu'on est confronté à la réalité de tous les jours.

3. Le problème épineux de la garde psychiatrique dans la région lausannoise

Le problème de la garde psychiatrique soulève un mécontentement certain de la part de nombreux médecins de premier recours, surtout dans la région lausannoise où elle avait été instaurée du fait de la grande densité psychiatrique du «grand Lausanne». En effet, depuis plus de deux ans, l'obligation d'assurer une garde psychiatrique dans cette région pour les psychiatres (installés, institutionnels) a été modifiée au bénéfice d'une disponibi-

lité limitée au seul CITB, notamment pour les urgences psychiatriques «déplaçables». Depuis lors, les urgences psychiatriques «non déplaçables» sont du ressort du praticien de premier recours de garde. Inutile de préciser que ces urgences ne sont pas forcément de la compétence d'un tel praticien et que «chronophages» par essence, elles peuvent retarder dangereusement l'intervention auprès d'autres patients!



4. Le rôle ingrat de l'hospitalisation d'urgence

Combien d'anecdotes n'entend-on pas sur les difficultés que des praticiens de premier recours rencontrent lors d'une demande d'hospitalisation en urgence dans un établissement psychiatrique du canton! Il y a souvent mésestimation ou désinformation sur les possibilités qu'a un médecin de garde de pouvoir gérer une situation psychiatrique à domicile dans une situation socio-environnementale souvent complexe ou éclatée.

L'appel d'urgence pour un problème psychiatrique se fait souvent dans un contexte d'information fragmentaire lors de l'appel, rarement par le patient lui-même, le plus souvent soit par la famille ou des proches, soit à la demande des forces de l'ordre (sur place ou au poste de police). Vu les circonstances, le praticien est presque toujours amené à remplir ce pourquoi il a été appelé: le formulaire d'admission d'office. Il semble que cela soit à bon

escient dans la plupart des cas, selon nos confrères psychiatres d'institution. Probablement, vu la «crise» dans laquelle nous intervenons, mais cela laisse toujours un goût d'insatisfaction...

Penser aux effets d'un internement d'office

D'une part, qui d'entre nous, faute de temps (garde pendant une épidémie de grippe, appel arrivant au moment où vous avez une «bouffée» d'urgences), n'a pas rempli un peu trop vite une demande d'internement d'office alors que, peut-être, avec de la patience et un dialogue paisible et donc avec du temps, une telle issue aurait pu être évitée et la prise en charge amorcée se poursuivre les jours suivants de façon ambulatoire. D'ailleurs quel est l'impact d'une hospitalisation d'office sur ceux à qui elle s'adresse? Si l'on en juge à partir de notre consultation, certains «bénéficiaires» en restent marqués négativement pendant longtemps.

D'autre part, suite à un décès survenu récemment lors d'une garde à vue à Yverdon, la police a tendance à nous solliciter davantage qu'auparavant pour des personnes qu'elle met au dépôt

(par exemple SDF sous l'influence de l'alcool et/ou de drogue pour trouble de l'ordre public) et qui finissent par se retrouver en «observation» à l'hôpital psychiatrique du secteur sanitaire.

5. Formation postgraduée du praticien et urgences psychiatriques

La nature de la prise en charge sur le plan psychique d'un patient par le praticien dépendra souvent de la formation postgraduée de celui-ci dans le domaine et ne sera donc pas rétribuée également en fonction du temps consacré. Il est important de relever que les praticiens internistes sont souvent peu ou mal formés en psychiatrie. Leur formation continue dans ce domaine laisse à désirer, ainsi que dans la formation de la relation médecin-malade. Toutefois, quelques tentatives ont été faites par le biais de la Polyclinique médicale universitaire. La récente reconnaissance d'une formation approfondie en médecine psychosomatique par la FMH suscitera non seulement des vocations d'approfondir la sensibilité des praticiens,

mais aussi des cours de formation continue. Et cela dans un seul but: non pas de concurrencer nos collègues psychiatres, mais d'être plus adéquats dans la prise en charge de ces patients, parfois bien lourde à assumer seuls. Cela pourra être l'occasion d'une *plate-forme de rencontre* entre confrères praticiens de premier recours et psychiatres.

6. L'union fait la force!

Le présent article a été rédigé essentiellement pour susciter le débat sur les relations entre praticiens de premier recours et les psychiatres, afin d'obtenir une prise en charge optimale des patients. Il faut pouvoir mieux définir les attributions de chacun. Cet article n'est pas le reflet de la pensée de tous, mais de quelques-uns parmi les nombreux praticiens de ce canton qui, chaque jour, sont confrontés à la difficulté de vivre de leurs patients. Peut-être que certains se reconnaîtront tandis que d'autres pas! Merci de réagir.

Pour le comité du GIV (Groupe-ment des internistes vaudois):

*Dr M. Abdelmoula, Gland
Dr M. Potin, Lausanne*

La garde psychiatrique: point de vue d'un psychiatre installé

Accepter d'être médecin, c'est accepter de prendre en charge des patients avec leur(s) souffrance(s). A mon sens, la garde, sous une forme ou une autre, fait partie des contraintes liées à l'exercice de ce métier. La garde psychiatrique semble toujours et partout faire problème, comme si cela tenait exclusivement au caractère quelque peu particulier des psychiatres.

De l'avis unanime, on peut considérer qu'il n'y a pas d'urgence psychiatrique au sens de l'urgence médicale, qui se justifie par le risque vital immédiat ou imminent. Le temps n'est donc pas le même en psychiatrie qu'en médecine somatique. Mais cela ne signifie pas que l'on puisse, en psychiatrie, reporter toute intervention aux calendes grecques. Dans nombre de situations, il est important de pouvoir intervenir rapidement. Ce type d'intervention se fait tout d'abord très régulièrement pour les patients que nous suivons au cabinet. Elle se fait également au cabinet pour les situations nouvelles et urgentes pour lesquelles nombre de psychiatres tentent de répondre dans la mesure de leurs moyens. La garde psychiatrique n'est donc pas la seule manière de répondre à l'urgence.

