Courrier du Medecin Vaudois

Le médecin et la science

Assurance qualité laboratoire et radiologie

Centre de Documentation en
Santé Publique (SHC/SSP/ISP)
21, rue du Bugnon
1005 Lausanne - 021/314 73 98

Revue de la
Société Vaudoise de Médecine

3
MAI
1996

La caisse des médecins !

Le prestataire de services dans le domaine de la santé

Administration facturation

Facturation avec PC

Facturation manuelle

Etablissement de la note d'honoraires

Expédition

Contrôle des paiements

Relevé mensuel

Relations directes avec les débiteurs

1er et 2ème rappel

3ème rappel (sur demande)

Contentieux (par InkassoMed)

Renseignements et conseils

Services financiers

Paiement hebdomadaire des honoraires

Compte courant

Factoring (avance sur honoraires)

Aide à la gestion

Comptabilité

Gestion des salaires

Statistiques comparatives

Enquête permanente sur l'évolution des coûts

Environnement PC

Hardware

Logiciel (gratuit)

Maintenance

Formation

Hotline

Mise à jour PC

Options:
Meditext
Medibar
Medibest
Medistat
Comptabilité
Salaires
Hamster

Banques de données sur:

MediRom (CD ROM)

Disquettes

Meditel (Modem)

AWS WERBUNG

Renseignement complémentaires

ÄRZTEKASSE
CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Agence de Genève Tél. 022 / 348 12 13

Editorial

Le médecin et la science

Le Courrier du Médecin vaudois *poursuit sa réflexion sur le rôle et l'identité du médecin en cette période de crise des valeurs: aujourd'hui, ce sont les rapports entre le médecin et la science qui sont interrogés.*
Ceux-ci, exacerbés par les médias, nous renvoient à deux extrêmes inconciliables: d'un côté un scientisme déshumanisant et de l'autre un retour à la pensée magique.

Pour alimenter notre réflexion sur ce thème, vous trouverez dans ce numéro deux articles pleins de sagesse, loin de tout réductionnisme, à partir de deux points de vue différents:

- *le premier, par notre confrère L. Tappy, de l'Institut de physiologie clinique du CHUV, rappelle la dialectique entre science et pratique médicale et situe les enjeux autour de la dynamique entre la recherche et la clinique;*
- *le second, par notre confrère P. Chollet, généraliste à Thierrens, rappelle les conditions de travail du médecin de base, naviguant entre dérives technologiques et dérives obscurantistes.*

Il semble donc qu'entre sciences exactes et sciences humaines, le médecin doit trouver sa place, son lieu d'intégration, qui pourrait bien être sa pratique clinique, en réponse à la souffrance des patients.

Comme les anciens alchimistes, les médecins chercheurs doivent faire surgir de la rencontre des opposés, de la science et de l'art, de l'objectif et du subjectif, une forme de vérité qui seule respectera la complexité du sujet humain.

Dr J. Besson

La SVM sur Internet

La SVM est «branchée» sur Internet grâce à la coopération de *Médecine et Hygiène*.
Dès le 8 mai 1996, *Médecine et Hygiène* lance son serveur dont l'adresse de la page d'accueil est:

http://www.medecinehygiene.ch/

Sur ce serveur, vous trouverez, entre autres, les agendas médicaux des différentes sociétés cantonales romandes, dont le «calendrier du médecin vaudois».
La SVM, quant à elle, a dès à présent sa propre adresse électronique (e mail) que nous vous prions de conserver précieusement et d'utiliser librement:

http://www:SecGen.SVM@com.mcnet.ch

Dans le futur, il n'est pas impossible que la SVM développe ses propres pages WEB pour améliorer ses prestations en votre faveur et celle du public.

Le Secrétaire général SVM, D. Petitmermet.

Prochaines parutions:

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

N° 4/96
19 juin 1996
(délai rédactionnel:
27 mai 1996)

N° 5/96
4 septembre 1996
(délai rédactionnel:
12 août 1996)

Sommaire

1 Editorial

3 Dossier

Le chercheur, le praticien et la médecine

Praticien, la science menace!

6 Assurance de qualité

Le contrôle de qualité interne

Contrôle de stabilité en radiologie

12 Communiqués

Un nouveau dispositif d'urgences psychiatriques pour la région lausannoise

Libre choix du patient et sectorisation psychiatrique

17 Infos LAMal

18 Courrier du lecteur

19 Calendrier médical vaudois

CABINETS MÉDICAUX À LOUER

CABINET ORL
3 pièces

doté des derniers équipements. Parking à disposition.

Location offerte pendant 6 mois.

CABINET MÉDICAL
3 1/2 pièces

2e étage dans villa avec jardin, parking.

Loyer offert pendant 1 année.

Conviendrait particulièrement à un pédiatre

Pour tous renseignements:

CLINIQUE DE MONTCHOISI
tél. 619 39 39

FIAT 3 VOITURES DE L'ANNÉE EN 2 ANS

VOTRE FIAT S'ACHÈTE AUPRÈS DU CENTRE AUTOMOBILISTE JAN

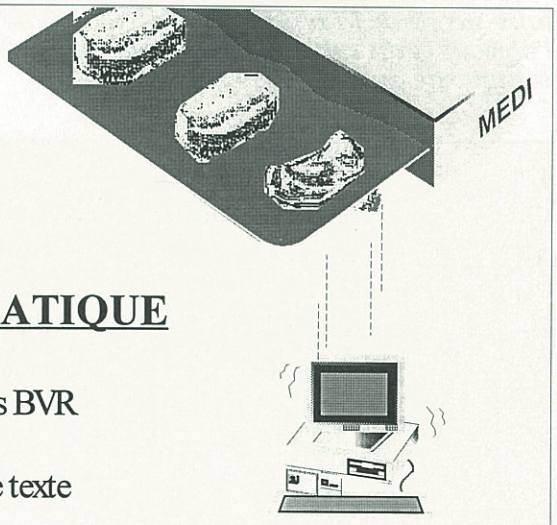
- Offres de reprises sensationnelles
- Crédit Leasing. Paiement cash de votre ancien véhicule
- **Dès 12'950,-** Fiat cinquecento sporting
- **Leasing 185.- francs/mois** (48 mois 10'000 km par an acompte 5% prix catalogue)
  demandez: le leasing intelliJan:

SERENITY® assurance perte d'emploi — **la confiance que donne la compétence**

GARAGE DE MONTETAN SA	GARAGE CILO-AUTO	GARAGE LA CROISÉE
Ch. des Avelines 6	(CILO SA.)	(CILO SA.)
1004 LAUSANNE	Rte Cantonale	Rte Croix-Blanche 1B
	1032 ROMANEL s/LAUSANNE	1066 EPALINGES
021/ 622 05 50	021/ 648 38 83	021/ 784 36 46

MEMBRES DU CENTRE AUTOMOBILISTE JAN

GESPOWER
Fiduciaire et applications informatiques



FIDUCIAIRE

- Comptabilité
- Déclaration fiscale
- Gestion
- Administration

INFORMATIQUE

- Facturation
- Encaissements BVR
- Comptabilité
- Traitement de texte
- Images
- Diagnostics et traitements
- Communication (télé-banking / medline)
- Abonnements internet

Logiciel de gestion de cabinet médical

MEDISOFT III sous Windows 95

20, chemin Saladin 1224 Chêne-Bougeries - Tél.: (022) 348 08 48 - Fax: (022) 348 00 02

Dossier

Le chercheur, le praticien et la médecine

Quelles sont les relations existant entre le médecin et la science? Au premier abord, la réponse à la question semble aisée. La médecine est définie comme l'ensemble des activités techniques et scientifiques ayant pour but la prévention et la guérison des maladies. Le médecin, dans sa pratique clinique, utilise la science médicale, soit un ensemble de connaissances organisé autour du thème de la maladie et de la santé.

La science cependant est mouvante, elle est remodelée jour après jour par la recherche scientifique. De nos jours, ce remodelage est devenu extrêmement rapide en raison d'un investissement important dans la recherche biomédicale (puisse-t-il se maintenir en ces temps de restrictions!) et de l'apparition de nouvelles techniques extrêmement performantes. Au cours de la dernière décennie, les mécanismes moléculaires de plusieurs maladies ont été identifiés. Au fur et à mesure de l'élargissement des connaissances, le diagnostic des affections devient également plus précis. Pour prendre un exemple particulier, on reconnaît actuellement qu'une élévation pathologique de la glycémie peut, dans certains cas, découler d'anomalies moléculaires génétiquement déterminées ou acquises: synthèse d'insuline anormale, présence d'un récepteur à l'insuline structurellement et fonctionnellement déficient, présence d'autoanticorps bloquant la fonction du récepteur, anomalies du système insulaire et hépatique de détection du glucose. Ces anomalies moléculaires caractérisées ne représentent actuellement qu'une fraction mineure des cas de diabète rencontrés en pratique médicale courante. Elle ne va cependant vraisemblablement pas manquer de s'allonger. Il en résulte que nos connaissances accrues imposent un diagnostic différentiel complexe pour une condition (le diabète non insulino-dépendant) auparavant unique.

La conséquence de cette croissance rapide et continue de connaissances est que ni le généraliste, ni même souvent le spécialiste dans son propre domaine, ne peuvent connaître toutes les sous-entités de chaque maladie et les outils techniques nécessaires pour les mettre en évidence. Seuls un dialogue et une collaboration entre praticiens et équipes pratiquant des recherches fondamentales et/ou cliniques permettent d'appliquer sans délai l'ensemble des connaissances acquises à la pratique médicale.

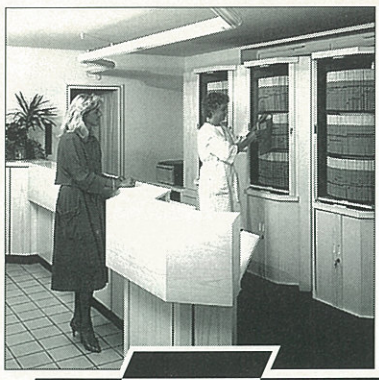
Pour le bon fonctionnement d'une recherche médicale actuellement brillante, mais parfois dysfonctionnelle, un contact plus étroit entre chercheurs et praticiens semble souhaitable

La recherche médicale semble s'accélérer. Au cours des deux dernières décennies elle s'est également modifiée dans sa nature. La recherche médicale traditionnelle, jusque dans les années 1980, était essentiellement hypothético-déductive. Le chercheur construisait une hypothèse sur la base des connaissances à sa disposition, construisait une expérience pour la tester et, sur la base des résultats, répétait ou acceptait ladite hypothèse. L'explosion de la biologie moléculaire a quelque peu modifié le paysage de la recherche. Dans un certain nombre de cas, la recherche s'effectue à partir de l'identification d'une protéine ou d'un peptide pour laquelle/lequel une fonction doit être cherchée. On voit également reportées, dans la littérature médicale, des relations entre un état pathologique et des modifications de gènes dont les conséquences fonctionnelles sont inconnues. Le chercheur est soumis de surcroît à la nécessité de publier vite et beaucoup pour obtenir des fonds de recherche... d'où la parution d'une foule de communications – dans un langage parfois difficile pour le praticien – parmi lesquelles il s'agit de trier les plus importantes et les plus utiles à la pratique médicale. Tâche parfois difficile pour le praticien peu familier avec les méthodes et le langage utilisés!

Le rôle du chercheur est relativement simple à définir: acquérir de nouvelles informations, de nouvelles connaissances. A cela devrait s'ajouter le devoir de trier, filtrer et transmettre les informations scientifiques récentes à ses confrères praticiens. Mais quel est le rôle du praticien dans la recherche et quelles peuvent être ses relations avec les chercheurs? L'information obtenue par le chercheur lors d'une expérience ne devient «science» qu'après avoir été vérifiée, «organisée» et incorporée dans un ensemble de connaissances. Pour réaliser cette organisation, un dialogue (parfois difficile!) entre les chercheurs des niveaux moléculaire et cellulaire, les chercheurs physiologistes et intégratifs, les chercheurs cliniciens et les praticiens est nécessaire. Les informations nouvelles doivent passer d'un bout de la chaîne à l'autre à plusieurs reprises, et y subir les corrections et révisions nécessaires avant d'être intégrées utilement à la réelle pratique médicale. Dans cette optique, pour le chercheur que je suis, le praticien m'est doublement nécessaire: c'est lui qui, au contact de ses patients, identifie les problèmes à résoudre; ce faisant, il définit les recherches à effectuer. A l'autre bout de la chaîne, c'est encore lui qui déterminera si une découverte physiopathologique, un outil diagnostic, un nouveau médicament sont utiles pour les soins à ses patients.

Une considération encore en guise de conclusion: s'il fallait définir schématiquement les médecins chercheurs et les médecins praticiens, je serais tenté de le faire de la manière suivante: les chercheurs ont pour but de développer des médicaments nouveaux, efficaces, pour mieux soigner une maladie donnée. Les médecins praticiens prennent soin de malades qui, eux, prennent, ou souvent ne prennent pas, ces médicaments. Ce dernier travail incorpore une dimension supplémentaire à celle de la science: le procédé pour bien faire, ce qui fait l'art médical!

