

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

*Personnes âgées:
du défi à l'exploit*

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

7
NOV.
1999

T R A I T E M E N T

de l'obésité



LE LEADER MONDIAL DE LA LUTTE CONTRE LE STRESS
ET LES MALADIES DE CIVILISATION.

BIOTONUS: LE TOP-ONE DU TRAITEMENT DE L'OBÉSITÉ.

À LA POINTE DU PROGRÈS EN MATIÈRE DE RÉHABILITATION CARDIAQUE ET DE
RÉADAPTATION FONCTIONNELLE.

LA CLINIQUE OFFRANT UNE APPROCHE SCIENTIFIQUE DANS LA
PRÉVENTION ET LA LUTTE CONTRE LE VIEILLISSEMENT.

BIOTONUS: LES SOLUTIONS ORIGINALES CONTRE TOUTES LES DÉPENDANCES
(DROGUE, ALCOOL, TABAC).

LE NUMÉRO 1 DU DIAGNOSTIC ET DU TRAITEMENT DES ÉTATS DE FATIGUE.

LE CENTRE DE PRÉPARATION DES DÉCIDEURS
ET DES SPORTIFS DE HAUT NIVEAU.

LE SPÉCIALISTE DES TRAITEMENTS DE LA DÉPRESSION.

Biotonus
Clinique Bon Port

RUE BON-PORT 21, CH-1820 MONTREUX - SUISSE
Tél. (021) 966 58 58 Fax (021) 966 57 58 e-mail: biotonus@vtx.ch

Editorial

La médecine de la personne âgée

Le Professeur Jean Wertheimer, chef du Service universitaire de psychogériatrie jusqu'en août 1998, est décédé le matin du mercredi 22 septembre dernier. Cette énorme perte pour sa famille et ses amis est également ressentie par tous ceux qui se dédient aux soins, à l'enseignement et à la recherche en médecine de la personne âgée, non seulement dans le canton de Vaud mais encore à l'étranger.

Ce vide s'explique par la personnalité du Professeur Wertheimer et par les valeurs qu'il a tant défendues. Il a été l'un des pionniers de la psychiatrie de la personne âgée: il a su donner légitimité à la souffrance psychique des aînés, organisant les moyens pour les aider, dans le profond respect de leur dignité.

Cela n'a été possible que grâce à son exemplaire façon d'être. Son ouverture d'esprit, sa générosité et le renoncement de soi-même, sa grande capacité d'écoute et de tolérance s'alliaient à une rigueur scientifique hors pair. Tous ceux qui l'ont connu ont toujours été impressionnés par sa disponibilité. Accessible dans les plus brefs délais non seulement à ses patients mais encore à tous ses collaborateurs, il était un médecin et un patron présent et rassurant.

Le patient et son entourage étaient au centre de ses préoccupations et c'est autour d'eux qu'il a construit l'édifice conceptuel de la psychiatrie de la personne âgée. Cet édifice est marqué par l'empreinte de sa vision d'humaniste. Selon lui, l'approche de la psychiatrie de la personne âgée est globale, multidisciplinaire, et la prise en charge des patients doit tenir compte de toutes les dimensions de la personne.

Ceci est peut-être son plus grand enseignement: privilégier la rencontre avec l'autre au travers du dialogue, du contact, de la relation. Pour lui, la psychiatrie de la personne âgée est la médecine des interactions qui, de par l'infinie complexité de l'être humain, donne à chaque situation son caractère unique. Il la défendait comme modèle d'une médecine intégrée.

Suite à la page suivante

Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

- La personne âgée à domicile et son médecin
L'accueil de la personne âgée au CHUV
Réadaptation et personne âgée
Psychiatrie de la personne âgée:
quels enjeux pour demain?
Hébergement médico-social:
culture professionnelle à développer
Le vieillissement *actif* fait la différence

15

Le coin du banquier

17

Communiqués

20

Calendrier médical vaudois

**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions:

N° 8/99
20 décembre 1999
(délai rédactionnel:
15 novembre 1999)

N° 1/2000
7 février 2000
(délai rédactionnel:
10 janvier 2000)

Ce numéro du CMV est donc dédié au Professeur Jean Wertheimer. Son héritage est très riche et indique le chemin pour faire face aux enjeux de la discipline pour l'avenir, comme le rappellent le Dr Camus et le Dr Gaillard. Ces enjeux sont d'ordres clinique, d'enseignement, de recherche et concernent tous les pays qui font face à un accroissement important de leur population âgée. Les services de psychiatrie de la personne âgée sont particulièrement impliqués dans l'aide à la prise en charge et à la prévention de tous les troubles psychiques que les personnes âgées peuvent présenter et non seulement des troubles démentiels. Des progrès sont à faire au niveau de la recherche, tels que l'approfondissement du niveau des connaissances des mécanismes physiopathologiques des troubles mentaux, la mise en route des méthodologies pour mieux étudier les effets des psychotropes chez la personne âgée et la validation des stratégies d'interventions psychothérapeutiques. Sur le plan de l'enseignement, la transmission des savoirs et l'acquisition de nouveaux savoir-faire constituent un enjeu considérable, tant au niveau de l'enseignement prégradué, postgradué que de la formation continue.

L'œuvre du Professeur Jean Wertheimer prend tout son sens en cette année 1999 désignée par l'ONU Année internationale des personnes âgées.