Dans mon expérience de la garde psychiatrique que je pratique en région lausannoise depuis plusieurs années, il est rare d'être confronté à des situations réellement urgentes. Les décompensations psychiques, que ce soit sur un mode psychotique, anxieux ou dépressif lorsqu'elles parviennent à la garde, sont l'expression d'une crise. Or le médecin de garde ne peut que constater cet état de fait et adresser le (la) patient(e) au service de soins adéquat.

La garde psychiatrique, objet de discord

La garde psychiatrique est un objet de discord. Il y a certainement de nombreuses raisons à cela. Le médecin somaticien tente de répondre à une demande précise de ses patients dans une visée de guérison. Le psychiatre

se sait *a priori* impuissant sans l'alliance thérapeutique de son patient et avant d'avoir pu évaluer les capacités de ce dernier à investir le traitement. Et il faut parfois du temps avant de parvenir à entrer réellement dans une phase de soins à proprement parler.

Le temps du psychiatre n'est pas le même que celui du médecin somaticien. Mais, de mon expérience, je suis particulièrement reconnaissant à mes confrères somaticiens qui savent préparer progressivement leurs patients à une demande de soins psychiatriques. Le recours au psychiatre, hier comme aujourd'hui, est une démarche difficile pour tous les patients. La garde psychiatrique, sous une forme ou une autre, est donc indispensable, car ce n'est souvent que lorsqu'un patient n'en peut plus qu'il a un besoin urgent d'aide. Il est alors important qu'il puisse recevoir une réponse rapidement, car la crise est alors ouverte, ce qui permet d'entrer en matière. Mais il s'agit toujours d'une urgence «relative» qui ne met pas en jeu le pronostic vital dans les minutes qui suivent. La garde permet de donner cette réponse.

Dr Etienne Colomb, Pully

Actualité

A propos du «Programme de formation continue de la SVM»

Le lecteur du *CMV* trouvera en annexe le «Programme de formation continue de la SVM», approuvé par l'Assemblée des délégués du 25 novembre 1999.

La FMH est en train de jouer, tranquillement, un «coup gagnant». On se souvient qu'en 1990, elle a lancé pour la première fois l'idée d'une formation continue (FC) «obligatoire»: l'évocation de cette contrainte a déclenché un tollé chez les médecins. Entre 1990 et 1995, le projet est refusé par deux fois devant la Chambre médicale. La FMH fait le gros dos, maintient son cap, et, en 1995, la Chambre médicale accepte finalement le principe.

En 1996, la Commission de FC de la SVM, sous la plume du soussigné, exprime dans le *CMV* son soutien à la détermination de la FMH, en mettant en avant l'exigence éthique d'une formation continue et la possibilité de dé-

velopper, grâce cette FC, une culture commune aux médecins. Une amélioration de la pédagogie médicale, à tous les niveaux, est également évoquée (voir extrait annexé, repris du *CMV* de novembre 1996). Une culture ne se crée pas si vite. Néanmoins, cinq ans plus tard, soit le 1.1.2000, le règlement FMH de la Formation continue entre en vigueur: tous les médecins suisses, qu'ils soient spécialisés ou généralistes, sont donc astreints à une formation continue.

Le Comité de la SVM présente ici son propre programme destiné au petit nombre de ses membres qui ne font pas partie d'une société de discipline médicale. Nous avons profité de men-

tionner dans ce programme le rôle de la formation continue pour l'ensemble de la profession et l'exigence de qualité que nous souhaitons voir chez les organisateurs de colloques. Ce programme ne mentionne aucune sanction, puisque les directives de la FMH sur ce chapitre n'existent pas encore.

Actuellement, le nombre de médecins qui se rencontrent grâce à la FC augmente et nous assistons à une indéniable amélioration de la qualité des colloques: finalement, l'attitude ferme mais patiente de la FMH a payé...

*Professeur A. Pécoud
Président de la Commission
«Formation continue»*

Au fond, qu'est-ce qu'une culture de formation continue?

(reprise du *CMV* 7/96)

Peut-être est-ce le fait:

- d'être persuadé que la FC est un devoir éthique de chaque médecin face à un patient;
- de croire que la FC est un moyen de préserver la qualité de notre médecine, qu'elle soit spécialisée ou de premier recours;
- d'espérer que, grâce à la FC, les médecins se rencontreront plus souvent, aussi bien pour parler formation que politique professionnelle;
- de prévoir que les médecins vont inventer et développer de nouvelles formules de formation;
- d'imaginer que la FC va contribuer à améliorer l'enseignement de la médecine, à tous les niveaux;
- de rêver que la FC va favoriser la multiplication des rencontres entre spécialistes et médecins de premier recours, entre ambulatoire et hospitalier, entre théoriciens et praticiens...

Programme des «Jeudis de la Vaudoise» 2000-2001

La manifestation de formation continue organisée par la Commission pour la formation continue de la SVM est toujours bien suivie; l'évaluation qu'en font systématiquement les praticiens est positive. La Commission remercie les participants aux «Jeudis de la Vaudoise» pour leur présence et le rôle actif qu'ils prennent dans les séminaires. La Commission de FC de la SVM vous présente ici les titres de la **prochaine saison 2000-2001**:

Jeudi 5 octobre 2000	Problèmes pratiques en ORL
Jeudi 9 novembre 2000	Ecole, famille et médecin traitant
Jeudi 30 novembre 2000	Dermatologie (plaies chroniques)
Jeudi 25 janvier 2001	Diabète (nouveaux traitements)
Jeudi 1^{er} mars 2001	Check-up...
Jeudi 29 mars 2001	Médecine légale (du «certificat» à l'éthique)
Jeudi 26 avril 2001	Médecine des voyages...
Jeudi 31 mai 2001	Gériatrie (journée conjointe avec le Service de la santé publique).
Jeudi 28 juin 2001	Journée GMGV: «Médecine générale, médecine interne: fusion?»