Dr L. Tappy, CHUV



votre solution

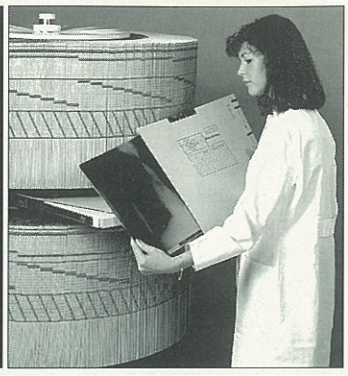
le classement WÄLLER
pour vos dossiers patients et RX

60 % ***d'économie de place***
3'000 dossiers de 3 mm sur 0,71 m²

70 % ***d'économie de temps***

100 % ***de sécurité***
grâce au système d'indexation Wäller

dossiers sur mesure



OC *Organisation & Classements sa*

WÄLLER

Case Postale 60 CH-1820 MONTREUX 2
Tél. 021 - 964 21 24 Fax 021 - 964 46 68

Contrat collectif de la SVM
Contactez notre collaborateur :
Laurent FAVRE
Tél. 021/791 11 41

Cap sur l'avenir...

- *Sécurité*
- *Fiabilité*
- *Stabilité*

La Caisse Vaudoise
ASSURANCE EN CAS DE MALADIE ET D'ACCIDENTS

ASSURANCES-MALADIE INDIVIDUELLES ET COLLECTIVES

Rue Caroline 11 – 1003 Lausanne
☎ 021/348 25 11

MARCEL BLANC+CIE

La chaîne d'hygiène complète pour le cabinet médical. Efficace contre le virus de l'hépatite B* et le HIV (agent du SIDA).**

1052 LE MONT
En Budron C nº 2
☎ 021/652 43 73-74 – Fax 021/652 44 10

Société suisse des médecins homéopathes

COURS D'HOMÉOPATHIE

Pour médecins et étudiants en médecine.
Cours d'introduction: 8, 9 et 23 novembre 1996
Fr. 400.– (étudiants Fr. 200.–)

Renseignements: Ecole Suisse Romande d'Homéopathie Uniciste
Dr R. Ney 1092 Belmont-sur-Lausanne
Tél. 021/728 65 65 Fax 021/729 79 40

Seul cours en Suisse Romande reconnu par
la Société Suisse des Médecins Homéopathes

Praticien, la science menace!

Omnipraticien de campagne par choix sinon par vocation, installé depuis bientôt dix-sept ans après une formation à la médecine de terrain suivie dans la marge des milieux trop universitaires, j'ai acquis, je pense, assez d'ancienneté, à défaut de sagesse, pour oser une modeste analyse critique de l'évolution de la pratique du généraliste et de ses références depuis que j'y suis plongé.

Formé, me semble-t-il (mais est-ce une coïncidence ou une déformation de mon appréciation faussée par la reconnaissance), par les derniers vieux «maîtres» cliniciens, pour qui la réactualisation permanente des connaissances scientifiques n'était apparemment pas une priorité absolue, mais dont l'approche clinique était devenue sans cesse plus incisive, basée sur un savoir rigoureusement trempé au feu de la pratique, j'y ai acquis et conservé un réflexe de méfiance respectueuse vis-à-vis de l'éclat sans taches de toute démonstration scientifique trop péremptoire, qui me semble trop éblouir pour qu'on soit vraiment sûr de bien y voir.

Fasciné et rêveur à la description très scientifique d'acquisitions technologiques nouvelles en cohorte, j'ai vu l'introduction puis la banalisation rapide d'outils au service de la clinique aussi importants que l'ultrason, les CT scan, le fibroscope, les investigations invasives cathétérisées «en veux-tu en voilà»; dépassant largement par le rythme de leur mise à disposition celui de la formation de base et du perfectionnement ultérieur des cliniciens installés, elles se sont faites leur «publicité» sur la base d'études statistiques de plus en plus sophistiquées et de publications il faut bien le dire un peu inflationnelles et tape-à-l'œil, et cela au point de parvenir même à susciter l'intérêt de médias eux aussi inflationnels, jusqu'alors ignorant des arcanes de la médecine, traditionnellement regardée de loin avec un respect craintif.

Et c'est de là qu'est née la discorde dans le couple depuis toujours indéfectible formé par la science et la clinique. Car la première, avec toutes ses acquisitions technologiques, n'a ajouté à la seconde, en dernière analyse, guère plus qu'une accélération remarquable du processus de diagnostic et de guérison, raccourcissant aussi souvent que des souffrances des plages de «déstress» bienvenues dans la vie contemporaine, et une prolongation notoire de l'espérance de vie, en elle-même fort anxiogène au plan philosophique. Acquisitions toutefois revendiquées comme un dû par un patient de mieux en mieux informé sans être formé, qui ne saurait plus ne pas «avoir droit» à des investigations sans en comprendre la finalité, dut-il y perdre peu à peu toute confiance dans «l'homme de l'art».

Préserver notre patient du chant des sirènes de la technologie pour tous et de la tentation de la sorcellerie obscurantiste reste notre engagement quotidien

Interpellé sur la qualité de sa pratique par de plus en plus de docteurs, le médecin parvient, avec de moins en moins d'assurance, à «se prescrire» et se voit contraint de déléguer par ordonnances à un commerce pharmaceutique tentaculaire le soin de tenter de rassurer son malade. Désemparé par cette évolution réductrice, celui-ci doit alors aller chercher ce que son médecin ne peut plus lui offrir dans le catalogue de plus en plus fourni des approches parallèles, qui ne peuvent plus, elles non plus, se réclamer de la clinique traditionnelle sans risquer d'y perdre leur originalité et, partant, leur crédibilité.

Préserver notre patient du chant des sirènes de la technologie pour tous et de la tentation de la sorcellerie obscurantiste reste notre engagement quotidien, exigeant toutefois de plus en plus de temps pour informer, voire même, dans une fonction de médecin de famille, pour former.

Ainsi, en quinze ans de pratique dans ma région, ai-je vu le même service à la population doubler ses besoins en ressources humaines, puisque les cabinets médicaux traditionnels de nos villages ont précisément vu leur médecin se dédoubler et cela sans parler de l'offre sans cesse plus étoffée de soins paramédicaux ou alternatifs.

Certes, la pratique basée sur une bonne approche clinique du médecin de base reste, même dans ce contexte, suffisamment gratifiante, humainement et intellectuellement, pour que nous continuiions encore longtemps à prendre avec enthousiasme le risque au quotidien d'une formation continue forcément décalée d'un article par rapport aux acquis scientifiques. Il n'est malheureusement pas certain que notre patient ne nous échappe pas petit à petit dans son entité, tenté de s'en remettre par morceaux aux miracles de la science médicale, médiatisés comme des produits de consommation par une presse dénuée de toute conscience clinique. A tel point que la pratique du clinicien honnête a dû s'enrichir d'une nouvelle mission paradoxale: dissuader un patient surinformé de recourir sans discernement à une offre thérapeutique surabondante.

Ainsi donc, la science fondamentalement au service de la clinique en vient-elle à la concurrencer, pour ne pas dire la menacer. C'est un fait cliniquement inquiétant mais scientifiquement indéniable.

Probablement que les réalités économiques nous contraindront, dans les temps à venir, à revaloriser l'approche clinique du médecin de base, qui aura su par enthousiasme et conviction, perdurer dans l'adversité. Mais cela renvoie à des soucis de démographie médicale qui ne sont pas le sujet du présent numéro du bulletin...

Dr P. Chollet

Convocation à l'assemblée générale du Groupement des radiologues FMH de la SVM

Lundi 10 juin 1996, à 18 heures, au Restaurant Les Chevreuils, Vers-chez-les-Blanc, tél. 021/784 20 21.

Ordre du jour statutaire et élections au comité.
L'assemblée générale sera suivie d'un repas.
Parking sur place.

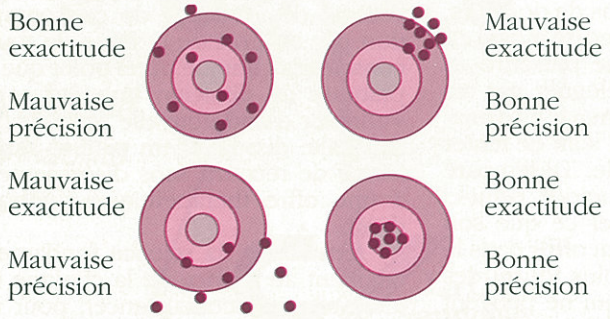
Assurance de qualité

Le contrôle de qualité interne

Comme mentionné dans le premier numéro de cette année du *Courrier du Médecin vaudois*, le groupe de travail «assurance de qualité» vous présente aujourd'hui les bases du contrôle de qualité interne du laboratoire d'analyses médicales.

L'interprétation des résultats du contrôle de qualité externe n'est souvent possible qu'en se basant sur un contrôle de qualité interne bien documenté. Nous allons tenter, en quelques lignes, de vous exposer les bases d'un contrôle de qualité interne utile.

Rappel des notions de précision et d'exactitude



L'**exactitude** exprime la différence d'un résultat par rapport à la valeur «vraie». C'est l'objet du **contrôle de qualité externe** (contrôle suisse de qualité).

La **précision** se mesure par le cœfficient de variation (CV). Elle évalue la reproductibilité de la méthode d'analyse. On calcule cette précision sur la base des résultats du **contrôle de qualité interne**.

Le contrôle de qualité interne CQ interne

Le contrôle de qualité interne consiste à doser régulièrement des échantillons de contrôle dont on connaît les concentrations des différents constituants. Pour que ce travail soit utile, il faut comprendre et appliquer trois notions de statistiques:

1. La moyenne.
2. La déviation standard (SD) ou écart type.
3. Le cœfficient de variation (CV).

La déviation standard SD

$$SD = \sqrt{\frac{\text{Somme (moyenne – valeur)}^2}{\text{Nombre de valeurs} - 1}}$$

Comme exemple de calcul, nous vous présentons ici les résultats d'un mois de contrôle de qualité de l'acide urique, en µmol/l.

Voici donc les vingt-six valeurs mesurées au mois de mars 1995 sur un sérum de contrôle du commerce.

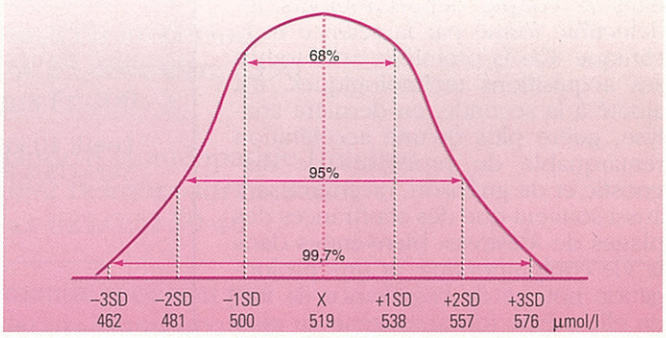
	Date	Valeur mesurée	Moyenne * – valeur	(Moyenne – valeur)²
1	1.03.1995	513	–6	36
2	2.03.1995	525	6	36
3	3.03.1995	506	–13	169
4	4.03.1995	523	4	16
5	6.03.1995	517	–2	4
6	7.03.1995	528	9	81
7	8.03.1995	484	–35	1225
8	9.03.1995	491	–28	784
9	10.03.1995	537	18	324
10	11.03.1995	516	–3	9
11	14.03.1995	508	–11	121
12	15.03.1995	545	26	676
13	16.03.1995	519	0	0
14	17.03.1995	531	12	144
15	18.03.1995	563	44	1936
16	20.03.1995	536	17	289
17	21.03.1995	496	–23	529
18	22.03.1995	521	2	4
19	23.03.1995	502	–17	289
20	24.03.1995	548	29	841
21	27.03.1995	494	–25	625
22	28.03.1995	513	–6	36
23	29.03.1995	505	–14	196
24	30.03.1995	526	7	49
25	31.03.1995	515	–4	16
26	1.04.1995	537	18	324
Moyenne *		**519**		
Somme (Moyenne – valeur)² = 8759				

Selon la formule précédente, on peut maintenant calculer la SD:

$$SD = \sqrt{\frac{8759}{26 - 1}} = 18{,}7$$

Dans cet exemple, nous arrondissons la SD à 19 µmol/l.

Signification de la SD



Dans un système analytique stable (notre exemple d'acide urique), la dispersion des valeurs obtenues correspond à la fameuse courbe de Gauss. Elle reflète l'erreur aléatoire normale de tout système d'analyse. Statistiquement, environ 68% des résultats obtenus se situent entre les limites +/–1 SD (donc entre 500 et 538 µmol/l; 95% des résultats obtenus se situent entre les limites +/–2 SD (donc entre 481 et 557 µmol/l). Il faudra se souvenir que l'on trouve ainsi 5% des résultats en dehors des limites +/–2 SD.

Nous verrons par la suite que l'on fixe les limites acceptables des contrôles comme la moyenne +/–2 SD. Avant de commencer les analyses, on sait donc que l'on doit s'attendre à trouver 5% de résultats corrects en dehors des limites du contrôle utilisé.

Le cœfficient de variation CV

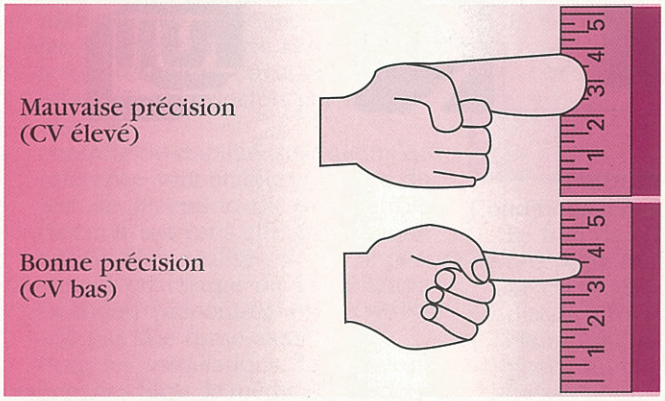
$$CV\ (\%) = \frac{SD}{Moyenne} \bullet 100$$

Dans notre exemple, on trouve

$$CV\ (\%) = \frac{19}{519} \bullet 100 = 3{,}7\%$$

Signification du CV

Le CV exprime la précision de la méthode, c'est-à-dire la reproductibilité des résultats. Nous verrons dans un prochain article comment utiliser cette valeur pour évaluer une différence significative entre deux résultats chez un patient.