Ce numéro du CMV prétend promouvoir le débat autour des patients qui font le plus appel à la médecine. La valeur d'une civilisation, d'une culture, d'une société se mesure aussi par le soin qu'elle dispense à ses aînés. Le Professeur Jean Wertheimer a lutté toute sa vie professionnelle pour rendre l'espoir à ceux qui en avaient besoin. A nous de continuer à le faire.

Dr Carlos Augusto de Mendonça Lima
Service universitaire de psychogériatrie

Jeudi de la Vaudoise

27 janvier 2000
Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

Urgences préhospitalières: les quinze premières minutes

Organisateur: Dr Daniel Fishmann
Modérateur: Dr Stanley Hesse

- 9 h-10 h
1. Prise en charge initiale d'un traumatisé (Dresse I. Lang-Fleisch)
 2. Quelques points d'actualité en médecine d'urgence (Dr D. Fishmann)
- 10 h-10 h 30
- Pause.
- 10 h 30-12 h
- Séminaires interactifs:
- Un cas d'arrêt cardiorespiratoire à domicile
 - Un cas d'accident de la route
 - Un cas de coma non traumatique
- Tuteurs: Dr D. Fishmann et autres experts.

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM

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

Comité de rédaction du CMV

Dr Michel Burnier
Dresse Jacqueline Caillat
Dr Pierre de Vevey
Dr Charles-A. Favrod-Coune
Dr Daniel Laufer
Dr Carlos Lima
Dr Jean-Pierre Randin
Dr Patrick-Olivier Rosselet
Dr Tarek Salem
Dr Michael Schekter

Secrétariat général

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

Société vaudoise de médecine

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

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

Tél. 021/652 99 32 (24 heures sur 24)
Abonnements de déviation
et de télécommunications au service
des médecins de la région lausannoise

Administration et rédaction

Case postale 76, 1010 Lausanne 10

Régie des annonces

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

Réalisation

Inédit Publications SA

Dossier

La personne âgée à domicile et son médecin

«La pendule d'argent, qui ronronne au salon,
qui dit oui qui dit non...»
(J. Brel)

La médecine de la personne âgée à domicile s'inscrit dans le temps qui passe. Les années vécues l'ont construite, comme sculptée, burinée.

Les conflits familiaux, les blessures mal cicatrisées, les joies, les deuils, les révoltes, autant de coups de burin dont on nous livre quelques parcelles dans un coin d'anamnèse. Nous en savons l'importance sans jamais en saisir l'ensemble. De plus, la mémoire qui s'effiloche en estompe les contours et les couleurs. Nous sommes ainsi comme devant un tableau impressionniste, collés à l'image, sans pouvoir prendre le recul nécessaire à l'appréhension de l'ensemble. Et avec ces impressions, ces coups d'œil furtifs, l'absence de tel fils, qui n'est là qu'en photo, témoin muet, il nous faut décider et proposer un traitement.

A l'heure des choix, même des plus petits, même de ceux qui paraissent les plus simples, chacun de nous choisit le chemin de moindre résistance. S'en éloigner, choisir la difficulté, demande une souplesse d'esprit que souvent les années éliminent.

C'est au médecin de s'adapter

Chez le patient âgé, cela me semble prépondérant. Pour être acceptée, la prescription médicale ne peut s'inscrire en faux avec les habitudes de vie, l'entourage significatif, les croyances. Les transformations que l'on est en droit d'espérer du mode ou du lieu de vie sont ainsi bien chiches. Souvent nous devons accepter une attitude paraissant, selon les règles de l'art, absurde, mais seule acceptable pour notre patient. Nous devons faire le deuil de la «bonne solution» et gérer l'incertitude. Maintes fois la catastrophe trop prévisible, trop pressentie, doit survenir pour permettre un changement réel.

C'est là, peut-être, un élément spécifique de la médecine de la personne âgée à domicile: leur pendule d'argent n'est nulle part aussi puissante. Son regard, le tic-tac du passé, envahit l'espace thérapeutique et l'oriente.

Il n'y a pas de pendule d'argent à l'hôpital...

«Et s'ils sortent encore... c'est pour suivre au soleil l'enterrement d'un plus vieux...»
(J. Brel)

Demain est toujours possible

La mort est la seule issue à la vieillesse, l'espoir ne peut donc habiter des lendemains trop éloignés. Encourager de modestes projets, les rendre possibles par quelques adaptations souvent simples de traitement maintient la vie aux premières loges. Demain est toujours possible... sauf une fois!

Il y a presque toujours un crucifix au mur de la chambre. La spiritualité fait partie de la vie à domicile et l'on y rencontre parfois l'ecclésiastique, lui aussi en visite. Faut-il aborder ce sujet avec nos patients? Je n'en sais rien, à chacun sa réponse, mais quoi que l'on en pense, nous devons le prendre en compte.

La personne âgée qui nous interpelle n'est pas chargée que d'années. La mosaïque des pathologies, les handicaps complexes du corps ou de l'esprit limitent son autonomie, restreignent sa liberté d'action dans les terrains les plus communs bien souvent. Pour majorer au mieux sa liberté, il nous faut alors pallier les divers manques. Quand les «activités de la vie quotidienne», que l'on a appris à abrégé AVQ sur les rapports de sortie, ne sont plus remplies, l'aide doit être «active, vivante et quotidienne». Le médecin réalise alors qu'il ne peut être à lui seul A, V, et Q.

Plus seul à décider

La médecine de la personne âgée à domicile devient multidisciplinaire, pluriprofessionnelle et donc lieu de

négociation. Nous ne sommes plus, comme nous avons cru l'apprendre, celle, celui qui décide. Ou du moins plus seul.