Programme de formation continue de la SVM approuvé par l'Assemblée des délégués du 25 novembre 1999

selon la Réglementation pour la formation continue (RFC) de la FMH, du 24.6.1998

1. But général de la formation continue (FC)

La SVM, par l'intermédiaire de sa Commission pour la formation continue (CFC), considère que la FC:

- est essentielle au maintien et au développement de la qualité de la médecine pratiquée par ses membres;
- est une responsabilité éthique des médecins face à leurs patients;
- permet la multiplication des rencontres entre les membres de la SVM;
- favorise une attitude responsable à l'égard de la société et de la corporation médicale.

La SVM s'engage à soutenir les efforts des praticiens membres des Sociétés de discipline médicale (SDM) et des groupes régionaux dans l'organisation et la réalisation de la FC.

2. Responsabilités de la SVM dans l'organisation de la FC

La SVM est responsable d'organiser la FC de ses membres qui ne font pas partie d'une Société de discipline médicale (SDM). Elle assumera cette obligation en demandant aux membres de la SVM qui pratiquent la médecine clinique et qui ne sont pas membres d'une SDM de respecter le programme de FC ainsi que le mode d'évaluation en vigueur dans la SDM qui représente l'activité qu'ils exercent. La SVM fournira à ces membres le matériel nécessaire pour leur permettre de réaliser le devoir de consignation de leur participation à la FC.

De manière générale, la SVM demande à ses membres de suivre une FC correspondant à environ 80 heures par année, dont cinquante devant être attestées et le solde considéré comme étude personnelle.

3. Obligation de consigner la FC suivie

Chaque membre de la SVM est tenu de consigner la FC qu'il suit sur un protocole personnel qui lui sera remis soit par la SDM dont il est membre soit par la SVM.

4. Reconnaissance de la FC accomplie

La SVM est habilitée à vérifier si les exigences de FC sont respectées par l'ensemble des membres de la SVM, qu'ils soient ou non membres d'une SDM.

Pour réaliser cette tâche, la SVM:

- s'informera auprès des SDM sur l'accomplissement de devoir de FC de leurs membres;
- s'adressera directement à ses membres (par sondage) afin de vérifier la conformité de leur FC à la RFC 98.

5. Recommandations générales pour les manifestations de FC

De manière générale et autant que faire se peut, la SVM recommande que les manifestations de FC répondent aux critères de qualité suivants:

- a) Un praticien (soit un représentant du public cible) a participé à l'élaboration du programme et à son organisation.
- b) Les objectifs pédagogiques sont clairement définis avant la réunion et annoncés aux participants; ils peuvent correspondre à des besoins ressentis (exprimés à ce moment) ou normatifs (exigence minimale de la pratique).
- c) Les formes d'apprentissage interactif seront privilégiées (séminaires en présence d'un expert et d'un modérateur praticien non expert, discussion de cas pratiques, etc.).
- d) La remise de documents écrits est encouragée.
- e) Les colloques devraient faire l'objet d'une évaluation qualitative par les participants.

Les organisateurs de toutes les manifestations de FC sont tenus de remettre aux participants une «attestation de participation» mentionnant la date, le lieu, le thème, les responsables de l'organisation et la durée en heures de la manifestation.

6. Formation continue organisée par la SVM

La SVM organise régulièrement une manifestation de FC qui s'adresse à l'ensemble des membres de la SVM et dont les objectifs d'apprentissage concernent plus spécifiquement les médecins de premier recours («Jeu de la Vaudoise»).

7. Manifestations particulières

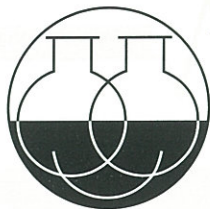
La SVM accordera son soutien aux activités de FC réalisées en groupes régionaux ou locaux. Elle est favorable au fait que l'enseignement prodigué par ses membres aux étudiants en médecine et autres professions de la santé, de même que la participation aux manifestations de politique professionnelle soient partiellement considérés comme une formation continue: le temps validé pour ces deux activités ensemble ne doit pas dépasser huit heures par année.

En règle générale, la SVM reconnaît la FC réalisée par ses membres dans d'autres cantons, après avoir procédé aux concertations appropriées avec les SCM de ces cantons.

8. Non-respect du devoir de FC

Le devoir de formation continue est inscrit dans le Code de déontologie de la FMH (art. 3): «Le médecin utilise les possibilités qui lui sont offertes pour assurer la qualité de son travail. Il s'astreint à se perfectionner en permanence selon le règlement pour la formation continue.»

Aucune sanction n'est prévue en cas de non-respect du devoir de FC jusqu'au 1^{er} janvier 2000. Par la suite, la SVM se conformera aux recommandations émises par la FMH.



Bioréac sa

Programme de vente très complet:

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

Distribution des produits de:

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

- Service des commandes

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

- Installation, service après vente

Tél. 021/617 98 43

Bd de Grancy 35, case postale – 1001 Lausanne

Talon-réponse (00/09)

- Veuillez m'envoyer votre documentation
- Veuillez me téléphoner au numéro _____
vers _____ heures

Prénom: _____

Nom: _____

Adresse: _____

NPA/localité: _____

Tél. cabinet méd./hôpital: _____

Fax: _____

A renvoyer à:

FMH Inkasso Services

Rue de l'Orangerie 1,

1211 Genève 7

Tél. 022/733 21 40

Fax 022/733 30 20

E-Mail: mail@fmhinkasso.ch



LES NOTES D'HONORAIRES NON PAYEES représentent un désagrément considérable dans vos activités quotidiennes. Il y a toujours eu et il y aura toujours des patientes et des patients retardataires. Ceci est déplaisant et peut donner lieu à des conflits. C'est pourquoi nous vous assistons aussi dans le recouvrement. Car lorsque ...