Une fois le CV calculé, il faut le comparer à celui annoncé par le fabricant du système d'analyse ou par le fabricant du sérum de contrôle utilisé.

Les valeurs de contrôle annoncées par le fabricant

Le fabricant du contrôle utilise les mêmes calculs décrits ici pour établir les valeurs limites acceptables du contrôle. Il charge quelques laboratoires de mesurer plusieurs fois un sérum de contrôle. Sur la base des valeurs obtenues, le fabricant calcule la moyenne, la SD et fixe les limites acceptables du contrôle comme la moyenne +/–2 SD.

Dans notre exemple de l'acide urique, le fabricant du contrôle annonce une valeur cible à 492 µmol/l (moyenne). La valeur minimale est fixée à 442 µmol/l et la valeur maximale à 542 µmol/l. On peut dès lors calculer la SD qui correspond à:

$$SD = \frac{Moyenne - Valeur\ minimale}{2}$$

$$SD = \frac{492 - 442}{2} = 25$$

On peut maintenant calculer le CV:

$$CV\ (\%) = \frac{SD}{Moyenne} \bullet 100$$

En conséquence:

$$CV\ (\%) = \frac{25}{492} \bullet 100 = 5{,}1\%$$

Il faut remarquer que tous les fabricants de contrôle mentionnent qu'il ne faut utiliser leurs valeurs qu'à titre indicatif. Chaque laboratoire doit établir ses propres valeurs de référence.

Détermination de vos propres limites de contrôle

Vous pouvez établir vos propres limites de contrôle avec votre moyenne +/–2 SD. Dans l'exemple de l'acide urique, vous pouvez maintenant fixer votre moyenne comme valeur cible:

519 µmol/l.

La valeur minimale correspondra à la moyenne –2 SD, c'est-à-dire à:

519 – (2 • 19) = 481 µmol/l.

La valeur maximale correspondra, quant à elle, à la moyenne +2 SD, donc à:

519 + (2 • 19) = 557 µmol/l.

Validation de vos propres limites de contrôle

La moyenne obtenue par votre laboratoire doit se situer dans l'intervalle annoncé par le fabricant. Avec une moyenne à 519 µmol/l, on satisfait à cette première condition. Quant au cœfficient de variation (3,7%), il doit être égal ou inférieur à celui annoncé par le fabricant (5,1%). Cette deuxième condition est donc aussi respectée dans notre exemple.

Comme la moyenne et le CV satisfont à ces deux conditions, on peut maintenant «oublier» les valeurs annoncées par le fabricant et ne travailler qu'avec les limites établies sur la base des résultats mesurés au mois de mars.

Archivage et suivi du CQ interne

Une fois par mois ou toutes les vingt valeurs environ, il faudrait calculer le CV et la moyenne des valeurs obtenues pendant cette période. On peut ainsi suivre l'évolution de ces deux paramètres jusqu'à la date de péremption du sérum de contrôle. Le CV comme la moyenne devraient rester stables tout au long de cette période.

Conclusion

Le contrôle de qualité interne consiste donc, en premier lieu, à décrire le système d'analyse que l'on utilise. Ce n'est qu'une fois que l'on connaît trois paramètres de ce système (moyenne, SD et CV) que l'on peut commencer à déceler des problèmes d'analyse qui pourraient survenir. C'est aussi sur cette base que l'on peut comprendre, lorsqu'on reçoit un résultat de contrôle externe incorrect, s'il s'agit d'une erreur d'exactitude ou de précision.

Nous verrons dans un prochain article de quelle manière on peut détecter des erreurs de la façon la plus efficace possible sans frais démesurés (règles de Westgard). Un autre article traitera de la différence critique significative entre deux résultats chez un patient, basée sur la valeur du CV de la méthode d'analyse. On comprendra ainsi comment le contrôle de qualité interne fait partie intégrante de l'interprétation des résultats d'analyses des patients.

Association vaudoise des laboratoires privés (AVLP), en collaboration avec le Dr C. Racine.

Groupe de travail «assurance de qualité»

HEVAC
PRODUCTS SA

QUALITÉ / SERVICE / PRIX

Fourniture de produits radiographiques :

Konica = **films et écrans**

TETENAL = **produits de développement**

Ainsi que les marques suivantes :

AGFA Agfa 3M Kodak FUJI

Nous fournissons également tout le matériel médical :

LABORATOIRE
PANSEMENTS
MATÉRIEL DE CONSULTATION
ETC.

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

Votre partenaire pour la Suisse :

HEVAC PRODUCTS SA

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

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

Contrôle de stabilité en radiologie

La Société vaudoise de médecine propose un contrôle de stabilité pour les installations de radiographie, ainsi que pour les installations de développement des films, à l'attention des médecins. Cette méthode, simple et peu coûteuse, a été développée avec le concours de l'Institut de radiophysique appliquée.

1. Rappel des exigences légales

Au terme de l'ordonnance sur la radioprotection et des directives d'application de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le contrôle de qualité des installations radiologiques comprend les démarches suivantes:

- test de réception; il est effectué par le fournisseur à l'issue de la mise en service;
- maintenance et contrôle d'état; une maintenance est obligatoire tous les 3 ans et doit être suivie par un test de réception; ces contrôles sont effectués en principe par le fournisseur;
- contrôle de stabilité; ses valeurs de référence sont établies à l'issue du test de réception ou du contrôle d'état; le test est à effectuer chaque année; il est réalisé soit par le personnel en charge de l'installation (solution préconisée par l'OFSP), soit par une firme extérieure.

Pour les installations de développement des films, la méthode est identique, sauf que la fréquence des maintenances est annuelle et celle des contrôles de stabilité hebdomadaire.

Les délais pour la mise en place de ces contrôles sont les suivants:

- pour les installations mises en service après le 1.10.95, immédiatement;
- pour les installations mises en services avant le 1.10.95,
  - jusqu'au 31.12.96 pour les installations mises en service avant 1986;
  - jusqu'au 31.12.97 pour les installations mises en service après 1986.

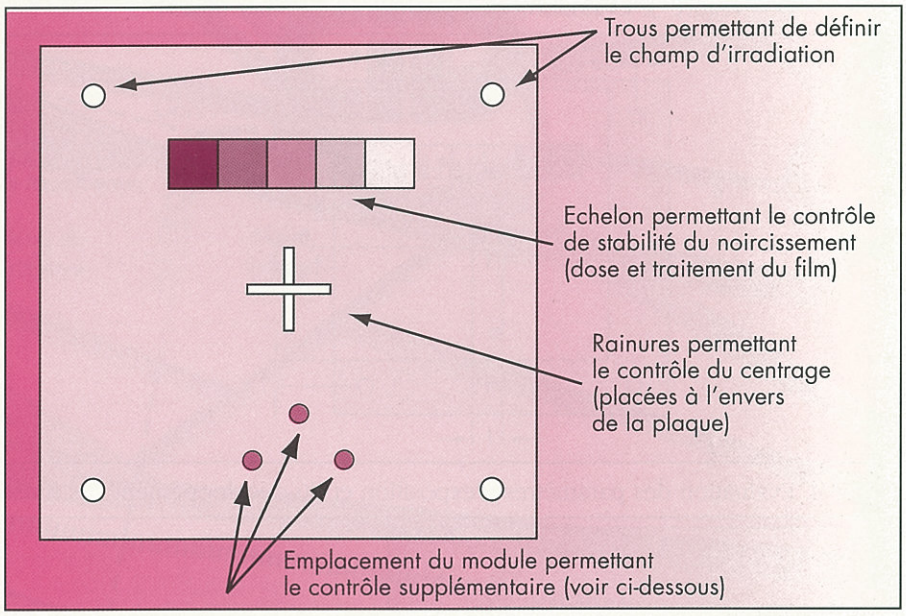
La méthode proposée ici s'applique au contrôle de stabilité simultané de l'installation radiologique et de l'installation de développement des films.

1. Contrôle «SVM» des installations radiologiques et des installations de développement des films

Description de la plaque de test

Le contrôle est basé sur la radiographie d'une plaque de test (plaque SVM) dont le schéma est indiqué ci-dessous.

Figure 1. Plaque de test «SVM»



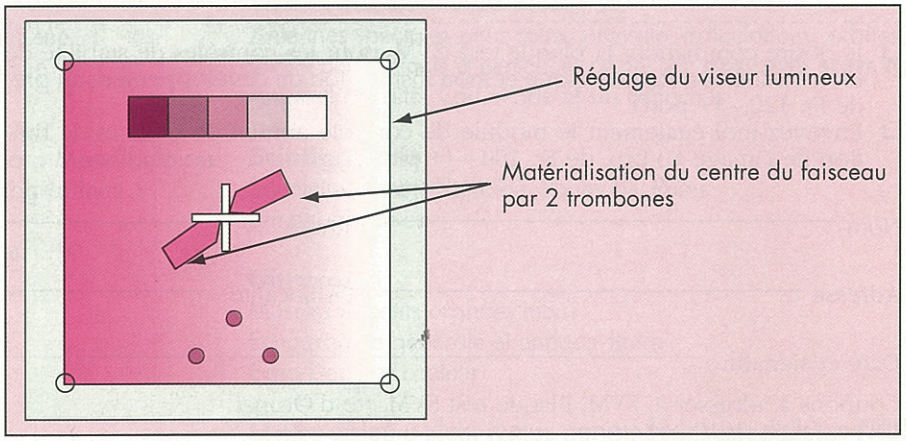
Conditions d'exposition

Le film de référence du contrôle de stabilité est effectué juste après le test de réception ou le contrôle d'état (à l'issue de la maintenance).

Le cliché est pris dans les conditions suivantes:

- distance foyer-plaque: 1 m
- champ du viseur lumineux : ajusté sur les trous extérieurs de la plaque
- positionnement de deux trombones pour marquer le centre du champ (selon figure 2)
- tension: 75 kV
- charge: environ 30 mAs pour une sensibilité du couple écran-film de 200 (la charge est réglée pour obtenir une densité optique de 1,8 sur le fond (on fera appel au fournisseur pour la mesure de la densité optique lors de l'établissement des valeurs de référence).

Figure 2. Conditions d'exposition



Evaluation du film

L'évaluation comprend les points suivants:

- contrôle de la coïncidence entre le champ du viseur lumineux et le champ d'irradiation (pour les lettres voir la figure ci-dessous):
  a + b < 2 cm
  c + d < 2 cm
- contrôle du centrage du champ
  e < 1 cm
  f < 1 cm
- contrôle du noircissement du film
  différence 1 échelon
  (pour effectuer la comparaison avec le film de référence, il est plus pratique de couper les films le long de l'échelle de contraste)

Figure 3. Evaluation des paramètres géométriques

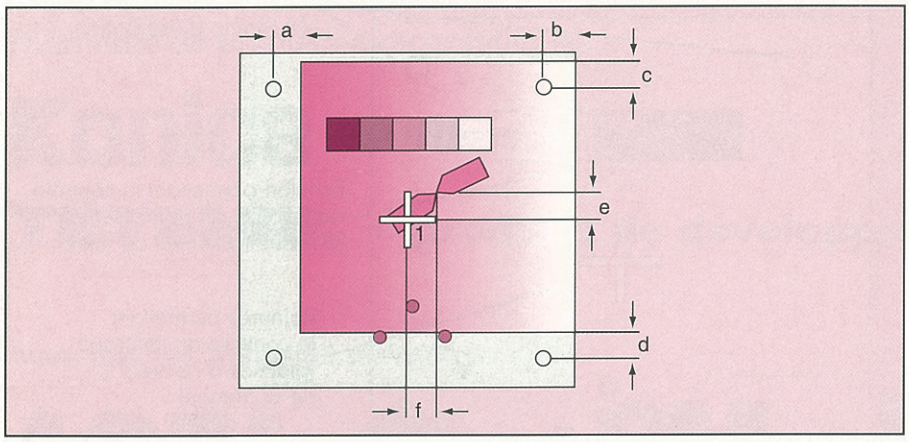
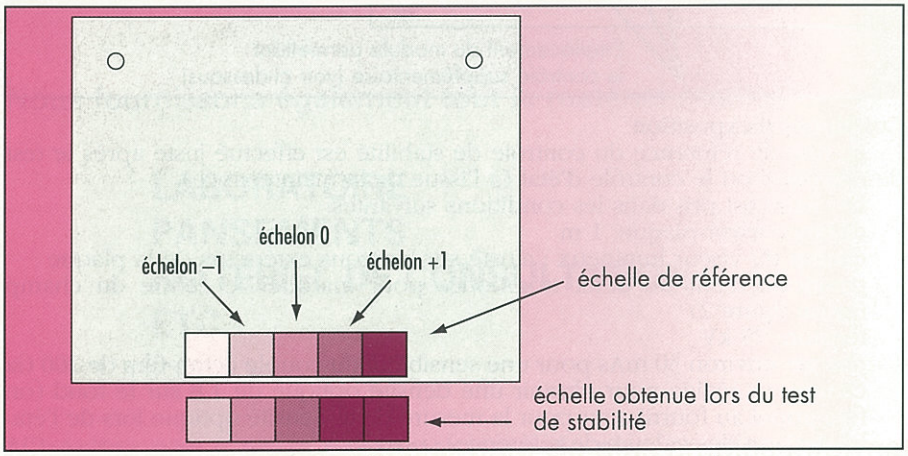


Figure 4. Evaluation des paramètres d'exposition et du développement des films



Le noircissement de l'échelon 0 du film à tester doit se trouver entre le noircissement des échelons –1 et +1 du film de référence. Ici la situation est limite

3. Démarches à entreprendre

Le contrôle doit être effectué chaque semaine. Il permet simultanément le contrôle de l'installation radiologique et de l'installation de développement des films.