Le centre médico-social, puisqu'il faut le nommer, est alors un véritable partenaire et un fourmillement de compétences. Infirmiers ou infirmières en soins généraux et en psychiatrie, assistants sociaux, ergothérapeutes et, *last but not least*, celles que l'on nomme les auxiliaires. Je pense parfois bien sûr que les médicaments que je prescris sont utiles, mais je suis toujours certain que le lit changé, l'habit nettoyé, les épaules massées, la cuisine récurée et le repas servi sont autrement plus importants pour celles et ceux dont nous avons la charge: ces modestes tâches sont le fait des auxiliaires.

Cette association CMS-médecin traitant est beaucoup plus qu'un agrément ou une politesse réciproque: elle est indispensable au maintien à domicile. Les uns sans les autres, nous ne pouvons rien, si ce n'est agiter un mouchoir derrière l'ambulance qui sépare la personne âgée de son domicile. Plus le patient est dépendant, plus le cadre que nous mettons en place ensemble doit être de qualité et harmonieux, car il ne peut y échapper.

Créer des liens

Mais cette collaboration n'est pas innée et, soyons clairs, personne ne nous l'a enseignée, ni d'un côté ni de l'autre... Nous devons nous apprivoiser, apprendre à nous estimer. Et n'oublions pas que certains collègues, les médecins-conseils des CMS, peuvent pour nous aussi être des... conseillers!

La médecine de la personne âgée à domicile devient alors un travail de négociation, à l'ombre d'un crucifix, au son d'un tic-tac de pendule d'argent suspendue à une voûte pluridisciplinaire d'influences diverses. L'enjeu de tout cela est le maintien à domicile de ceux pour qui ces quelques mots signifient rester à la maison.

D^r Pierre Corbaz
Association lausannoise pour la
santé et le maintien à domicile

DE L'ANALYSE AU QUOTIDIEN

aux exigences les plus strictes

Votre partenaire



**Chimie clinique
Endocrinologie**

**Génétique
médicale**

**Oncologie
Immunologie**

**Dermato-
pathologie**

**Hématologie
Hémostase**

Cytologie

**Microbiologie
Sérologie**

**Anatomo-
pathologie**

**Parasitologie
Coprologie**



LABORATOIRE MNS SA
72, avenue de la Roseraie CH-1205 Genève
Tél. 41 22 / 704 0 704 Fax 41 22 / 704 0 710



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

L'accueil de la personne âgée au CHUV

La moyenne d'âge des patients hospitalisés dans un service de médecine atteignant parfois 80 ans, le médecin assistant en formation se trouve quotidiennement confronté aux diverses pathologies du sujet âgé.

Celles-ci sont souvent multisystémiques, faisant se côtoyer des phénomènes physiologiques de vieillissement avec des maladies dont l'expression clinique varie en fonction de la fragilité préexistante du patient et de ses comorbidités. Contrairement au mode de fonctionnement d'un service chirurgical dans lequel bon nombre de patients sont admis de façon élective, l'hospitalisation en médecine s'opère en pratique au CHUV en faisant transiter le patient par le service des urgences dans plus de 90% des cas.

Pour les situations dans lesquelles la pertinence d'un séjour à l'hôpital n'est pas immédiatement définie, les urgences disposent d'un secteur de lits (une vingtaine) permettant une période d'observation de vingt-quatre à quarante-huit heures, dans le but de dégager la liste des problèmes de manière plus précise grâce à la disponibilité d'un plateau technique efficace offrant des prestations rapides. Le cas échéant, cela permet de réorienter, grâce notamment à un service social d'intervention précoce, le cheminement du patient soit vers un autre service hospitalier, soit vers une autre structure d'accueil (CTR, court séjour, lit d'observation, lit de soins palliatifs), soit encore vers un retour à domicile avec, si nécessaire, un ajustement de l'encadrement médico-social.

La sélection du patient devant bénéficier d'un séjour hospitalier est également liée à la pression constante des coûts visant à raccourcir les durées de séjour et au manque chronique de lits disponibles au CHUV, rendant ainsi caduque la notion de ne renvoyer à domicile que les patients complètement rétablis. Ainsi, se retrouver dans un lit d'hôpital pour une personne âgée signifie qu'elle échappe au maintien à domicile, soit en raison d'une affection aiguë et ponctuelle potentiellement réversible, soit à la suite d'un processus de perte d'autonomie plus ou moins rapidement progressif, se trouvant accidentellement accéléré.

Sans fournir une liste exhaustive, les motifs d'admission habituellement rencontrés vont de la chute à domicile unique ou répétée, sur laquelle nous reviendrons plus loin, à l'insuffisance

d'organe, par exemple respiratoire (d'origine cardiaque ou pulmonaire), en passant par les pathologies infectieuses (pneumonie, urosepsis, gastroentérite), les désordres métaboliques plus ou moins iatrogènes (insuffisance rénale aiguë, hyponatrémie grave, décompensation diabétique), les accidents cérébrovasculaires, les affections hématologiques (anémies spoliatives, SMD), sans compter les «baisse de l'état général» et autres perte pondérale ou asthénie, en relation avec une tumeur maligne jusqu'à l'état dépressif par ailleurs souvent non diagnostiqué.