..... **LES PATIENTS SONT MAUVAIS PAYEURS**, rien de tel que l'expérience. FMH Inkasso Services vous offre des conditions équitables et garde vos problèmes à distance. Car c'est justement lors du recouvrement qu'il s'agit de tenir compte de la relation spéciale qui existe entre le médecin et son patient. La manière forte est déplacée dans ce contexte: Il faut procéder à des éclaircissements. En tant que spécialistes du recouvrement, nous menons pour votre compte toutes les enquêtes nécessaires, vous conseillons de manière personnalisée et nous chargeons même de la gestion des actes de défaut de biens.

FMH INKASSO SERVICES défend vos intérêts et vous décharge des aspects désagréables de votre travail de tous les jours! Pour que vous puissiez vous consacrer en toute tranquillité au bien de vos patientes et patients.

Courrier

MOZAMBIQUE: HELP!

Tout le monde a certainement vu les tragiques images de ce pays, par ailleurs l'un des plus pauvres de la planète, ravagé par les flots et la boue. Ce pays qui relevait la tête après l'indépendance et dix-sept ans de guerre civile pour montrer à tous qu'il était possible de progresser en Afrique avec une solidarité nationale et une stabilité politique. Cela lui a valu de remonter de quelques crans le bas de l'échelle du classement international par PNB. Ce sérieux lui a permis de s'affirmer comme un exemple de croissance économique et sociale depuis 1992 (env. 10% par an) lors des Forums économiques de Davos et de Montana, lui ouvrant ainsi les portes à l'aide de pays plus riches. Cet effort national, actuellement anéanti, a pu être réalisé par différents présidents et surtout par l'actuel premier ministre, Pascoal Mocumbi, qui n'est pas un inconnu de la Suisse puisqu'il a accompli ses études de médecine à Lausanne en qualité de réfugié politique et complété par différents stages sa formation de gynécologue.

Ses diplômes en poche, il retourne au pays dans les rangs du Frelimo et entre au gouvernement comme ministre de la Santé. Actuellement, il vient d'être reconduit dans ses fonctions de premier ministre par le président réélu Joaquim Chissano. Encore un symbole de stabilité dans cette Afrique perpétuellement chahutée.

Ses camarades de diplôme 1973 de Lausanne, avec qui il a toujours maintenu des liens d'amitié, lui ont rendu visite en 1998 au Mozambique sur son invitation. Ils ont pu se rendre compte sur place des efforts fournis par leur collègue d'études et surtout de ce qu'il y avait encore à faire sur les plans médical, agricole et de l'instruction publique pour que ce pays puisse se suffire à lui-même sans s'endetter encore plus. A noter au passage que le service de la dette s'élève à 111 millions de dollars par an, environ la moitié de celle du canton de Vaud...

Un dollar par jour, c'est déjà beaucoup!

Lors de ce voyage, les diplômés ont créé le *Fonds des Finalistes 73* avec une première somme fixe, puis une promesse de verser durant cinq ans un dollar par jour pour une action visant à créer une adduction d'eau suffisante et de qualité à un hôpital du pays. Peut-être pourrait-on trouver qu'un dollar est une somme misérable? Pas pour un pays où un dollar représente l'investissement annuel par habitant pour la santé publique! Suite aux récentes crues, ce projet a été mis en veilleuse pour une autre action immédiate.

Renflouez notre crousille!

Lors d'une récente réunion des *Finalistes 73*, nous avons décidé de vider la totalité de notre «crousille», c'est-à-dire 50 000 francs, et de la donner à une ONG vaudoise qui s'active sur le terrain depuis le 10 mars déjà. Cette ONG, MedAir, est spécialisée dans des actions à court, à moyen et à long terme dans des pays sinistrés. Notre fonds et d'autres dons ont permis le jour même à MedAir d'obtenir un soutien de la Chaîne du bonheur. Pour mémoire, toute demande d'aide par

une organisation à la Chaîne du bonheur nécessite 20% de fonds propres, et c'est ainsi qu'environ un million et demi de francs ont pu être débloqués.

Quelle est la raison de notre choix en faveur de cette ONG? Nous envisageons tout d'abord une aide médicale ou quelque chose dans ce sens, mais MedAir nous a présenté une autre vision de la situation d'urgence. Tout d'abord, il fallait replanter impérativement au mois d'avril toutes les récoltes du pays détruites par les inondations. Dans ce sens, MedAir a distribué des sets d'outils agricoles pour 28 000 agriculteurs. A ce jour, 50 000 houes ont déjà été attribuées et un autre partenaire fournit les semences de maïs nécessaires. Les actions futures consisteront à aider le retour de réfugiés dans leurs villages et à leur donner déjà un minimum d'ustensiles de ménage pour survivre. Par ailleurs, une distribution de kits antimalaria se déploie dans les régions à haut risque de ce fléau qui a doublé avec les inondations. Après trop d'eau, il faudra pallier le manque d'eau potable, voire le manque d'eau tout court.

Une autre action possible

Le *Fonds des Finalistes 73* est vide. Mais nous n'en resterons pas là. Nous allons continuer à verser nos cotisations annuelles durant une période prolongée. Si nous n'avons plus d'argent, nous aurons certainement des voix et des contacts pour soutenir les pays les plus pauvres afin d'annuler leur dette auprès du FMI et de la Banque mondiale. Toute aide dans ce sens et tout don sont les bienvenus pour aider ce pays dont l'un des dirigeants est un confrère que tout le monde avait apprécié durant sa formation. Merci d'avance de ce que vous avez déjà fait et d'avance pour ce que vous ferez encore!