Au cas où les valeurs obtenues ne satisfont pas aux conditions, il est proposé de procéder comme suit:

- refaire le contrôle pour s'assurer que les conditions d'exposition étaient correctes;
- en cas de confirmation:
  - prendre contact avec le fournisseur de l'installation radiologique s'il s'agit des points 1 et 2;
  - prendre contact avec le fournisseur de l'installation de développement des films s'il s'agit du point 3.

Les résultats des mesures sont à protocoler et à classer dans le dossier de contrôle de l'installation.

4. Contrôle complémentaire annuel

La SVM propose en outre un contrôle annuel de la dose et de la définition de l'image, démarche qui n'est pas exigée par l'OFSP mais permet un contrôle de la dose délivrée au patient et de la qualité de l'image.

A cet effet, un petit module peut être obtenu auprès de la SVM, placé sur la plaque dans les trous indiqués à la figure 1 et exposé dans les conditions normales du test de stabilité.

Le module et le film obtenu sont ensuite à renvoyer à la SVM pour évaluation.

5. Commande de la plaque SVM

La plaque de test peut être obtenue auprès de la SVM au prix de Fr. 120.– plus le port.

Le contrôle annuel complémentaire est également à solliciter auprès de la SVM (prix Fr. 120.– + le port).

6. Formation des personnes en charge des contrôles

La SVM envisage, au cas où la demande le justifie, d'organiser gratuitement des séances de formation pour les personnes qui seront chargées de ces contrôles.

Dr C. Racine

❑ Je désire commander la plaque test «SVM» pour les contrôles de stabilité de mon installation rtadiologique et mon installation de développement au prix de Fr. 120.– (+ port).

❑ Envoyez-moi également le module de contrôle annuel de dose et de finition de l'image au prix de Fr. 100.– (+ port).

Nom _____ Prénom _____

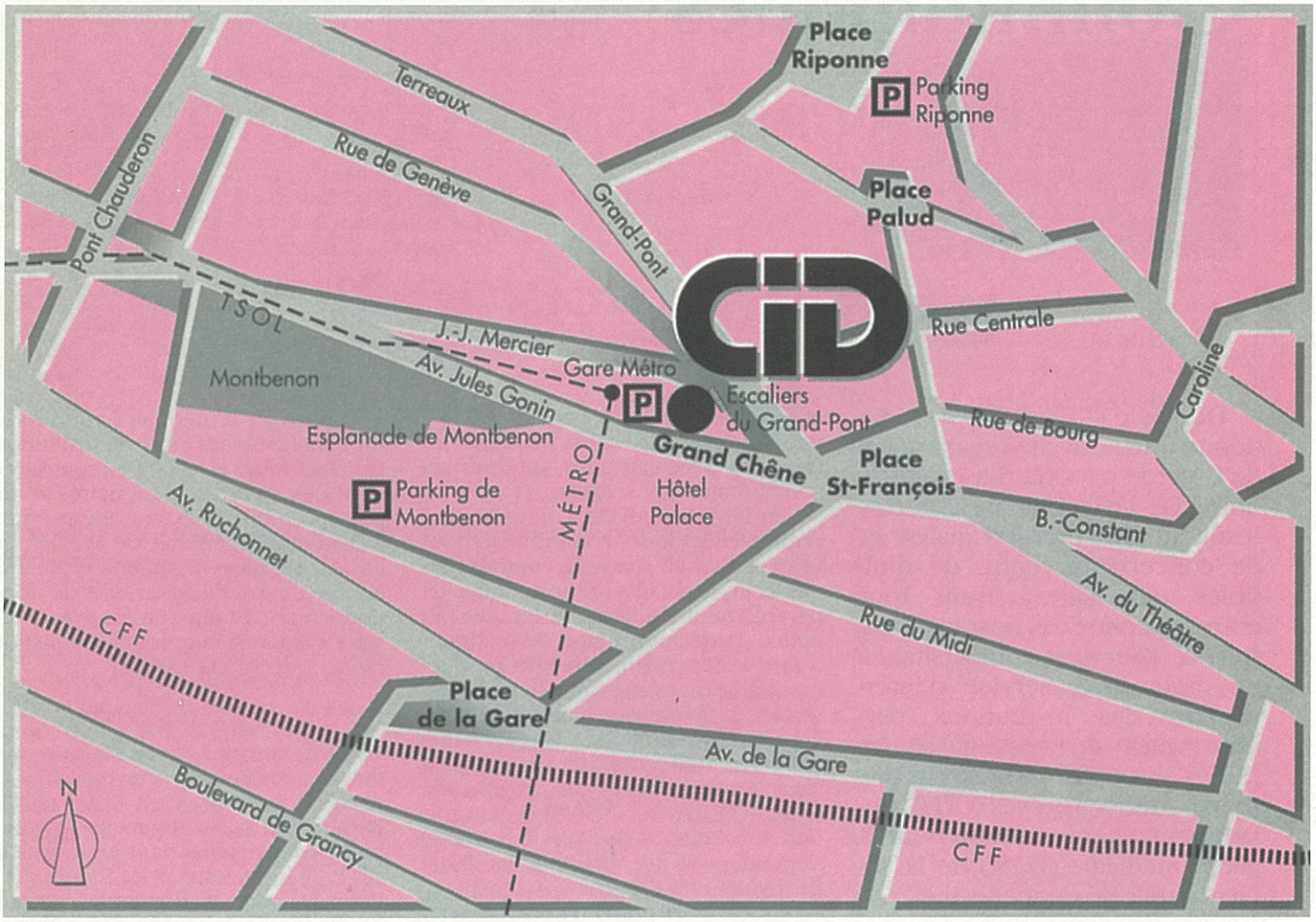
Adresse _____ NPA Localité _____

Date et signature _____

Coupons à adresser à: SVM, Plaque test SVM, rte d'Oron 1, case postale, 1010 Lausanne.

CENTRE D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE

Radiologie Grand-Chêne 8 bis – CH-1003 Lausanne
Téléphone 021/320 22 32 – Téléfax 021/311 03 10



entrée par Grand-Chêne 8 bis, en face de l'Hôtel Palace
entrée par les escaliers du Grand-Pont 7, directement à la sortie du MÉTRO/FLON

Parking St-François: en face de l'Hôtel Palace, Grand-Chêne 10, à deux pas
Parking Montbenon: sortie par l'esplanade de Montbenon, suivre direction St-François par av. Jules-Gonin
Parking d'Ouchy: prendre le MÉTRO jusqu'au FLON. Sortir directement pour entrer par les escaliers du Grand-Pont 7

- Densitométrie osseuse et minéralométrie
- Radiologie générale et orthopédie
- Radiographie digitalisée
- Tous examens spéciaux en technique numérisée
- Gynécologie, Pédiatrie, Neurologie, Urologie
- ORL et Ophtalmologie
- Mammographie, Sénologie
- Panoramique dentaire, Articulations Temporo-Mandibulaires
- Artériographies, Phlébographies et Lymphographies

Scanner ultrarapide (spiral) Siemens
– Tête et corps entier
– Angiographie pulmonaire et rénale
– Programme dentaire pour implantologie
– Reconstruction tridimensionnelle 3D

TARIF selon caisses-maladie

Résonance magnetique IRM
2 appareils SIEMENS:
VISION 1.5 Tesla Haute Résolution.
Antennes spéciales pour seins, prostate, articulations, orbites, etc...
OPEN pour enfants et personnes anxieuses: **appareil sans tunnel**
Angio-IRM: Tête, Cou, Aorte et ses branches

Scintigraphie
Squelette, Cœur, Thyroïde, Poumons, Reins
Lymphographies

Ultrasons
Muscles et petits organes mous
Echographie générale et endocavitaire
Echo Doppler couleur

Centre dirigé à plein temps par médecins spécialistes FMH

Communiqués

Un nouveau dispositif d'urgences psychiatriques pour la région lausannoise

Depuis le 1er février 1996, fonctionne une nouvelle organisation de la garde psychiatrique lausannoise. Les changements apportés résultent d'un travail d'analyse et de concertation entre de multiples partenaires, avant tout entre le Service des hospices cantonaux (Services universitaires de psychiatrie, Service d'intervention des institutions psychiatriques du secteur centre (SIIPSC), Centre d'interventions thérapeutiques brèves (CITB) notamment, et la Fondation pour la garde médicale (FGM) de la Société vaudoise de médecine.

La nouvelle organisation est expérimentale. Elle fait l'objet d'évaluations régulières afin d'en perfectionner le fonctionnement et de favoriser une prise en soin optimale des patients.

Le présent article présente de manière résumée quelques éléments historiques concernant la garde psychiatrique, décrit le nouveau fonctionnement tant au niveau des principes que de la pratique, présente un premier relevé d'activité ainsi qu'un projet d'évaluation pour l'année en cours.

Eléments historiques

C'est depuis les années 1960 que les médecins des institutions ambulatoires de psychiatrie (anciennement CPS, PPU, SMPV) effectuaient la garde psychiatrique en ville sous l'égide de la Société vaudoise de médecine. Cette situation avait été légitimée initalement par le fait qu'il y avait très peu de psychiatres installés en ville et que les psychiatres étaient plus nombreux dans les institutions, rapport qui est aujourd'hui inversé. Dans les trois autres secteurs psychiatriques du canton, c'est la garde médicale qui a toujours effectué les urgences générales à domicile en première ligne, y compris les urgences psychiatriques, référées secondairement au secteur.

En 1985, la nouvelle Loi sur la santé publique vaudoise, conforme au nouveau droit civil suisse, a contraint les médecins assistants des institutions de psychiatrie ambulatoire à être au bénéfice d'une autorisation de pratiquer à titre indépendant réservée uniquement à leur activité dans le cadre du service de garde psychiatrique. Cela a été rendu d'autant plus nécessaire que suite à la réorganisation du Département universitaire de psychiatrie adulte (DUPA) en 1990, les assistants des policliniques des Services A et B dépendent d'une direction médicale hospitalo-ambulatoire.

En 1991, s'est ouvert le Centre d'interventions thérapeutiques brèves à la rue du Tunnel et, en 1995, il a déménagé sur le site du CHUV, dans l'Hôpital Nestlé, en élargissant son horaire d'ouverture 24 heures sur 24, et 7 jours sur 7. C'est à l'occasion de ce déménagement qu'un groupe de travail a réfléchi à un rapprochement entre les dispositifs de crise (CITB) et d'urgence (SIIPSC) pour constituer un centre d'accueil des urgences psychiatriques.

En effet, l'ancien système de garde psychiatrique était l'objet de critiques portant sur différents dysfonctionnements: assistants inexpérimentés seuls au domicile des patients, psychiatrisation excessive de nombreuses situations et incitation à l'hospitalisation en psychiatrie, absence de locaux spécifiques, absence d'évaluation multidisciplinaire.

Par ailleurs, les policliniques devenaient de plus en plus sollicitées par des urgences, les empêchant de remplir leurs fonctions spécifiques, produisant des délais d'attente pour les rendez-vous de plus en plus longs et désagréables pour les patients et les médecins en ville.

Un projet de réorganisation redistribuant les tâches entre les institutions psychiatriques et la SVM a abouti à l'accord des différents partenaires au début décembre 1995. Il a été présenté à l'assemblée générale de la FGM, qui l'a accepté moyennant une évaluation en fin de première année de fonctionnement. La mise en place au 1er février 1996 s'est faite selon le fonctionnement décrit ci-dessous.

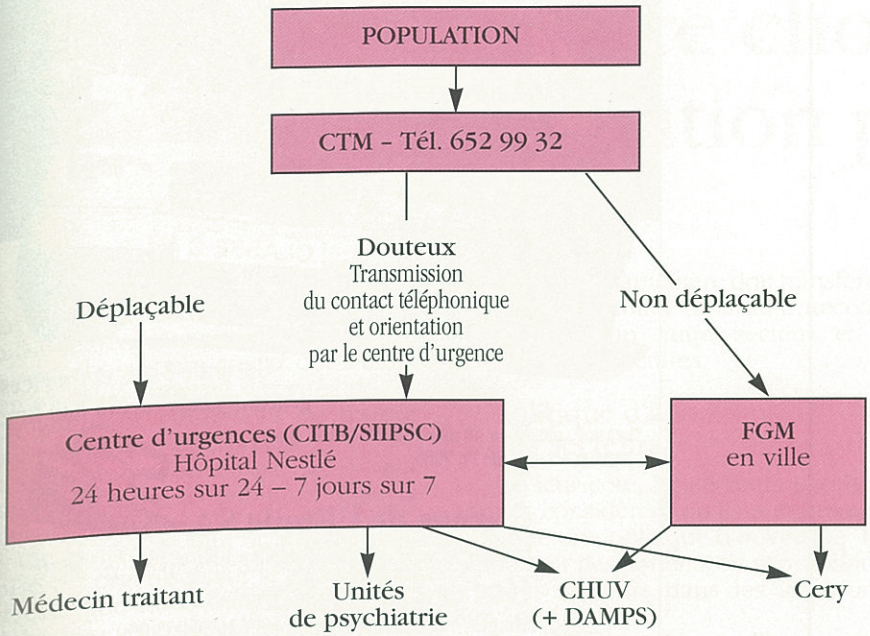
La nouvelle organisation

Les principes directeurs en sont que les institutions universitaires de psychiatrie renforcent l'accueil et l'évaluation des urgences psychiatriques déplaçables dans les locaux du CITB 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7. Pour sa part, la Fondation pour la garde médicale assure les urgences exigeant une visite à domicile pour les cas clairs nécessitant a priori une hospitalisation au CHUV ou à Cery. Les psychiatres privés ont été approchés et préparent un projet de participation au dispositif institutionnel.