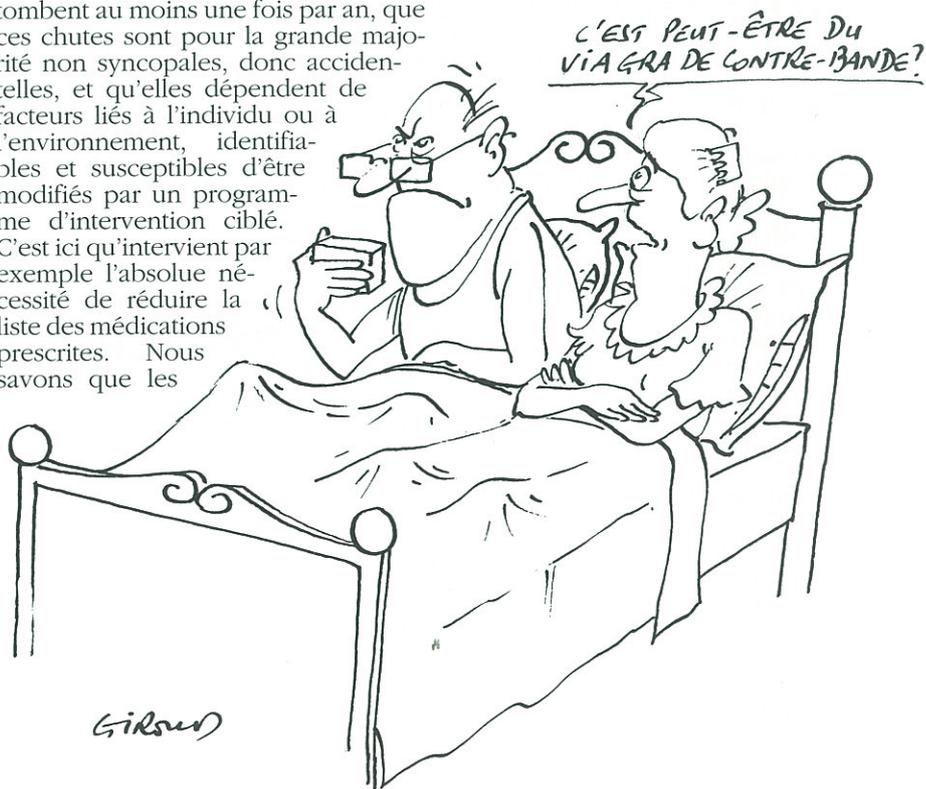
La chute, urgence médico-sociale

La chute à domicile est un exemple type de l'urgence médico-sociale, motivant bien souvent l'admission du patient en milieu hospitalier. Elle résulte souvent de nombreux facteurs qui, accumulés, en décuplent les risques. Faut-il ici rappeler que plus de la moitié des sujets âgés de plus de 80 ans tombent au moins une fois par an, que ces chutes sont pour la grande majorité non syncopales, donc accidentelles, et qu'elles dépendent de facteurs liés à l'individu ou à l'environnement, identifiables et susceptibles d'être modifiés par un programme d'intervention ciblé. C'est ici qu'intervient par exemple l'absolue nécessité de réduire la liste des médicaments prescrits. Nous savons que les

interactions médicamenteuses constituent déjà chez le jeune adulte une source de complications potentielles plus ou moins sérieuses et souvent imprévisibles.

Médicaments à risque

Or, les modifications pharmacocinétiques accompagnant le vieillissement augmentent la demi-vie d'élimination des médicaments et par là le risque d'accumulation et de toxicité. Les médicaments mis en cause sont ceux qui provoquent une altération de la vigilance, une hypotension orthostatique, des vertiges ou encore des troubles électrolytiques. Les plus fréquemment incriminés sont ainsi essentiellement les somnifères (BZD), surtout lorsqu'il s'agit de substances à longue demi-vie, et autres psychotropes tels qu'antidépresseurs. Dans l'évaluation d'un patient chuteur, il conviendrait dans l'idéal de faire un bilan ergonomique du lieu de vie (seuils trop hauts, tapis non fixés, sols glissants ou encombrés, absence de mains courantes, lit trop haut, WC trop bas, éclairage insuffisant, moyen auxiliaire de marche inadapté, etc.).



Le bug de l'an 2000? Tarif GRAT/INFRA?

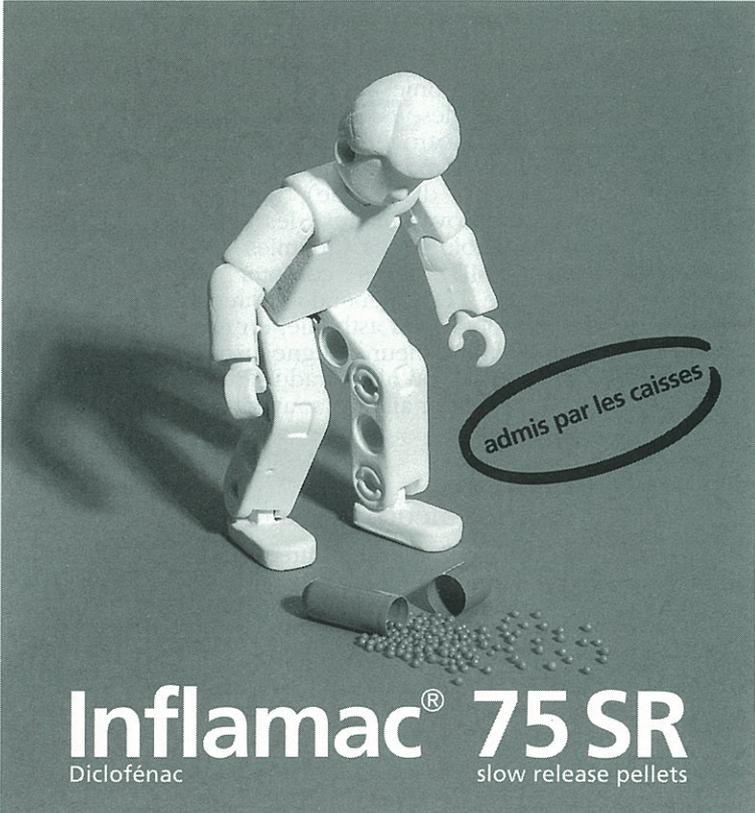
Galien '95 Gestion de cabinet médical: facturation, rappels, statistiques...