Pour le Fonds des Finalistes 73
Dr Marc Wabli, Château-d'Œx

Réf. bancaire: *Fonds des Finalistes 73*. Banque Cantonale Bernoise, Saint-Imier, CCC 30-106-9.

f i d u p e r

Fiduciaire personnalisée s.a.

Grand-Rue 92
1820 Montreux
Téléphone 021/963 07 08
Téléfax 021/963 14 07

Les cabinets médicaux
sont notre spécialité

Budget d'installation

Gestion comptable et fiscale

Décomptes salaire du personnel

Assurances sociales

Membre de l'Union Suisse des Fiduciaires



GERALD ROSSET SA
AGENCE IMMOBILIÈRE

**A LOUER POUR NOVEMBRE
A LAUSANNE-PULLY
AV. C.-F. RAMUZ**

locaux commerciaux

Surfaces de 120 à 170 m²,
au dernier étage 270 m².

Places de parc et parking à disposition.

Convient particulièrement bien
pour **cabinets médicaux** ou
autre usage dans le tertiaire.

Pour tous renseignements:

Rue du Midi 18
1003 Lausanne
Tél. 021/313 43 13

B
BIOTOP
2000 SA

*Le Numéro 1
de l'occasion
médicale
en Suisse!*

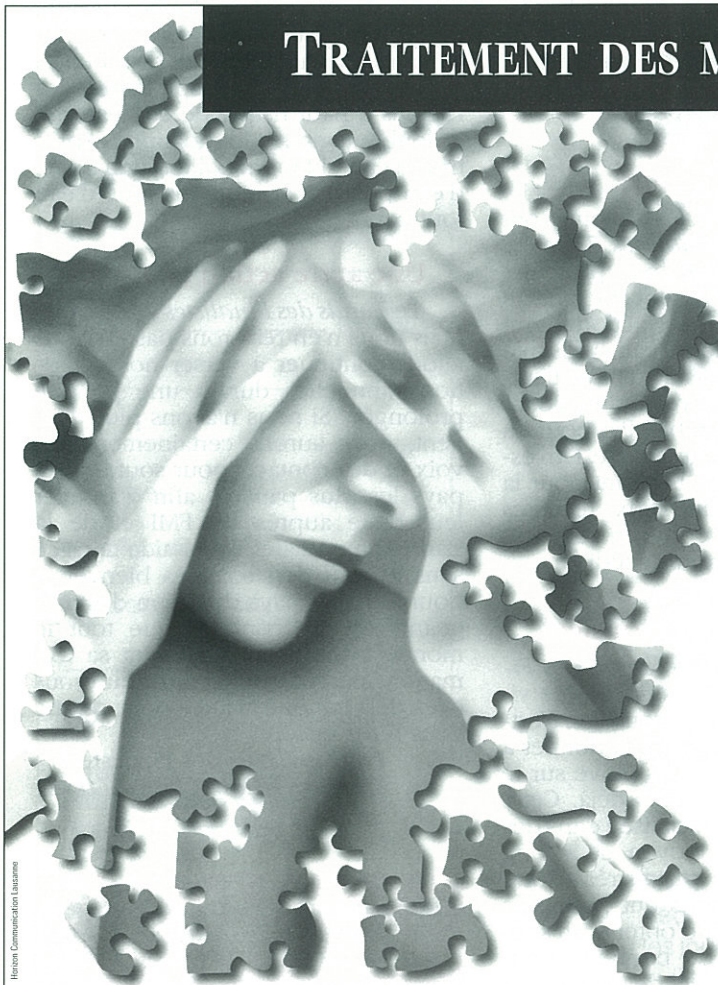
ACHAT, VENTE, ÉCHANGE

- Mobilier médical et hospitalier
- Diagnostic
- Laboratoire
- Echographie
- Lasers
- Bloc opératoire
- Anesthésie
- Endoscopie
- Radiologie
- Instrumentation
- Etc.

**Demandez notre liste d'articles
Soumettez-nous votre offre
Visitez nos 300 m² d'exposition**

BIOTOP 2000 SA
Champs-Courbes 1 • CH-1024 Ecublens
Tél. 021/691 22 12 • Fax 691 44 11
E-mail: biotop@worlcom.ch

TRAITEMENT DES MALADIES PSYCHIATRIQUES



Le département de psychiatrie générale reçoit des patients souffrant de troubles psychiques aigus nécessitant une hospitalisation en milieu spécialisé.

La décision d'hospitalisation est un moment particulièrement difficile pour le patient.

A son arrivée, le patient est reçu par le médecin qui deviendra son médecin traitant pendant la durée du séjour hospitalier.

C'est la responsabilité du médecin de reformuler les attentes du patient et de sa famille en objectifs thérapeutiques possibles à travailler par les équipes de soins et de favoriser, par une attitude d'ouverture et de respect, la création d'une alliance thérapeutique.

Les médecins travaillent à plein temps à la clinique et sont spécialistes FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Les traitements et les soins se donnent dans une optique d'interdisciplinarité, le médecin étant le garant du processus thérapeutique.

Notre objectif est d'améliorer, si possible faire disparaître la symptomatologie psychiatrique présente à l'entrée et de permettre au patient de se réapproprier une autonomie maximale.

Pour plus d'informations, en toute discrétion, n'hésitez pas à contacter notre service de coordination médicale, quelle que soit votre couverture d'assurance.



CLINIQUE LA MÉTAIRIE

Département de psychiatrie générale
Chemin de Bois-Bougy CH-1260 Nyon

Téléphone 022 361 15 81

Internet: <http://www.lametairie.ch>

E-mail: contact@lametairie.ch

A propos d'assurance invalidité

Voici quelques réflexions que me suggère la lecture du *Courrier du Médecin Vaudois* d'avril 2000.