Cette nouvelle organisation a pour objectif d'orienter plus efficacement les patients vers l'institution de soins la plus appropriée en deuxième ligne, depuis le simple renvoi au médecin traitant jusqu'à l'hospitalisation au CHUV ou à Cery, en passant par des prises de rendez-vous dans les policliniques du DUPA, ou au Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) et au Service universitaire de psychogériatrie (SUPG). De plus, un couplage avec le CITB permet de commencer un travail de crise sur place si nécessaire (cf. figure).

En pratique:

- La population consultant en urgence s'adresse à la Centrale téléphonique des médecins (CTM, tél. 652 99 32). L'infirmière téléphoniste demande aux patients de se déplacer à Nestlé au centre d'ur-



Fonctionnement de la nouvelle organisation des urgences psychiatriques de la région lausannoise

gence. En cas d'impossibilité, elle transmet l'appel au généraliste de garde de la FGM. Les cas douteux sont transmis au centre d'urgence pour évaluation, négociations et concertation avec le généraliste.

- Des médecins assistants, supervisés par les cadres des unités ambulatoires du secteur centre sont chargés du dispositif d'urgence. Le CITB met à disposition un infirmier en psychiatrie 24 heures sur 24 dans le centre d'urgence, ce qui permet, en particulier pour les interventions de nuit, de garder le patient jusqu'au lendemain pour évaluation avec l'équipe du CITB. La sécurité est assurée par le sécuritas du CHUV, si nécessaire.
- Pour les patients hospitalisés au CHUV (urgences, soins intensifs, etc.), c'est la Division autonome de médecine psychosociale (DAMPS) qui poursuit, comme antérieurement, son travail de consultation – liaison pour les urgences.

Premiers chiffres

Du 1er février au 21 mars 1996, soit 50 jours, il y a eu 168 interventions dans le centre d'accueil (138 de jour, 30 de nuit), donnant une moyenne de 3,36 interventions par 24 heures.

110 cas étaient adressés par la CTM, 58 cas adressés par d'autres instances, dont les anciens cas de piquet des PPU.

Pendant la même période, les médecins de la FGM ont dû intervenir à domicile 48 fois, soit un peu moins d'une fois par 24 heures.

Evaluation

Celle-ci est prévue en trois étapes: à trois, six et douze mois. On évaluera la mise en place du dispositif par approximations successives tant en termes d'efficacité clinique, d'organisation sanitaire qu'en termes économiques.

Un symposium sur les urgences psychiatriques sera organisé pour les médecins de la région lausannoise le 2 mai 1996 à Cery, afin de, par l'échange des expériences, renforcer le savoir-faire des différents intervenants.

Grâce aux remarques de confrères pendant la période de mise en place, plusieurs petits dysfonctionnements ont pu être corrigés rapidement. A ce jour, aucun problème clinique particulier n'a été signalé comme découlant de la nouvelle organisation. Cette première phase de fonctionnement semble confirmer l'hypothèse que de nombreuses situations d'urgence peuvent être mieux triées et orientées dans le cadre du nouveau système. Par ailleurs, la pression sur les PPU au niveau de l'urgence ayant été réduite, les délais d'attente pour les rendez-vous de nouveaux patients ont pu être réduits sensiblement.

Tant le comité de la Fondation pour la garde médicale que la direction des institutions du Service des hospices suivent attentivement la mise en place de la nouvelle organisation et veillent à ce qu'elle contribue à une meilleure prise en soin des patients.

Dr J. Besson, ME

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM
Dr Daniel Laufer, président
Dr Didier Morin, vice-président
Dr Jean-Marc Mermoud, secrétaire
Professeur Jean-Jacques Goy
Professeur Alain Pécoud
Dr Charles Racine
Dr Patrick Rosselet
Dr Pierre Vallon
Dr Dominique Vaucher

Secrétaire général
Daniel Petitmermet, lic. ès lettres

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

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

Administration et rédaction
Case postale 76, 1010 Lausanne 10

Régie des annonces
Suisse romande:
Editions de la Tour Lausanne SA
Case postale 880, 1001 Lausanne
Tél. 021/652 99 41 – Fax 021/652 98 16

Suisse allemande
SUNERGIA Communication
Mathieu Janin
Chriesbaumstrasse 2, CH-8604 Volketswil
Tél. 01/946 02 00, fax 01/945 65 21

Réalisation
Editions de la Tour Lausanne SA

ECOLE MINERVA

FONDÉE EN 1949

ENSEIGNEMENT DES PROFESSIONS DE LA SANTÉ ET DES SCIENCES

Choisissez vos futures collaboratrices formées par VOIE PRIVÉE (scolarité) dans le domaine de l'Assistanat Médical et Administratif

Ouvertures: printemps et automne 1996

Renseignements et documentation

Tél/Fax: 021/312 24 61

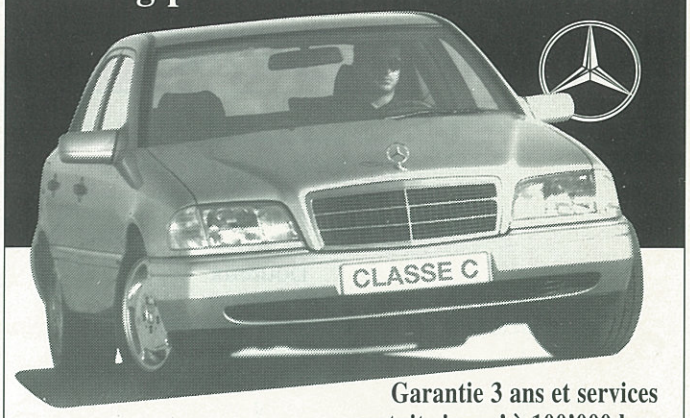
Petit-Chêne 22 – 1003 Lausanne

FEDE
Membre de la Fédération Européenne Des Ecoles

Mercedes-Benz Classe C

dès Fr. 35'900.- net

Leasing professionnel Fr. 495.-/mois*



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

*Leasing calculé sur 48 mois, 20'000 km/an et un premier acompte de Fr. 7000.-

50 ans de fidélité à l'auto 46-96

Garage de l'Etoile SA
Lausanne-Renens, rte de Cossonay 101, tél. 021/633 02 02

Garage Auto-Rives SA
Morges, rue de Lausanne 45, tél. 021/804 53 00

Garage de la Riviera SA
La Tour-de-Peilz, rte de Saint-Maurice 233, tél. 021/944 96 31

Garage de la Plaine
Yverdon-les-Bains, rue de la Plaine 65, tél. 024/21 71 41

Ets R. Leuba & Fils

Bioréac sa

Programme de vente très complet:

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

Distribution des produits de:

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

- Service des commandes

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

- Installation, service après vente, salle de cours

Tél. 021/617 98 43

Bd de Grancy 35, case postale – **1001 Lausanne**

Libre choix du patient et sectorisation psychiatrique

«Chaque patient a le droit, si son état le justifie, d'être accueilli dans un établissement sanitaire d'intérêt public de son choix, pour autant que l'équipement et la capacité d'accueil de cet établissement permettent de fournir les prestations nécessaires.»

C'est en ces termes que la Loi vaudoise sur la santé publique règle la question de l'accès à l'hôpital.

Or la psychiatrie publique vaudoise est organisée sur le mode de la sectorisation et les patients sont généralement orientés vers l'hôpital de leur secteur. Considérant que cette pratique était en contradiction avec la loi, le député Georges Peters déposait une interpellation au Grand Conseil et demandait au Conseil d'Etat de préciser sa position sur cette question. Ce dernier lui a répondu en février de cette année.

Y-a-t-il contradiction?

Dans une certaine mesure: oui, répond le Conseil d'Etat, qui précise comment cette contradiction partielle doit être comprise et interprétée:

1. Le patient a effectivement le libre choix de l'établissement psychiatrique dans lequel il veut se faire soigner et, dans toute la mesure du possible, ce choix doit être respecté,
2. Toutefois, il doit être être informé des difficultés qui peuvent en découler, la principale étant l'organisation des suites de l'hospitalisation. Les patients hospitalisés ont généralement une suite de traitement sous forme ambulatoire, par une policlinique ou en hospitalisation de jour. Souvent la collaboration avec d'autres structures est sollicitée, le centre médico-social par exemple. L'organisation de la continuité des soins est largement facilitée lorsqu'elle a lieu dans le même secteur, et nettement plus difficile à mettre en œuvre lorsque l'équipe hospitalière doit transférer la responsabilité de la suite aux collègues d'un autre secteur et à d'autres structures.

LABORANTINE SPÉCIALISTE EN HÉMATOLOGIE

Possédant un microscope, je fais tous travaux de répartition.
Tél. 021/323 26 66.

Politique d'admission des secteurs

De leur côté, les secteurs psychiatriques considèrent qu'ils ont toujours pratiqué une politique d'ouverture. Ils admettent des patients en provenance d'autres secteurs dans les situations suivantes:

- lorsque le patient travaille ou a des liens avec quelqu'un qui serait appelé à le soigner dans l'hôpital de son secteur;
- lorsque l'hôpital de secteur n'a plus de place;
- lorsque le patient ne souhaite pas retourner dans l'établissement de son secteur, suite à des séjours antérieurs vécus difficilement soit par lui-même, soit par son entourage, ou que, pour d'autres raisons, il manifeste avec force sa préférence pour un autre hôpital.

Pour les admissions volontaires, qui représentent environ la moitié des entrées en hôpital psychiatrique, la demande est examinée en tenant compte de ces critères et des places disponibles.

Pour les admissions d'office, les hospitalisations ont généralement lieu dans le secteur de domicile, ceci par souci de collaborer avec le réseau et les instances habilitées à ordonner le placement. Cependant, là-aussi, la décision est prise en tenant compte de la situation particulière de chaque patient.

Les admissions hors secteur se heurtent aussi au problème de la capacité d'accueil des hôpitaux: les secteurs ont fortement réduit leur nombre de lits ces dernières années, pour développer les structures alternatives à l'hospitalisation. Les principaux développements ont eu lieu dans les directions suivantes: création de consultations spécialisées en alcoologie, toxicomanie, psycho-pharmacologie, notamment; création du service de médecine et psychiatrie pénitentiaire pour les établissements de détention du canton; développement de la psychiatrie de liaison dans les hôpitaux de soins généraux et les EMS; création de centres d'interventions thérapeutiques brèves, qui permettent plus directement d'éviter des hospitalisations (secteurs Est et Centre). De manière générale, les secteurs ont pris de nombreuses initiatives pour insérer leur action au plus près des besoins de la population qu'ils ont en charge et des structures régionales avec lesquelles ils ont développé la concertation et la coopération.

L'hospitalisation se trouve donc réservée aux situations les plus aiguës et les plus complexes, et représente généralement un maillon dans une chaîne de soins organisée en fonction de chaque cas.

Les engagements du conseil d'Etat

Toutefois, afin de garantir le respect des droits des patients, le Conseil d'Etat a pris les engagements suivants:

- améliorer l'information des professionnels d'une part, de la population d'autre part, sur les droits des patients en matière de choix de l'établissement hospitalier;
- développer l'information du public sur le fonctionnement du réseau psychiatrique et sur l'offre en soins;
- renforcer l'information des médecins praticiens quant aux possibilités de traitements et de prise en charge permettant d'éviter l'hospitalisation chaque fois que cela est possible;
- poursuivre le développement de stratégies thérapeutiques permettant d'éviter l'hospitalisation;
- organiser la gestion des lits disponibles dans les hôpitaux psychiatriques de manière à ce que chaque hôpital soit en tout temps informé des disponibilités des autres hôpitaux.

Ainsi, les médecins praticiens jouent-ils un rôle-clé dans la délicate gestion de l'hospitalisation psychiatrique, puisqu'ils doivent respecter la volonté du patient qui veut aller dans un autre hôpital que celui de sa région - pour autant que cela soit possible - tout en l'informant des inconvénients que cela représente, notamment pour l'organisation du suivi post-hospitalier.

Anne Decollogny
Hospices cantonaux

Epila-Roth

Institut spécialisé en épilation définitive

MEMBRE A.S.E.

Epilation électrique définitive, sans dégradation de la peau.

Epilation à la cire froide et chaude.

Soins visage et corps.

Soins de couperose.

Sérieuses références de personnalités médicales suisses et étrangères.