Solution informatique performante, conviviale et rapide, d'un coût de revient modeste, indépendant du chiffre d'affaires

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

Axciel, ch. des Pignets 1, CP 153, 1028 PRÉVERENGES

Tél. 021/802 58 00 – Fax 021/802 58 01 – <http://www.axciel.com>



Inflamac[®] 75 SR
Diclofénac slow release pellets

La forme retard innovatrice

- 2x par jour cela suffit
- reproductible
- prévisible

Inflamac[®] - plus qu'un générique



Traitement des rhumatismes, des douleurs et des inflammations.

Composition Diclofénac. Capsules retard: 75 mg. **Indications** Affections inflammatoires et dégénératives de l'appareil locomoteur, tuméfactions posttraumatiques, inflammations douloureuses dans la sphère ORL, dysménorrhée, annexite. **Posologie** Pendant les repas; 1 caps. (1-2) x/j. **Contre-indications** Troubles inexplicables de l'hématopoïèse, ulcères dans l'appareil gastro-intestinal, hypersensibilité aux analgésiques. **Présentations** Capsules: 20* et 60*. ®

Pour de plus amples renseignements, se reporter au Compendium Suisse des Médicaments ou à notre service scientifique 062 398 24 61.

spirig

Spirig SA, 4622 Egerkingen

Une précieuse collecte d'informations

La prise en charge d'une personne âgée en milieu hospitalier passe par la connaissance de ses conditions de vie à domicile, impliquant une interface entre les centres médico-sociaux lorsqu'ils sont impliqués et l'entourage familial, tâche qui incombe à l'infirmière de liaison. Cette dernière occupe actuellement un poste clé dans le recueil d'informations précieuses permettant dès l'admission du patient d'envisager les différents scénarios possibles concernant le lieu, la date présumée et le genre de suite de traitement. Le médecin assistant a quant à lui le devoir de rechercher des informations supplémentaires provenant du médecin traitant ou alors contenues dans les dossiers médicaux archivés, lorsqu'ils existent (soit en format papier, soit depuis quelques mois sous forme de dossiers électroniques que l'on peut consulter grâce à un code d'accès personnel depuis n'importe quel ordinateur équipé du programme).

Dans l'évaluation des capacités de maintien à domicile, il existe différents scores jugeant du degré d'autonomie dans les activités de la vie quotidienne (AVQ). Complétant le MMS (mini mental state), il peut être utile dans certains cas de recourir à un examen neuropsychologique spécialisé permettant d'identifier et de caractériser les troubles cognitifs accompagnant une dé-

menche débutante – sous réserve de l'absence d'un état confusionnel aigu, auquel cas il convient de différer l'examen.

Cette évaluation présente également l'avantage de pouvoir être répétée au cours du temps. De même, l'appel du psychiatre consultant peut s'avérer d'un grand secours lorsqu'il s'agit de définir les capacités de discernement d'un patient oppositionnel, de proposer une médication adaptée lors de différents troubles anxieux, de symptômes de la lignée psychotique, ou encore lors de suspicion d'état dépressif latent, dont la présence est souvent sous-estimée. Son avis devient indispensable lorsqu'il s'agit d'envisager le transfert d'un patient agité ou déli- rant en milieu psychiatrique.

Le patient a son mot à dire

Son intervention permet aussi de poser les jalons d'un suivi ambulatoire. Parfois, à l'occasion du séjour hospitalier, des réunions à but de confrontation incluant l'entourage, les partenaires médico-sociaux, le médecin traitant, l'équipe soignante et le patient s'avèrent nécessaires dans le but de faire progresser une situation enkystée (par exemple décision d'un retour à domicile selon le vœu du patient et avec le soutien du CMS mais contre l'avis des enfants qui désirent un placement en institution).

La prise en charge du patient âgé implique que l'on se familiarise avec les diverses pathologies qui s'y rap-

portent. Elle s'inscrit dans le contexte d'une médecine d'avenir, étant donné le vieillissement de la population. La pression des coûts, qui ne devrait guère diminuer, nous pousse toujours davantage à prendre en compte le cadre de vie du patient âgé et son contexte psychosocial, dans le but d'éviter ou de prévenir la prochaine hospitalisation en urgence. C'est dans ce sens que s'inscrivent les colloques journaliers avec l'infirmière de liaison. Sur le terrain, la pratique quotidienne souffre d'un ralentissement du flux en ce qui concerne le devenir et le cheminement des patients hospitalisés, signifiant par là qu'ils attendent trop longtemps en lit A la possibilité d'un transfert vers une autre structure d'accueil de type CTR, court séjour, ou lit d'observation (qui peut se transformer en long séjour), en raison du manque de places disponibles dans ces établissements. L'offre de lits de soins palliatifs est également très en dessous de la demande actuelle. Enfin, il est parfois regrettable que dans des situations prévisibles de perte d'autonomie liée au déclin fonctionnel du sujet vieillissant (l'orientant inéluctablement vers une admission en institution de long séjour) rien n'ait été entrepris par l'entourage et le médecin traitant depuis le domicile.