L'explosion du nombre de nouvelles demandes et de rentes servies ainsi que le déficit croissant de l'AI suscitent un malaise et bien des questions de toutes parts, tant sur les causes possibles que sur les remèdes éventuels.

Incontestablement, les exigences du monde du travail se sont modifiées ces dix dernières années, sur fond de crise économique, entraînant insécurité de l'emploi et perte de revenu pour les plus faibles, qui sollicitent assistance auprès des assurances sociales, dont l'AI bien sûr. Le professeur R. Darioli se demande, à juste titre, si notre système d'assurances sociales est encore adapté à cette nouvelle situation.

Emergence d'une «nouvelle» invalidité

Si l'on se réfère à l'article 4 LAI qui précise que «l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident», on ne peut manquer de s'interroger: n'assiste-t-on pas à un dysfonctionnement et à l'émergence de nouveaux invalides?

Il faut citer pour exemple le trouble somatoforme douloureux persistant dans lequel, sans référence à une étiologie précise, le symptôme «douleur» est devenu maladie invalidante! Le Dr Vanotti propose un modèle biopsychosocial pour évaluer ces situations dans leur complexité; cette proposition est louable, à la condition qu'elle ne vienne pas fonder la légitimité du «tout à l'AI». Il faudra toujours repérer les solliciteurs abusifs et distinguer entre les «laissés-pour-compte» exclus du monde du travail et les personnes que le système, en raison de leur vulnérabilité, a rendu réellement malades.

Le certificat d'incapacité de travail doit aller bien au-delà de la banale formalité administrative; il doit confronter les limitations résultant de l'atteinte à la santé dans sa complexité biopsychosociale aux exigences de l'activité professionnelle précisément exercée. L'inventaire des capacités résiduelles constitue un corollaire logique pour définir la capacité de travail dans une activité adaptée.

Faut-il être défaitiste et abandonner le principe de «la réadaptation qui prime la rente»? La réponse doit être clairement non, puisqu'on renoncerait

ainsi à offrir aux plus démunis les outils nécessaires à l'amélioration de leur compétitivité sur le marché du travail.

En conclusion, l'assurance invalidité, mise sur pied dans les années 60, avait pour objectif de venir en aide aux invalides; elle a, aujourd'hui encore, toujours sa raison d'être, dans le champ d'application défini par l'article 4 LAI. Elle souffre peut-être

aujourd'hui de dysfonctionnement, à devoir endosser, sans discernement, les conséquences des bouleversements socio-économiques, dont le remède est à rechercher plutôt dans la prévention de cette issue admise aujourd'hui comme presque inéluctable par une refonte de notre système d'assurances sociales qui couvrirait, dans la légitimité, ces nouveaux risques.

*D^r M. Theytaz
Médecin OAI*

Le problème des lésions traumatiques

Dans le numéro du *CMV* consacré à l'AI, il a surtout été parlé de problèmes liés à des affections médicales ou congénitales. Or, à mon sens, il existe un réel problème pour les malades victimes d'une lésion traumatique.

Dans ces circonstances et habituellement, l'AI ne prend en charge le dossier et les tentatives de rééducation qu'après un très long délai, pouvant aller jusqu'à deux ans.

Or, l'on sait qu'après une année d'arrêt de travail, il devient très difficile d'obtenir que les gens reprennent une activité lucrative.

Nous sommes souvent confrontés à des traumatismes dont on peut envisager d'emblée qu'ils entraîneront un changement d'activité professionnelle, par exemple un menuisier avec amputation de deux doigts de la main

droite, un couvreur avec fracture grave du pilon tibial: les exemples ne manquent pas.

Il me paraîtrait donc indispensable que l'assurance invalidité considère ces cas en semi-urgence, qu'ils puissent lui être annoncés dès la cicatrisation ou la guérison des lésions obtenues, qu'une évaluation soit faite et un plan de recyclage envisagé.

Dans le contexte économique actuel, il serait alors vraisemblablement beaucoup plus facile de retrouver ces gens dans un autre travail après une période d'arrêt peu prolongée.

Une prise de position des organes de l'AI sur ce sujet me paraîtrait intéressante.

*Professeur Pierre Tschantz
Médecin-chef Dpt de chirurgie
Hôpital des Cadolles, 2002 Neuchâtel*

Groupe romand d'études en pédiatrie ambulatoire

4^e Journée romande de pédiatrie pratique

Judi 14 septembre 2000
de 8 h à 18 h

Université de Lausanne-Dorigny, BFSH 1

Renseignements et programme:

GREPA

Dr Michaël Reinhardt

Chemin des Croix-Rouges 14, 1007 Lausanne

Tél. 021/320 10 28

E-mail: reinhardt@bluewin.ch

SURVIVRE AUX MUTATIONS, COMMENT?

- ☺ **GALIEN, solution informatique performante, conviviale et rapide**
- ☺ **GALIEN, aisance et rapidité dans la saisie des informations**
- ☺ **GALIEN, à tous points de vue, le meilleur choix!**

Prenez le temps d'une démonstration? Contactez R. Chapuis

Axciel, ch. des Pignets 1, CP 153, 1028 PRÉVERENGES
Tél. 021/802 58 00 – Fax 021/802 58 01 – <http://www.axciel.com>

Mercedes-Benz Classe A



dès **Fr. 25'750.- net**
y compris 4 airbags, ABS, ESP, etc.
Garantie 3 ans et services gratuits jusqu'à 100'000 km.