1003 LAUSANNE
Sur rendez-vous – 32, av. de la Gare
Tél. 021/323 80 18

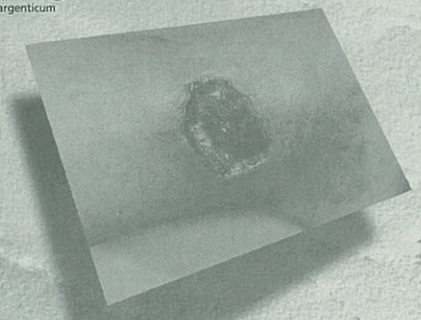
IBSA Spécialiste de l'acide hyaluronique

Acide Hyaluronique

activateur physiologique des mécanismes de réparation des tissus

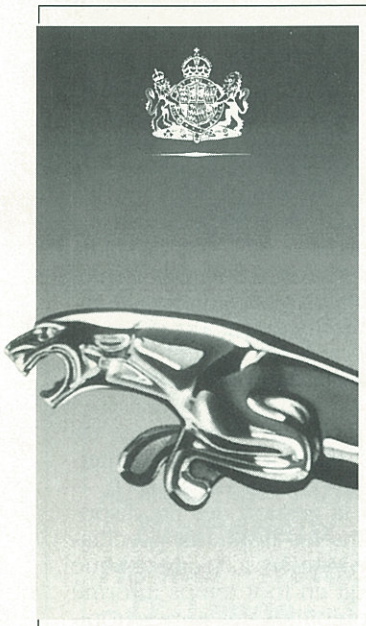
Ialugen® Ac. hyaluronicum Cicatrisant

Ialugen® Plus Ac-hyaluronicum Sulfadiazinum argenticum Cicatrisant et désinfectant



IBSA Institut Biochimique SA
Via al Ponte 13 6903 Lugano • Tel 091 966 52 21
Pour de plus amples informations, consulter le Compendium

Lf96



Avec le Jaguar Free Service, tout acquéreur d'une Jaguar ou d'une Daimler neuve bénéficie depuis le 1er juin 1995 d'une prestation unique en son genre: la gratuité de l'entretien pendant 3 ans ou 100 000 km, en plus de la garantie habituelle de 3 ans ou 100 000 km! C'est dire qu'il ne prend plus à sa charge que l'essence, les pneus, les taxes et l'assurance. Jamais la conduite n'aura été aussi avantageuse, d'autant que le standing, on le sait, n'a pas de prix! A partir de Fr. 68 800.– déjà (TVA comprise).

L'agence **JAGUAR** du client exigeant

GARAGE RACING ROMANEL s/Lsne
H. Buchmann 021/731 31 81
Zone industrielle Ouest
au bout du chemin vers CMD meubles Discount

Le spécialiste des professions médicales

Consultant du secteur médical, hospitalier et paramédical, **ADIA MÉDICAL** est

la réponse à vos recherches de personnel

pour votre cabinet (postes fixes et temporaires).

Rapidité, compétence, liberté de choix dans les solutions proposées.

Nous vous libérons des contraintes inhérentes à l'embauche du personnel.

N'hésitez pas à nous contacter au numéro de téléphone 021/311 13 13. Nos conseillers vous renseigneront volontiers.

ADIA MÉDICAL, av. Ruchonnet 30, 1003 Lausanne.

Ouvert sans interruption de 8 à 18 heures, service de garde le week-end (Bip).

ADIA MEDICAL

Infos LAMal

Communication du diagnostic

Mesdames, Messieurs, chers Confrères,

Suite aux problèmes rencontrés par de nombreux membres face, en particulier, à la Caisse maladie CFF, le Comité de la SVM rappelle qu'il a publié, sous la plume du secrétaire général, une information complète sur la question de la communication du diagnostic, dans le cadre du *Courrier du Médecin vaudois* nº 2/1996 («Infos LAMal»).

De plus, il a formellement interpellé la Fédération vaudoise des caisses maladie (FVCM) lors de la dernière séance de la commission paritaire, début avril.

Après une discussion approfondie, les représentants de la FVCM et de la SVM se sont accordés sur les points suivants:

- la communication systématique de diagnostics génériques pourrait être mise en œuvre, *mais ne présente aucune utilité*;
- une solution adéquate pour les parties doit être élaborée au niveau suisse et non pas uniquement vaudois;
- la commission paritaire saisira, par conséquent, le Concordat des caisses maladie et la FMH afin d'accélérer les discussions pour définir précisément les conditions de transmission du diagnostic;
- dans l'attente d'un accord entre les organes faîtiers au plan national, la FVCM et la SVM confirment le *maintien de la pratique actuelle fixée par la Convention ambulatoire FVCM-SVM*. Pour mémoire, l'article 3, point 3, de la convention précise que «le diagnostic sera délivré au médecin-conseil de la caisse sur sa demande ponctuelle et gratuitement».

A noter que la FVCM recommandera à ses membres d'appliquer strictement cette décision de la commission paritaire.

Le comité de la SVM

A NOTER, A LIRE ABSOLUMENT:
«LAMal: réponse aux questions les plus fréquentes», H.-P. Kuhn, dans *Bulletin des Médecins suisses*, pp. 737-740 du 1er mai 1996, nº 18

Solidarité en question

Une nouvelle tendance absolument contraire à l'esprit de solidarité se fait sentir chez certains assureurs maladie.

La Caisse maladie Assura, par exemple, exclut depuis le début de cette année, dans son assurance complémentaire, toute chirurgie reconstructive. Pour qu'il n'y ait pas de malentendus: il ne s'agit pas de la chirurgie esthétique qui ne fait de toute façon pas partie des prestations obligatoires, mais d'interventions qui font partie des prestations obligatoires dans l'assurance de base.

Parmi ces prestations exclues, Assura compte par exemple:

- la couverture par un lambeau musculaire d'un gros défect des parties molles dans le cas d'une fracture ouverte (même si un traumatologue effectue l'opération);
- une plastie locale pour la couverture d'un défect cutané de la pointe du nez après l'excision d'une tumeur (même si un ORL effectue l'opération);
- la reconstruction du tractus digestif par un lambeau microchirurgical après la résection de l'œsophage (même si un chirurgien viscéral effectue l'opération).

Il est tout à fait correct que l'assurance complémentaire présente un contrat de droit privé entre deux partenaires ayant la liberté d'accepter ou de refuser les conditions.

Tout de même, cette pratique doit nous faire réfléchir!

Elle est peu transparente pour l'assuré lors de la signature du contrat, comme d'innombrables exemples nous le prouvent tous les jours. Ces patients sont tout à fait étonnés quand nous leur expliquons qu'une certaine opération ne pourra pas s'effectuer dans la classe d'assurance souscrite.

Ce fait conduit à ce que les patients doivent renoncer, dans ces cas, aux prestations de leur assurance complémentaire s'ils ne veulent pas avoir à payer eux-mêmes la différence pour une couverture en classe privée. Cela met en évidence qu'ils deviennent des clients idéaux pour leur caisse (prime «privée», prestations «salle commune»).

Elle affecte de façon tout à fait arbitraire une seule spécialité, aujourd'hui la chirurgie reconstructive, demain peut-être l'orthopédie ou l'urologie ou un autre domaine. C'est donc tout le corps médical qui est concerné par cette attitude.

Dr C. Oppikofer,
président du Groupement des chirurgiens plasticiens du canton de Vaud

Journée de la Société suisse de médecine et soins palliatifs (SSMSP)

Les oubliés de la douleur, Schmerzen bei Kindern, Behinderten und Betagten

le 27 septembre 1996, à Lausanne

Pour les inscriptions, s'adresser au Centre de soins continus, Mme Nicole Marce, 11, chemin de la Savonnière, 1245 Collonge-Bellerive, tél. 022/305 71 11, fax 022/305 71 15.

Courrier du lecteur

Réforme des études de médecine

Bon courage, professeur Wauters!

Les articles sur la réforme des études médicales publiés dans le numéro de février du Courrier (1/96) m'ont incité à écrire ces quelques réflexions. La raison de mon intérêt c'est que je me trouvais, il y a quelques années, dans le siège de vice-doyen responsable de l'enseignement d'une école de médecine avec, comme mission, la réforme des études médicales traditionnelles et la mise sur pied d'un curriculum basé sur les principes pédagogiques tels qu'ils sont décrits dans les articles sus-mentionnés. Notre groupe avait reçu une formation particulière par le département de «Medical Education» de l'Université de Chicago. Nous étions aidés par ce département et supportés par le programme de «Health Manpower Development» de l'OMS. L'effort collectif a duré dix ans, au cours desquels les résultats suivants avaient été graduellement obtenus:

- les objectifs de l'enseignement médical dans leurs grandes lignes avaient été clarifiés;
- les cours *ex cathedra* avaient été diminués de moitié et l'enseignement par séminaires et APP encouragé;
- des cours intégrés dans certains domaines avaient été introduits;
- Le système des examens des étudiants avait été profondément modifié.

Il va sans dire que l'accouchement n'a pas été simple! En lisant ces articles, je retrouve ces mêmes sentiments de réticence chez le corps enseignant et ces mêmes sentiments d'inquiétude chez les étudiants.

L'expérience lausannoise qui s'est lancée dans une modification profonde du programme de la deuxième année est admirable.

Les principes de la réforme

Les critiques adressées à l'égard des études médicales traditionnelles telles qu'elles sont exprimées, notamment par le professeur Wauters, sont réelles: préparation insuffisante à la profession, manque de coordination entre différentes disciplines, surcharge horaire et acquisition du «savoir» au détriment du «savoir-faire». Dans le curriculum classique de l'enseignement médical, les objectifs n'ont jamais été bien établis. Il n'existe pas de document écrit définissant le niveau de *connaissance cognitive* nécessaire, le degré d'*habileté et de savoir-faire* et l'*attitude générale* que nous attendons de nos futurs médecins. Il a été simplement assumé que le plus de connaissances scientifiques qu'on peut mettre dans un curriculum de six à sept ans, données par différentes disciplines souvent sans harmonie, devraient être suffisantes pour former des médecins.

Traditionnellement, le curriculum des études de médecine comprend deux phases. La première (premier et deuxième propé.) consiste à 1-3 ans des *sciences de base* où l'étudiant doit mémoriser des données scientifiques dans le but d'en faire usage ultérieurement, souvent ne sachant pas comment ni quand ces connaissances vont lui être utiles. Au cours des années et avec le progrès des sciences, le domaine de ces *sciences de base* s'est élargi de manière considérable. Tous les «savoirs» et recherches en biologie, biochimie et physiologie, etc., ont été inclus dans le programme de l'enseignement de médecine. Ensuite vient la phase clinique où les différentes pathologies sont traitées dans différentes disciplines avec peu ou pas de coordination.

Dans ce système traditionnel, la faculté intellectuelle mise en œuvre chez l'étudiant est principalement sa *mémoire*.

Voyons maintenant ce qu'un médecin fait, au point de vue de fonction intellectuelle, dans sa pratique quotidienne: il est d'abord en face d'un individu, un malade et pas une maladie. Son travail intellectuel principal est *analyse et synthèse*. Il interprète les signes, collecte et analyse les données en les pondérant les uns par rapport aux autres. Il tient compte des facteurs familiaux, psychiques, environnementaux, etc. Enfin, en mettant de côté les possibilités les moins plausibles, il pratique parfois quelques investigations pertinentes pour arriver à une ou deux modalités de diagnostic. Dans cet exercice intellectuel, il utilise certes sa mémoire, mais il met en œuvre aussi et surtout d'autres facultés supérieures telles que *analyse et synthèse*. Il en est de même pour élaborer un plan de traitement.

Un curriculum ou programme d'enseignement, qui prétend préparer les étudiants à leur profession future, doit certainement cultiver des facultés d'analyse et de synthèse beaucoup plus que la mémoire. Après tout, le taux sanguin du calcium et du phosphore est toujours à disposition dans n'importe quel livre.

Un programme d'enseignement idéal, totalement intégré et en accord avec les principes fondamentaux de pédagogie moderne, consisterait à: *partir d'une plainte ou problème clinique, discuter la ou les pathologies correspondantes et, dans le cadre de cette pathologie, arriver à des connaissances et explications des sciences de base nécessaires à la compréhension de la situation*. Ce serait à l'inverse du système traditionnel. Il n'est bien entendu pas possible d'installer une telle réforme profonde dans l'enseignement médical d'une façon aigüe; mais la tendance et le but principal d'une réforme fondamentale doit avoir toujours ce principe à l'esprit. A partir de là, c'est l'ingéniosité et l'intérêt des enseignants qui doivent jouer pour mettre au point des «unités» d'enseignement intégrées, et de faciliter et canaliser la discussion et l'analyse des situations au sein des groupes d'étudiants.

Que faire? Où commencer?

Il n'y a que quelques écoles de médecine de par le monde qui se sont lancées dans un programme totalement intégré. L'expérience lausannoise, qui a opté pour un système mixte, est intéressante. L'effort pour introduire la réforme, même au niveau d'une année d'études, est considérable.

Il y a d'abord la réticence au changement et à la diminution de volume de matière que chaque enseignant croit devoir «donner» aux étudiants. Le changement de l'attitude du corps enseignant est un point *crucial* dans le succès de la réforme. Si les professeurs ne sont pas convaincus, et ceci pas seulement au niveau intellectuel mais aussi au niveau sentiment, du bienfondé de la réforme, il sera difficile d'avancer. Il est inutile de leur diminuer le nombre et les heures de cours si, en échange, il vont «aller plus vite» pour «couvrir» le programme. Or, il est clair qu'un programme «donné» ou «couvert» par le professeur n'est pas né-

cessairement «appris» ou «digéré» par les étudiants. Le but final, à la fin du semestre ou de l'année, n'est pas que le professeur ait fini ses cours, mais que l'étudiant ait appris. «Teaching» n'est pas l'objectif, mais «learning».