*Dr J.-M. Bigler,
professeur P. Burckhardt
Service de médecine A*

Département de médecine, CHUV

Réadaptation et personne âgée

La réadaptation peut être définie comme l'ensemble des mesures visant à restaurer le maximum de capacités physiques, mentales et sociales d'un individu. C'est une des composantes essentielles des soins gériatriques, souvent située au carrefour entre maintien à domicile et placement en long séjour.

Dans une optique de développement des soins en réseaux, cet article aborde plusieurs questions intéressant le praticien et permettant de mieux situer la place de la réadaptation dans la prise en charge des personnes âgées.

La réadaptation: pour qui?

Pour répondre brièvement, on pourrait dire que tout patient âgé ayant subi un déclin fonctionnel récent est un candidat potentiel à la réadaptation. Cependant, dans un environnement sanitaire dont les ressources se réduisent, il est indispensable d'évaluer soigneusement l'indication à une réadaptation.

Pour la majorité des patients, l'indication est claire: la personne souffre d'une affection aiguë (par exemple fracture de hanche), possédait de bonnes capacités fonctionnelles antérieures et jouit d'un environnement social favorable. Pour d'autres patients, l'indication est moins évidente, par exemple parce qu'il n'y a pas d'événement aigu à l'origine du déclin fonctionnel. L'évaluation directe du patient par le réadaptateur n'est souvent pas possible.

Déterminer son potentiel de réadaptation nécessite alors un recueil d'informations spécifiques auprès de plusieurs partenaires, dont le médecin traitant. Pour ces partenaires, plusieurs

questions nous semblent particulièrement utiles à se poser pour évaluer l'indication à une réadaptation et, le cas échéant, définir le cadre et les limites de la prise en charge:

1. Quelle est l'ampleur du déclin fonctionnel actuel? La réponse apporte un élément pronostique, l'état fonctionnel du patient à sa ligne de base étant le meilleur prédicteur de son état fonctionnel futur. D'autre part, en précisant l'écart entre capacités fonctionnelles antérieure et actuelle, on peut déjà grossièrement estimer les objectifs potentiels de la réadaptation. Ces objectifs devront bien sûr être négociés et précisés avec le patient par la suite.
2. Quelle est la cinétique du déclin fonctionnel? S'agit-il d'un déclin rapide et abrupt, le plus souvent secondaire à un événement aigu (chute, infection), ou au contraire d'un déclin lent et progressif, sans réel facteur déclenchant? La pre-

mière situation est de pronostic a priori plus favorable, pour autant bien sûr que l'événement aigu ne soit pas catastrophique.

3. Quelle est la motivation du patient? Quels bénéfices attend-il d'une réadaptation et son attente est-elle réaliste? La motivation est un équilibre subtil entre les bénéfices attendus par le patient et les coûts des efforts qu'il devra assumer en réadaptation. Lorsque le patient peut définir explicitement des attentes qui ne paraissent pas d'emblée irréalistes, la situation est particulièrement favorable pour en faire un véritable partenaire de sa réadaptation.
4. Le patient souffre-t-il de comorbidités pouvant influencer négativement sur le succès de la réadaptation? A côté des comorbidités habituelles (insuffisance cardiaque, diabète, etc.), les troubles cognitifs et de l'humeur ont une importance particulière en réadaptation gériatrique. Du point de vue cognitif, le patient devrait au minimum être capable de comprendre et exécuter une commande simple (par exemple montrer du doigt la porte) pour envisager une réadaptation. La présence d'un état dépressif n'est pas en soi une contre-indication à une réadaptation, mais implique une stratégie de prise en charge différente, souvent plus complexe et impliquant une étroite coopération avec les psychogérites.

Il n'existe malheureusement pas de critères universels permettant de prédire l'issue de la réadaptation pour un patient âgé donné. C'est donc l'ensemble des réponses à ces questions qui va permettre de retenir l'indication à une réadaptation, d'en estimer les chances de succès, ou, le cas échéant, d'envisager une autre orientation.

La réadaptation: où, par qui, comment?

Actuellement, les CTR sont les principales institutions en charge de la réadaptation gériatrique dans le canton de Vaud. En rendant indispensable la présence d'un CTR dans un réseau, les NOPS ont reconnu et renforcé la place de la réadaptation institutionnelle. La surcapacité en lits de soins aigus fait cependant courir le risque du développement d'une activité de réadaptation gériatrique comme solution à la fermeture de lits. Des mesures visant à garantir la qualité des structures, processus et compétences des institutions souhaitant s'occuper de réadaptation gériatrique sont donc souhaitables. La révision en cours des normes de certification APEQ (Association pour la promotion et l'évaluation de la qua-

lité), la reconnaissance de la réadaptation gériatrique comme entité spécifique par la Société de médecine physique et rééducation, et la reconnaissance du CUTR (Centre universitaire de traitement et de réadaptation) Sylvana comme lieu de formation par cette société sont divers exemples allant dans ce sens.

Dans le futur, il est probable que l'offre en réadaptation gériatrique se diversifie, en particulier au niveau de la localisation, par exemple au domicile ou sous forme d'hôpitaux de jour, comme cela se pratique déjà dans certains pays européens.