Garage de l'Etoile SA

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

Garage Auto-Rives SA

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



Garage de la Riviera SA

La Tour-de-Peilz, route de St-Maurice 233, tél. 021/977 05 05

Garage de la Plaine

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



Clinique de La Source

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

La Source met en location, dès l'automne 2000 ou à convenir, à proximité immédiate de son institution

PLUSIEURS CABINETS MÉDICAUX

comprenant un/deux bureau(x), une/deux salles d'examens, une salle d'attente ainsi qu'un secrétariat et une surface totale entre 87 m² et 160 m² à aménager selon souhaits.

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

Centrale romande d'achat pour le médical et le laboratoire
Installation de cabinets – Service après-vente médico-technique

Laissez-nous vous soigner!

ROMEDIC SA

Route Aloys-Fauquez 60 – Case 22 – 1000 Lausanne 8
Tél. 021/646 40 36 – Fax 021/646 62 68

Communiqués

A propos des prothèses mammaires en silicone-gel

Voici deux informations importantes sur ce sujet:

1. La norme européenne des prothèses mammaires EN 12180 est entrée en force à la date du 16.2.2000. En d'autres termes, les patients/consommateurs ainsi que le monde chirurgical sont maintenant «protégés» par la mise en application de cette norme. Cela veut dire que seules les prothèses ayant cette garantie européenne seront implantées à l'avenir (c'est déjà le cas pour la plupart des vrais spécialistes).
2. Une publication importante du *New England Journal of Medicine* de mars 2000: Meta-Analyses of the Relation between Silicone Breast Implants and the Risk of Connective-Tissue Diseases.

Ce texte est particulièrement important pour disculper les prothèses mammaires quant aux risques des maladies auto-immunes et rhumatismales.

D^r G.-F. Maillard
Privat-docent spéc. FMH chir. plast. et reconstructive
Expert de la Commission «Implants mammaires», OFSP/CEN/ISO

Références

- 1) Norme européenne adoptée, EN 12180:2000, date de la ratification 29.10.1999. Mandaté 16.02.2000 (voir annexe).
- 2) Janowsky Esther C., Kupper Lawrence L., Hulka Barbara S. Meta-Analyses of the Relation between Silicone Breast Implants and the Risk of Connective-Tissue Diseases. *N. Engl. J. Med.* 2000; 342:781-90.

XXXIV^e Congrès de la Société internationale d'otoneurologie

15 et 16 septembre 2000

Organisateurs: D^r Michel Lacour,
professeur Jacques Mangan

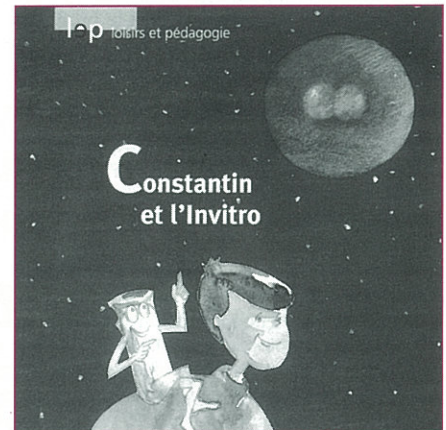
Lieu du congrès: Hôtel Concorde Palm Beach,
2, promenade de la Plage,
F-13008 Marseille, tél. 0033 4 91 16 9 00

Programme

Vendredi, 15 septembre: Plasticité
des fonctions vestibulaires
Samedi, 16 septembre: Rééducation vestibulaire

Secrétariat du symposium

M^{me} Marie-Rose Issa
52, Faculté de Saint-Jérôme – Case 361
13397 Marseille Cedex 20 (France)
Tél. 0033 4 91 28 84 61
Fax 0033 4 91 28 86 16
E-mail: lacour@up.univ.mrs.fr



Un amour de petit livre qui raconte la FIVETE aux enfants:

CONSTANTIN ET L'INVITRO

Auteur: D^r Lia Singh.

Illustrateur: Alain Longet.

Editions: L.E.P., case postale 313,
1052 Le Mont-sur-Lausanne, tél.
021/651 25 70.

Prix: 19 fr. Existe aussi en allemand et en anglais.

Responsable du suivi des enfants conçus par fécondation in vitro à l'Unité de médecine de la reproduction (D^r M. Germond) du Département de gynécologie-obstétrique (professeur De Grandi) du CHUV, j'ai entendu de nombreux parents qui souhaitent expliquer à leurs enfants leur conception particulière.

Nourrie de ces passionnantes discussions, ainsi que d'une certaine tendresse pour ces enfants de la médecine, j'ai écrit l'histoire d'un garçon «comme les autres» qui s'interroge sur ses propres origines.

Il regrette d'être enfant unique, car ses parents, malgré les traitements, sont toujours stériles, mais il découvre l'amitié d'un autre garçon issu, lui, d'une famille nombreuse.

Les illustrations sont l'œuvre d'un jeune grand-père aquarelliste.

Ce livre est disponible dans les Librairies Payot ou directement chez l'éditeur.

Calendrier médical vaudois

Période du 3 juillet au 14 septembre 2000

LUNDI 3 JUILLET 2000

14 h-15 h: Colloque du métabolisme phosphocalcique – D^r L. Sandini: «Quel est le profil des femmes à risques pour une ostéoporose?» – CHUV, Lausanne, salle 10-301.

MERCREDI 5 JUILLET 2000

16 h 30: Séminaire de l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST) – M^{me} F. Aubry Girardin: «La responsabilité de l'employeur en matière d'accidents du travail» – Lausanne, IST, rue du Bugnon 19, salle de colloques.

JEUDI 6 JUILLET 2000

8 h 30-10 h 30: Rencontre du Groupement vaudois des dermatologues et du DHURDV – Renseignements: Secrétariat du professeur R. G. Panizzon, tél. 021/314 03 50.

18 h-19 h: Colloque ORL – D^{rs} S. Agazzi, Ph. Pasche: «Traitement endoscopique des fistules de LCR à la base antérieure du crâne» – CHUV,

Lausanne, auditoire Alexandre-Yersin, NH 08 – Renseignements: D^r F. Lang, tél. 021/314 11 11.