Il y a aussi les étudiants dont le sentiment peut être mitigé à l'égard de la réforme. Ils sont heureusement représentés dans les instances décisionnelles à Lausanne. Une fois leur crainte et inquiétude initiale passées, les étudiants apprécient et même préfèrent ce système d'enseignement qui stimule l'intérêt, encourage la réflexion et le travail individuel, et incite la pratique de recherche des réponses à sa guise. Condition primaire, c'est qu'ils aient le temps; d'où la nécessité de revoir le volume total des matières à la baisse.

Les examens

Pierre angulaire de la réforme, les examens constituent le *facteur crucial* dans son succès ou son échec. Si l'enseignement moderne encourage la réflexion, le travail individuel et la recherche des réponses de la part des étudiants, le système d'évaluation doit être adapté à mesurer aussi ces qualités et pas seulement les connaissances mémorisées. Il est inutile d'organiser des cours intégrés et des séances d'APP, si l'étudiant sait qu'il sera évalué par les examens habituels mesurant seulement sa capacité de retenir en mémoire les données, les chiffres et les formules. C'est le type de l'examen qui changera l'attitude de l'étudiant et sa façon d'étudier.

Au cours des différentes années des études de médecine, on peut entrevoir plusieurs rôles pour les examens:

- examen comme instrument de sélection des étudiants;
- examen comme moyen de promotion et de qualification;
- examen comme outil d'enseignement et de «feed-back» aux étudiants, un rôle moins connu et peu utilisé malheureusement.

Mais d'une façon générale les examens qui sont des «instruments de mesure» doivent être à la fois *fiables* et *valides*. La *fiabilité* est la capacité de reproductibilité et la faculté de séparer les «faibles» des «forts». La *validité* est la capacité de mesurer l'objectif pour lequel l'examen est désigné.

Dans cette optique, si nous analysons les examens de la première et deuxième années de médecine, qui sont principalement des examens de sélection, nous constatons qu'ils sont bien fiables et précis. Si administrés au même groupe d'étudiants à plusieurs reprises, ils grouperont les étudiants plus ou moins de la même manière, les forts restant forts et les faibles, faibles. Mais sont-ils aussi valides? Utilisés dans le but de sélection, remplissent-ils l'objectif qui est de mesurer l'aptitude des étudiants à devenir médecins? Ceci semble moins sûr. Pour choisir les futurs médecins, doit-on seulement se fier à la capacité de retenir en mémoire des données scientifiques pures et dures, ou faut-il aussi prendre en considération d'autres facteurs tels que les facteurs humanitaires, sociaux, économiques, artistiques, etc.? Ces autres facteurs, certes plus difficiles à mesurer et à quantifier, ne doivent pourtant pas être oubliés pour autant. La fiabilité de l'examen ne doit pas être au détriment de sa validité.

On pourrait étendre le même genre d'analyse aux autres examens et vérifier leur validité et leur fiabilité. Il faut garder à l'esprit que les étudiants adapteront leur façon d'étudier au type de l'examen. Pour introduire une réforme qui encourage la réflexion, le pouvoir d'analyse et de synthèse de la part des étudiants, il faut aussi que les examens évaluent ces dites modalités.

Commençons donc par modifier les examens...

Dr Hassan E. Sajadi

Calendrier médical vaudois

Période du 20 mai au 21 juin 1996

LUNDI 20 MAI

12 h: **Colloque du Département de médecine interne** - Auditoire Tissot, CHUV – Professeur Alain Baron, Indiana University: «Vascular actions of insulin: implications for the syndrome of insuline resistance.»
17 h 15: **Colloque du Service de chirurgie** - Salle de colloques du niveau 15-sud, CHUV – Dr Chioléro, PD & MER: «Dépense énergétique chez le patient chirurgical.»

MARDI 21 MAI

8 h 15-9 h 45: **Colloque du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** - Auditoire Pierre Decker, Bugnon 19, Lausanne – Professeur Michel Dugas, Hôpital Robert-Debré, Paris: «Tics, obsessions et compulsions; à propos des relations entre le syndrome de Gilles de la Tourette et le trouble obsessionnel compulsif.»
11 h-12 h: **Colloque du Service universitaire de psychogériatrie** - Auditoire J.-L. Villa, Prilly – Dr M. Gaillard ME, M.-J. Ruffini, psychologue: «A propos d'une recherche sur le patient âgé et sa famille.»

MERCREDI 22 MAI

12 h 45: **Colloque du Service de médecine de l'Hôpital de zone de Montreux** - Salle de conférences – Dr F. Spertini: «Vieillissement et immunité.»

JEUDI 23 MAI

8 h 35-18 h: **101e Cours de perfectionnement de la SSMI** - Auditoire du CHUV – Organisé par de Dépt. de médecine interne du CHUV et par la PMU; renseignements et inscriptions au 021/314 04 50, Mme Tschantz.
7 h 30-12 h 30: **Colloque du Service de neurologie** - Auditoire Charlotte Olivier, CHUV – Dr M. Chofflon, Genève: «Utilisation du dosage du TNF-Alpha induit dans le suivi des patients souffrant de sclérose en plaques.»
9 h 30-12 h: **Colloque du Service de dermatologie** - Auditoire de l'Hôpital de Beaumont, Lausanne – Dr J. Ruiz, CHUV: «Le pied diabétique.»
11 h-12 h: **Colloque du Service de rhumatologie** - Auditoire Michaud, Hôpital Nestlé, Lausanne – Dr M. Dutoit, PD: «Traitement actuel des scolioses de l'adolescent et de l'adulte.»
17 h-19 h: «**5 à 7 MSD**» - Auditoire Charlotte Olivier, CHUV – Dr P. Nicod: «L'examen clinique/présentation de patients avec problèmes de médecine interne» (prendre son stéthoscope). Renseignements: Mme Blanc 021/314 09 30.
18 h-19 h: **Colloque ORL** - Auditoire A. Yersin, CHUV – Dr L. Bron: «La parotidectomie et ses complications: étude rétrospective sur 280 cas.»

VENDREDI 24 MAI

12 h15: **Colloque de l'Institut de physiologie** - Salle de séminaires de l'Institut de physiologie, niveau 3, Bugnon 7, Lausanne – Dr Peter Clarke: «Une remise en question de la dichotomie apoptose/nécrose dans le système nerveux.»

MARDI 28 MAI

12 h 30: **Colloque multidisciplinaire de dermatologie, immunologie, néphrologie, rhumatologie** - Auditoire A. Yersin, CHUV – Drs L.-F. Debétaz, D. Hayoz et Dresse M. Depeairon: «Acrosyndrome vasculaire.»

MERCREDI 29 MAI

16 h 30: **Séminaire de l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST)** - Salle des colloques de l'Institut, niveau 2, Bugnon 19, Lausanne – Dr Blaise Thorens, médecine du travail, CNA, M. Jean-Michel Duc, avocat, division juridique, CNA: «L'expertise en médecine du travail; causalité, incapacité de travail, invalidité.»
17 h: **Colloque du Service des soins intensifs** - Auditoire Mayor, CHUV – 1re partie: Professeur

Xavier Leverve, Grenoble: «Place des bicarbonates en réanimation.» – 2e partie: Drs R. Chioléro, J. Cotting, M.-D. Schaller et collaborateurs: Table ronde – Aspects pratiques: «Faut-il corriger les acidoses et comment?»

JEUDI 30 MAI

7 h 30-8 h 30: **Colloque du Service de neurologie** – Auditoire Charlotte Olivier, CHUV – Drs A. Carruzzo, Th. Kuntzer et S. Meyer: «Vessie neurogène chez la femme.»
11 h-12 h: **Colloque du Département de psychiatrie adulte (DUPA)** – Salle Hirondelle, Site de Cery, Prilly – Professeur B. Müller-Oerlinghausen, Université libre de Berlin: «The effects of lithium long-term treatment on mortality and suicidality of patients with mood disorders.»
11 h 30-12 h 30: **Colloque du Laboratoire central et de la Division d'hématologie du DMI** – Auditoire 3, CHUV – Professeur N. Mermod: «Mécanisme d'expression des gènes mammaliens. Aspects fondamentaux et appliqués.»
18 h-20 h: **Colloque interville Lausanne-Genève** – Hôtel du Mont-Blanc, 1110 Morges – Professeur U. Fisch, Zurich: «La voie infratemporale pour la chirurgie de la base du crâne.»

VENDREDI 31 MAI

12 h 15: **Colloque de l'Institut de physiologie** – Salle de séminaires de l'Institut de physiologie, niveau 3, Bugnon 7, Lausanne – Dr P.-J. Gebicke-Haerter, University of Freiburg im Brisgau: «Ionic and molecular mechanisms of microglial activation.»
12 h 15: **Séminaire de l'Institut de pharmacologie et de toxicologie** – Salle de conférences, entrée C3, 1er étage, rue du Bugnon 27, Lausanne – Dr Jean Merot, Ph. D, CEA, Saclay (France): «Etude de l'adressage des canaux potassium dans les cellules polarisées.»

LUNDI 3 JUIN

14 h-15 h: **Colloque du métabolisme phosphocalcique** – Salle 10-301, CHUV – Dr C. Fritsch: «Intérêts des blocs sélectifs vertébraux.»
17 h-15: **Colloque du Service de chirurgie** – Salle de colloques du niveau 15-sud, CHUV – Dr B. Burnand, PD et MGR: «Médecine fondée sur les preuves.»

MARDI 4 JUIN

8 h-9 h 15: **Colloque du Service de pédiatrie** – Auditoire Tissot, BH 08, CHUV – Professeur G. Theintz: «La petite taille endocrine: évaluation et traitement.»
10 h 15-11 h 45: **Colloque du Service de psychiatrie adulte (DUPA)** – Auditoire de la clinique psychiatrique universitaire, site de Cery – Dr Jacques Besson: «Alcoologie: les nouveaux traitements.»
11 h-12 h: **Colloque du Service universitaire de psychogériatrie** – Auditoire J.-L. Villa, Prilly – Professeur R. Hugonot, Grenoble: «La part délirante dans les plaintes des personnes âgées pour maltraitance.»
18 h 30: **Colloque de l'Hôpital de zone d'Yverdon-les-Bains** – Salle de conférence, 3e étage – Dr Juan Ruiz: «Quoi de neuf dans le traitement du diabète?»

MERCREDI 5 JUIN

20 h: **Séance d'information** – Route de Chavannes 11a, 2e étage (à côté de l'immeuble du Centre médical de Vidy) – Association de médecins indépendants.

JEUDI 6 JUIN

7 h 30-8 h 30: **Colloque du Service de neurologie** – Auditoire Charlotte Olivier, CHUV – Dr J. Ghika, PD et MER: «Evaluation pour définir le traitement chirurgical de la maladie de Parkinson.»
10 h: **Colloque du Département de gynécologie-obstétrique** – Auditoire de la maternité – Drs S. Renteria, H. Welti: «Gynécologie pédiatrique/Contraception.»
18 h 30-20 h 30: **Symposium du Département de psychiatrie adulte (DUPA)** – Musée olympique, Lausanne – Professeur François Ferrero, Drs Jean Cottraux et Pierre Schulz: «Troubles obsessionnels et dépression.»

VENDREDI 7 JUIN

12 h 15: **Colloque de l'Institut de physiologie** – Salle de séminaires de l'Institut de physiologie, niveau 3, Bugnon 7, Lausanne – Dr Elisabeth Rungger-Braendle, Genève: «Comportement de la microglie suite à des lésions du système nerveux central.»

SAMEDI 8 JUIN

8 h 30-18 h 15: **La Fondation pour l'éducation et la recherche en allergologie immunologie – Troisième symposium international** – Information: Dr M. Reinhardt, tél. 41/21/320 10 28: «Nouvelles acquisitions dans le diagnostic, le traitement et la prévention des affections pulmonaires de l'enfant.»

LUNDI 10 JUIN

17 h 15: **Colloque du Service de chirurgie** – Salle de colloques du niveau 15-sud, CHUV – Dr P. Hohfeld, PA: «Femme enceinte et chirurgie.»

MARDI 11 JUIN

8 h 15-9 h 45: **Colloque du Service de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent** – Auditoire Pierre Decker, Bugnon 19, Lausanne – Professeur Philippe Gutton, Paris: «Deux processus d'adolescence.»
9 h-17 h 30: **Symposium du Département de psychiatrie adulte (DUPA)** – CEF, site de Cery – M. Gianfranco Cecchin: «Les préjugés du psychothérapeute dans l'interaction avec les clients.»

MERCREDI 12 JUIN

12 h 15: **Colloque du Département de médecine interne et unité multidisciplinaire d'alcoologie** – Auditoire Charlotte Olivier, CHUV – Professeur Marc Schuckit, San Diego: «L'alcoolisme: une maladie génétique.»
13 h 15: **Colloque du Département de médecine interne** – Auditoire A. Yersin, BH 08, CHUV – Professeur Claude Benedict, University of Texas, Houston: «Ace-inhibitors in management of cardiovascular disease.»

JEUDI 13 JUIN

7 h 30-8 h 30: **Colloque du Service de neurologie** – Auditoire Charlotte Olivier, CHUV – Dresse R. Lettry et Professeur F. Regi: «Syndrome d'hyperfusion après chirurgie carotidienne.»
11 h 30-12 h 30: **Colloque du Laboratoire central et de la Division d'hématologie du DMI** – Auditoire 3, CHUV – Professeur J.-P. Mach: «Anticorps monoclonaux dans le traitement des lymphomes B.»
16 h-17 h 30: **Colloque de la Division de cardiologie** – Auditoire Charlotte Olivier, CHUV – Professeur P. Aebischer: «Thérapie génique en cardiologie: situation actuelle, perspectives futures.»
18 h-19 h: **Colloque ORL** – Auditoire A. Yersin, CHUV – Dr Ph. Pasche: «Résultat des traitements chirurgicaux de la ronchopathie et du SAS.»