Les processus de prise en charge en réadaptation ont déjà été décrits en détail précédemment (CMV 8/1995). La complexité des situations de patients âgés admis en réadaptation bénéficie tout particulièrement d'une approche fonctionnelle multidimensionnelle structurée et d'une prise en charge interdisciplinaire des problèmes. Dans cette approche, les divers professionnels impliqués définissent ensemble et – idéalement – avec le patient les objectifs de la réadaptation et élaborent conjointement le plan de sa prise en charge. Beaucoup reste à faire pour mieux intégrer les médecins traitants dans ces différentes étapes. Le fonctionnement en réseau devrait permettre d'aborder à nouveau les obstacles, en particulier économiques, à une meilleure collaboration.

Et après la réadaptation?

La réadaptation n'étant qu'une étape transitoire, il est nécessaire d'anticiper l'orientation des patients à l'issue de leur réadaptation. Le développement des réseaux NOPS va accentuer encore ce besoin. Dès qu'une réadaptation est envisagée, les informations concernant la situation à domicile devraient être réunies. Ces informations concernent l'aide formelle (CMS) et informelle (proches) dont bénéficiait le patient avant le problème actuel. Il est capital de savoir si le maintien à domicile était déjà problématique avant le problème actuel, et si oui, pourquoi. Actuellement, réunir ces informations est souvent difficile, plusieurs partenaires étant concernés. L'amélioration du système d'information devrait être l'une des priorités lors de la création des réseaux NOPS.

Quel futur pour la réadaptation gériatrique?

Le développement de la réadaptation gériatrique sera soumis à l'influence de nombreux facteurs. Le vieillissement démographique est bien sûr le premier qui vient à l'esprit. Cependant, selon les projections actuelles, l'augmentation de l'espérance

de vie semble s'accompagner d'une augmentation (parallèle, voire plus rapide) de l'espérance de vie sans incapacité, c'est-à-dire du nombre d'années durant lesquelles un individu ne présente pas de dépendance (par exemple dans les activités de la vie quotidienne). Il est donc possible que le vieillissement démographique n'ait qu'une influence modeste sur les besoins en réadaptation.

Par contre, les efforts de maîtrise des coûts de la santé auront un impact plus important. Diverses mesures telles que revues d'hospitalisation et fermeture de lits aigus ont abouti à une pression accrue sur les durées de séjour. Pour le patient âgé, la conséquence est souvent une sortie plus rapide, alors que son état fonctionnel n'est pas revenu à son niveau antérieur. L'introduction future d'un système de paiement prospectif des séjours hospitaliers va sans doute encore accentuer cette tendance et accroître les besoins en réadaptation. De même, le développement des réseaux NOPS devrait favoriser l'utilisation de la réadaptation, les partenaires ayant un intérêt commun à optimiser l'état fonctionnel des patients.

Finalement, les attentes des patients vont évoluer. Du rôle très passif actuel, on passera certainement à une situation où les patients participent plus activement aux décisions d'orientation.

Améliorer la qualité et la circulation de l'information

La réadaptation des personnes âgées est une intervention complexe, souvent critique pour eux et leurs proches dans l'optique d'un maintien à domicile. Les développements futurs doivent viser à améliorer la qualité et la circulation de l'information entre professionnels, à les solidariser autour de la décision d'orientation en réadaptation et à renforcer les démarches d'amélioration de la qualité. Le développement des réseaux NOPS est une opportunité à utiliser pour atteindre ces objectifs.

*Dr Christophe Büla
Division de gériatrie,
CHUV et CUTR Sylvana*

Jeune femme diplômée désire offrir ses services comme

ASSISTANTE MÉDICALE

Responsable et motivée.

Entrée immédiate ou à convenir.

Tél. 021/653 41 72 ou 078/712 79 52.

Psychiatrie de la personne âgée: quels enjeux pour demain?

Au cours de ces dernières années, la psychogériatrie s'est progressivement imposée comme une nouvelle branche de la psychiatrie. A l'instar de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent qui s'est progressivement affranchie d'un modèle *adultomorphe* pour se constituer en discipline autonome, la psychiatrie de la personne âgée a également imaginé et généré des modes d'organisations institutionnelles et d'interventions, des pratiques, des champs de recherche qui lui sont propres.

Le modèle lausannois, et plus généralement vaudois, est à ce titre particulièrement exemplaire. Il a d'ailleurs servi de référence à l'établissement, par l'Organisation mondiale de la santé et l'Association mondiale de psychiatrie, de documents de consensus qui définissent la discipline¹, décrivent les principes généraux d'organisation des soins², et proposent les objectifs et les modalités minimales de formation en psychiatrie de la personne âgée³.

Une évolution spectaculaire

Sur le plan institutionnel, la psychogériatrie vaudoise est ainsi progressivement passée d'un modèle exclusivement hospitalo-centrique vers un modèle d'offre diversifiée de soins, ouvert vers la communauté, intégré dans le réseau médico-social. Le Secteur Centre, siège des services universitaires, mais également les secteurs périphériques Ouest, Est et Nord, ont progressivement imaginé et développé des infrastructures susceptibles de répondre à la demande toujours croissante en soins psychiatriques au bénéfice des personnes âgées. Le développement d'unités d'hospitalisa-

tion de jour, de consultations ambulatoires, d'interventions de crise ou de consultations ambulatoires spécialisées (consultations de la mémoire), l'expérimentation du modèle de consultations-liaison au sein des établissements hospitaliers somatiques et des établissements d'hébergement de longs séjours (EMS) en sont une parfaite illustration.