JEUDI 13 JUILLET 2000

18 h-19 h: Colloque ORL – D^r M. Benchaou: «Le cholestéatome: mise au point» – CHUV, Lausanne, auditoire Alexandre-Yersin, NH 08 – Renseignements: D^r F. Lang, tél. 021/314 11 11.

31 JUILLET, 1^{ER} ET 2 AOÛT 2000

L'Association Faire le Pas, Parler d'abus sexuels, propose un séminaire de formation pour professionnels avec la D^{resse} V. Klein (USA) – Crêt-Bérard, Puidoux – Renseignements et inscriptions: Association Faire le Pas, tél. 021/329 19 19.

VENDREDI 1^{ER} ET SAMEDI 2 SEPTEMBRE 2000

23^e Congrès suisse de médecine générale (SSMG) – D^r P. de Vevey, D^r D. Widmer: «L'odyssée de la médecine: un mythe pour demain» – Centre de congrès et d'expositions, Montreux – Renseignements: BBS Congress, tél. 031/331 82 75, e-mail: bbscongress@swissonline.ch.

JEUDI 14 SEPTEMBRE 2000

7^e Journée de droit de la santé – Professeur O. Guillod: «Produits thérapeutiques et recherche» (le matin) et «La protection des données médicales» (l'après-midi) – Université de Neuchâtel, aula des Jeunes-Rives – Renseignements et inscriptions: Institut de droit de santé, tél. 032/718 12 80.

18 h 30: Colloques interrégionaux mensuels de l'Hôpital intercantonal de la Broye – D^r J.-Ch. Stauffer: «Reconnaissance et prise en charge des syndromes coronariens aigus» – Hôpital intercantonal de la Broye, site de Payerne, 1^{er} sous-sol.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 18 septembre 2000 et le 13 octobre 2000: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 21 août 2000.

Clinique chirurgicale et Permanence de Longeraie

S.O.S. MAIN

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

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



Aigle
Rue du Molage 36

Surface commerciale
vitrée, de plain-pied

Surface 573 m²
Fr. 175.– le m²

Pour visiter:



Rue Centrale 5
Case postale 2280
1003 Lausanne
Tél. 021/320 30 41
Fax 021/320 89 80
www.regiebraun.ch



ANALYSES MEDICALES SERVICES SA
Rue du Liseron, 5 CH - 1006 Lausanne-Ouchy
Tél: 41 21/ 617 41 44 Fax : 41 21 / 617 50 72

**Parasitologie
Coprologie**

**Endocrinologie
Oncologie**

**Hématologie
Hémostase**

**Chimie clinique
Immunologie**

**Microbiologie
Sérologie**

**Anatomo-
pathologie**

Cytologie

**Génétique
médicale**

**Test de
filiation**

**LABORATOIRES
AMS & MNS**

Vous soignez, nous analysons...



**LABORATOIRE MNS
Succursale d'AMS**

72, Avenue de la Roseraie CH - 1205 Genève
Tél: 41 22/ 704 0 704 Fax : 41 22 / 704 0 710

Axotide® Nebules: PA:

Fluticasonum [ut Fluticasoni-17-propionas]. I: *Adultes et adolescents à partir de 16 ans*: traitement de base anti-inflammatoire de l'asthme sévère. *Enfants et adolescents de 4 à 16 ans*: traitement des exacerbations aiguës de l'asthme bronchique. **P:** Axotide Nebules sont exclusivement destinés à l'inhalation. *Adultes et adolescents à partir de 16 ans*: 0,5 à 2 mg deux fois par jour. *Enfants et adolescents de 4 à 16 ans*: jusqu'à 1 mg deux fois par jour (le traitement avec la dose journalière maximale de 2 mg ne doit pas dépasser 7 jours). **CI:** Hypersensibilité à l'un des composants d'Axotide Nebules.

PC: La réponse au traitement devrait être surveillée à l'aide de tests d'exploration fonctionnelle respiratoire. En cas de nécessité d'augmenter la dose du β_2 -agoniste, reconsidérer le schéma thérapeutique et envisager une augmentation posologique de la corticothérapie. Chez un faible nombre de patients, l'inhalation de fortes doses (>1 mg/d) peut entraîner une baisse du taux de cortisol plasmatique, tandis que la fonction corticosurrénalienne et la capacité de réserve surrénalienne restent en général dans les limites de la normale. Dans des cas isolés, notamment chez les patients traités par des fortes doses quotidiennes (maximales) sur une longue période, une insuffisance corticosurrénale peut survenir. Une suppression prolongée de l'axe hypothalamo-surrénalien peut éventuellement provoquer des effets secondaires systémiques. On arrêtera resp. réduira avec une grande prudence les doses de corticostéroïde chez les patients dont la fonction corticosurrénalienne est diminuée à la suite d'une corticothérapie au long cours, soit systémique, soit inhalée à doses élevées. Une prudence particulière est de mise avec les patients atteints de tuberculose pulmonaire active ou quiescente, ou de mycose pulmonaire. Catégorie de grossesse C. **EI:** Enrouement, infection à *Candida albicans* localisée à la muqueuse buccale et pharyngée, réactions d'hypersensibilité cutanée, bronchospasme paradoxal. **IA:** Prudence avec les inhibiteurs puissants connus de l'enzyme CYP3A4. Catégorie de vente B. Pour de plus amples informations veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.

Bon pronostic avec nébulisation

Le traitement anti-inflammatoire de base dans l'asthme bronchique; traitement des exacerbations aiguës

Axotide®
nebules®
Propionate de fluticasone



Remboursé par les caisses

Pour enfants et adolescents

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome AG · 3322 Schönbühl
www.glaxowellcome.ch