VENDREDI 14 JUIN

12 h 15: **Colloque de l'Institut de physiologie** – Salle de séminaires de l'Institut de physiologie, niveau 3, Bugnon 7, Lausanne – Dr Joachim Krebs, Zurich: «Calmodulin Kinase IV; Thyroidhormone dependent expression and function during rat brain development.»

LUNDI 17 JUIN

14 h-15 h: **Colloque du métabolisme phosphocalcique** – Salle 10-301, CHUV – Dr E. Rivier, Vevey: «Place de la 1,25 dihydroxyVitamine D dans le traitement de l'ostéoporose.»
17 h 15: **Colloque du Service de chirurgie** – Salle de colloques du niveau 15-sud, CHUV – Dr V. Bettschart: «Volvulus intrathoracique de l'estomac.»

MARDI 18 JUIN

11 h-12 h: **Colloque du Service universitaire de psychogériatrie** – Auditoire J.-L. Villa – Dr Ch. Büla: «Evaluation et réadaptation du patient victime de chutes.»

MERCREDI 19 JUIN

17 h 30: **Colloque romand de radiologie** – Auditoire Charlotte Olivier – Dr Paul Rohmer, Sion: «Diagnostic radiologique des lésions kystiques du pancréas.»

JEUDI 20 JUIN

du 20 au 22: **83e Assemblée de printemps de la Société suisse d'otorhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale** – Lugano – «Pathologie de la base du crâne.»
9 h 30-12 h: **Colloque du Service de dermatologie** – Auditoire de l'hôpital de Beaumont, Lausanne – Professeur J. Ferguson, Dundee, Scotland: «Diagnosis and management of photodermatoses»: présentation et discussion de cas cliniques.
11 h-12 h: **Colloque du Service de rhumatologie** – Auditoire Michaud, Hôpital Nestlé, Lausanne – Dresse Sylvette Bas: «Arthritres réactionnelles à Chlamydia.»
11 h 15-12 h: **Colloque de l'Unité multidisciplinaire d'alcoologie (UMA)** – Auditoire de la policlinique médicale universitaire – Dr Jenni, OCA: «Alcool au volant: dispositions légales.»
17 h 30-19 h: **Colloque du Service de neurologie** – Institution de Lavigny – Dr G. Foletti: «Névrose post-traumatique et stress post-traumatique.»

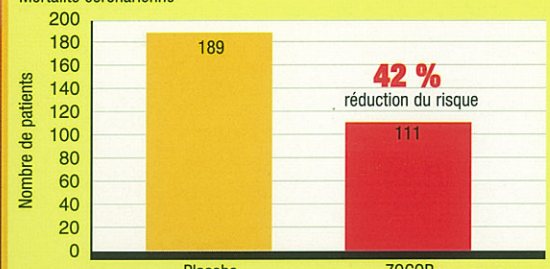
VENDREDI 21 JUIN

12 h 15: **Colloque de l'Institut de physiologie** – Salle de séminaires de l'Institut de physiologie, niveau 3, Bugnon 7, Lausanne – Dr Michel Mallat, Paris: «Les macrophages cérébraux; recrutement et aspects fonctionnels.»

Prochain délai de rédaction: pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 24 juin et le 6 septembre 1996, nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir le texte avant le 10 juin 1996.

Echec à la mort coronarienne

Il est prouvé. Abaisser le cholestérol sauve des vies
chez des patients coronariens



D'après la Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S)*

ZOCOR 20 – 40 mg/jour réduit le risque de mortalité coronarienne de 42 % (p=0.00001)**

189 décès coronariens dans le groupe placebo contre 111 décès dans le groupe ZOCOR

Etude en double aveugle, randomisée, contrôlée avec placebo, multicentrique chez 4444 patients victimes d'un infarctus du myocarde ou souffrant d'angine de poitrine avec un cholestérol total entre 5.8 et 8.0 mmol/l; durée 5.4 années

Pris en charge par les caisses pour les patients suivants

Type de patient	Cholestérol mmol/l	Rapport CT/HDL
avec maladie coronarienne	> 5.2	> 5.0
sans maladie coronarienne et ≥ 2 autres facteurs de risque	> 6.5	> 5.0
avec hypercholestérolémie familiale		

Dans les autres cas, uniquement après discussion avec le médecin conseil de la caisse de maladie

* The Scandinavian Simvastatin Survival Study Group: Randomised Trial of Cholesterol Lowering in 4444 Patients With Coronary Heart Disease: The Scandinavian Simvastatin Survival Study (4S); The Lancet, Vol. 344, No. 8934, 1994:1383-1389

** Data on file, Merck Sharp & Dohme-Chibret SA, Suisse

Résumé de l'information destinée aux professions médicales: Avant de prescrire, veuillez consulter l'information détaillée contenue dans le Compendium Suisse des Médicaments. ZOCOR® 20 mg (Simvastatine, MSD) Catégorie de vente B. **Indications/possibilités d'emploi:** Indications reconnues: - Réduction des taux élevés de cholestérol total et LDL-cholestérol chez des patients souffrant d'hypercholestérolémie primaire, lorsque la réponse au régime et à d'autres mesures non-pharmacologiques a été insuffisante. - Cardiopathie coronarienne chez les patients avec hypercholestérolémie ne pouvant être corrigée de manière satisfaisante par des mesures diététiques. **Posologie/mode d'emploi:** Le patient doit être soumis à un régime hypocholestérolémiant standard, avant de prendre Zocor 20 mg et devrait poursuivre ce régime pendant le traitement avec Zocor 20 mg. On recommande une dose initiale de 10 mg/j (1/2 comprimé de Zocor à 20 mg) en prise unique le soir; dose maximale de 40 mg/j. Adaptation de la dose requise dans un délai de 4 semaines. Chez les patients souffrant de cardiopathie coronarienne, on débute le traitement avec 20 mg par jour qui doivent être administrés en dose unique avec le repas du soir. Chez les patients sous traitement immunosuppresseur ou souffrant d'insuffisance rénale sévère les doses supérieures à 10 mg/j doivent être administrées avec prudence. **Contre-indications:** Hypersensibilité à tout composant du médicament; affection hépatique active ou élévation persistante inexpliquée des transaminases sériques; grossesse et allaitement (grossesse catégorie X); ne pas administrer aux enfants. **Précautions:** On a constaté des cas d'augmentation des transaminases. Il est recommandé d'effectuer des tests de la fonction hépatique avant le début du traitement avec la simvastatine, puis périodiquement chez tous les patients. Si, de toute évidence, les taux des trasaminases progressent, particulièrement s'ils atteignent trois fois la valeur limite supérieure de la normale persistante, le médicament devra être arrêté. Le médicament est à utiliser avec précaution chez des patients qui consomment des quantités substantielles d'alcool et/ou qui ont un passé d'affection hépatique. De légères et passagères élevations de la créatine-phosphokinase [CPK] provenant de la musculature squelettique) ont été observées chez des patients sous traitement par Zocor 20 mg, mais ne revêtaient pas de signification clinique. Le traitement par les inhibiteurs de la HMG-CoA réductase ont été, dans quelques rares cas, mis en rapport avec la survenue de myopathies. Il conviendrait de prendre en considération une myopathie chez chaque patient présentant des myalgies diffuses, une sensibilité de la musculature et/ou une élévation marquée du taux sanguin de la CPK (>10 fois la limite supérieure de la valeur normale). Il faudrait avertir les patients d'informer leur médecin sans délai, en cas de survenue de douleurs musculaires diffuses, de sensibilité ou de faiblesse musculaire. Lors d'élévation marquée du taux de CPK, il faudrait interrompre le traitement par Zocor 20 mg; ceci vaut également en cas de diagnostic ou de suspicion de myopathie. On sait qu'un risque d'apparition de myopathie est notablement accru lors de l'administration simultanée d'inhibiteurs de la HMG-CoA-réductase et d'immunosuppresseurs (y.c. la cyclosporine), de dérivés de la fibrine ou de doses hypolipémiantes d'acide nicotinique. Il existe de rares comptes-rendus de rhabdomyolyse sévère avec défaillance rénale secondaire. C'est pourquoi lors de l'application conjointe de simvastatine avec des immunosuppresseurs, des fibrates ou des doses d'acide nicotinique hypolipémiantes ainsi que lors de l'utilisation d'itraconazol ou d'autres antifongiques systémiques d'érivés d'azol, le rapport risque-bénéfice doit être prudemment pesé. Le traitement par un inhibiteur de la HMG-CoA-réductase devrait être suspendu provisoirement ou interrompu, lorsqu'il s'agit de patients gravement malades, présentant les signes d'une myopathie ou chez lesquels existe un facteur de risque les prédisposant à une insuffisance rénale par suite de rhabdomyolyse. Zocor 20 mg est contre-indiqué durant la grossesse et les femmes traitées avec Zocor 20 mg ne devraient pas allaiter. **Effets indésirables:** Les réactions les plus fréquentes ont été des douleurs abdominales, constipation et flatulence. On a pu observer quelques cas d'asthénie et de maux de tête. Quelques rares cas d'hépatite et de syndrome d'hypersensibilité ont été signalés. **Interactions:** Dans 2 études cliniques, la simvastatine a provoqué une augmentation modérée de l'effet anticoagulant des dérivés coumariniques. On devrait éviter l'administration conjointe de dérivés des fibrates, d'immunosuppresseurs, d'itraconazol ou de doses hypolipémiantes de niacine. **Distributeur:** MERCK SHARP & DOHME-CHIBRET AG, Schaffhauserstrasse 136, 8152 Glattbrugg

MSD

MERCK SHARP & DOHME - CHIBRET AG
Schaffhauserstrasse 136 - 8152 Glattbrugg
Telefon 01/828 71 11 - Fax 01/828 72 10

ZOCOR® (Simvastatin, MSD)

POWER FOR SURVIVAL

07-96-ZCR-95-CH-65 J

Une association antihypertensive précise

Trialix®

5 mg de ramipril + 6 mg de pirétanide

Un nouveau progrès

Hoechst Pharma AG
Herostrasse 7
8048 Zurich
Tél. 01 434 25 25

Hoechst Marion Roussel
a division of Hoechst Pharma AG

Plus que des médicaments.

Hoechst

Information sur Trialix® (ramipril + pirétanide). **Indication:** Hypertension essentielle justiciable d'un traitement en association. **Posologie:** ½ compr./j., avant, pendant ou après un repas. Au besoin, la dose peut être augmentée à des intervalles de 2 à 3 semaines. Dose quotidienne maximale: 2 compr. Chez les patients préalablement traités par un diurétique, arrêter le traitement diurétique ou en réduire la posologie au moins 2 ou 3 jours avant le début du traitement par Trialix®. Si la clairance de la créatinine est comprise entre 30 et 60 ml/min/1,73 m² de surface corporelle, de même que chez les patients âgés, ajuster la posologie de chacune des deux composantes du médicament. Dose d'entretien: ½ compr., au maximum 1 compr./j. **Contre-indications:** Hypersensibilité au Trialix®, aux sulfamides et à l'amidon; antécédent d'oedème angioneurotique; sténose de l'artère rénale à retentissement hémodynamique; obstacle au remplissage ou à l'éjection ventriculaire gauche; anomalies électrolytiques cliniquement notables; perturbations graves de la fonction hépatique. L'expérience acquise chez l'enfant, en cas d'insuffisance rénale grave ou chez des patients dialysés est insuffisante. Eviter l'emploi simultané de membranes de forte perméabilité et du Trialix® pour une dialyse en urgence. **Précautions:** Surveiller les patients atteints d'hypertension artérielle sévère, surtout d'hypertension maligne, ceux qui présentent une insuffisance cardiaque sévère concomitante ou une sténose de l'artère rénale à retentissement hémodynamique, ceux qui présentent déjà ou risqueraient de présenter une déshydratation (déficit hydrosodé) et ceux chez lesquels une diminution tensionnelle exagérée risquerait d'être particulièrement dangereuse. Il est recommandé de surveiller la fonction rénale en cas de maladie rénovasculaire et de contrôler régulièrement les taux sériques de sodium, potassium, calcium, créatinine et acide urique, ainsi que la glycémie. Catégorie de grossesse: Catégorie D. **Effets indésirables:** Sensation de vide dans la tête, avec parfois difficultés de concentration, diminution de la capacité de réaction, fatigue, faiblesse et vertiges, accentuation de l'excrétion liquidienne, allergies cutanées, rarement oedème angioneurotique, troubles gastro-intestinaux, toux sèche, irritative non productive, diminution légère à sévère du nombre d'érythrocytes, du taux d'hémoglobine, du nombre de plaquettes ou de leucocytes, y compris sous forme de neutropénie et d'agranulocytose. **Interactions:** Avec les agents antihypertenseurs, les diurétiques d'épargne potassiques, les sels de potassium, les corticostéroïdes, la carbénoxolone, les autres substances kaliurétiques, les anti-inflammatoires non stéroïdiens, les glucosides cardiotoniques, le probénécide, les hypoglycémiants, l'adrénaline, les myorelaxants curarisants, les antibiotiques de la classe des aminosides, les antibiotiques néphrotoxiques, l'allopurinol, les immunosuppresseurs, le procaïnamide, les cytostatiques et l'alcool. **Présentations:** Boîtes de 20* et 100* comprimés (B). *Admis par les caisses-maladie. Pour de plus amples informations, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.
Triatec® (ramipril); Triatec® comp. (ramipril, hydrochlorothiazide).