Mais pour aussi complète que puisse paraître l'offre de soins, elle devra, dans l'avenir, faire face et s'adapter à un certain nombre d'enjeux. Ces enjeux sont de trois ordres: cliniques, d'enseignement, et de recherche. On comprend qu'ils soient au centre des préoccupations d'un service universitaire, bien qu'ils concernent également tous les autres acteurs du système de soins, professionnels et non professionnels. Il est intéressant de constater que ces enjeux ne sont pas spécifiquement vaudois, ils sont ceux de tous les pays, développés ou en voie de développement, qui auront à faire face, dans les prochaines années, à un accroissement important de leur population âgée à très âgée. Un article du dernier numéro de la prestigieuse revue *Archives of General Psychiatry* évoquait ainsi la crise prochaine auquel les systèmes de soins auront à faire face dans les vingt prochaines années en matière de santé mentale des personnes âgées⁴.

Sur le plan clinique, on a souvent réduit la mission des services de psychogériatrie à la seule prise en charge des pathologies démentielles. Il n'en est rien. Bien sûr, les services de psychogériatrie sont particulièrement impliqués dans l'aide à la prise en charge des manifestations non cognitives des pathologies démentielles, manifestations décrites sous le terme de symptômes psychologiques et comportementaux des démences (Behavioral

and Psychological Symptoms of Dementia-BPSD). Ces manifestations affectives et comportementales peuvent en outre compliquer d'autres affections neurodégénératives, ainsi que les affections cérébro-vasculaires. Mais le dépistage, le diagnostic et le traitement des stades précoces des démences, en particulier de type Alzheimer, sont assumés par de nombreux autres professionnels non psychiatres. Et, au-delà de la pathologie d'origine organique, tous les autres types de pathologies psychiatriques peuvent nécessiter l'intervention spécialisée de la psychiatrie de la personne âgée.

Troubles de l'humeur et anxiété

Ainsi les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont extrêmement fréquents chez la personne âgée: ils nécessitent des stratégies de dépistage et de traitements spécifiques, encore mal connus des médecins de premier recours. Les abus de substances psychoactives (alcool, médicaments), les schizophrénies tardives ou vieilles et leurs conséquences en particulier en milieu institutionnel (EMS), sont également des problèmes fréquents, dont

¹ WPA/WHO. *Psychiatry of the Elderly: A consensus statement* (Doc.: WHO/MNH/MND/96.7). WHO: Geneva; 1996: 1-11.

² WPA/WHO. *Organization of care in Psychiatry of the Elderly: A technical consensus statement* (Doc.: WHO/MSA/MNH/MND/97.3). WHO: Geneva; 1997: 1-15.

³ WPA/WHO. *Education in Psychiatry of the Elderly: A technical consensus statement* (Doc.: WHO/MNH/MND/98.4). WHO: Geneva; 1998: 1-9.

⁴ Jeste D. J., Alexopoulos G. S., Bartels S. J. et al. Consensus statement on the upcoming crisis in geriatric mental health: Research agenda for the next two decades. *Arch. Gen. Psychiatry* 1999, 848-853.

SVR

AVENUE DE LA GARE
LAUSANNE

SURFACES/BUREAUX
de 60 à 300 m²

Convientraient particulièrement pour
cabinets médicaux et dentaires.

Prix intéressant.

Places de parc à disposition.

Date d'entrée: à convenir.

Une visite s'impose!



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

Tél. 021/311 32 42

les taux de dépistage et de référence aux services spécialisés devraient pouvoir encore être améliorés. Mais l'un des enjeux majeurs de cette dimension clinique est probablement l'aspect de la prévention. Certaines mesures préventives concernent l'âge adulte (prévention des démences vasculaires par réduction des facteurs de risque cardio-vasculaires...) mais d'autres sont à mettre en œuvre plus spécifiquement dans la population âgée. Ainsi la prévention de l'épuisement des proches, des soignants (caregivers) de patients souffrant de pathologie démentielle, la prévention du suicide, dont on sait que l'incidence augmente très significativement dans les tranches d'âge élevées, en particulier chez l'homme, constituent également des enjeux cliniques majeurs.

Sur le plan de la recherche, la connaissance des mécanismes physiopathologiques des pathologies doit être bien évidemment améliorée. De même, de nouvelles stratégies de traitements pharmacologiques doivent être testées, en particulier compte tenu de la mise régulière sur le marché de nouveaux médicaments psychotropes dont l'efficacité et la tolérance doivent être mieux évaluées chez les patients âgés. La recherche des risques d'effets

secondaires le plus bas possible est en effet un enjeu majeur de la prescription des psychotropes chez la personne âgée. Mais les défis de la recherche vont bien au-delà de la recherche fondamentale ou pharmacologique. Elle doit s'attacher à évaluer de manière rigoureuse l'efficacité des stratégies d'interventions psychothérapeutiques (isolées ou combinées à une pharmacothérapie). De même le rôle, l'impact et les modalités d'interventions auprès des proches de patients souffrant de troubles mentaux doivent être mieux documentés. L'efficacité de nos stratégies d'interventions devrait également faire l'objet d'études contrôlées rigoureuses. On le voit, des efforts considérables sont à faire pour que la part empirique, expérimentale de notre pratique puisse acquérir le statut de nouveau savoir validé, généralisable et diffusible.

L'enjeu de la transmission des savoirs

Sur le plan de l'enseignement, il est évident que la transmission des savoirs et l'acquisition de nouveaux savoir-faire est un enjeu considérable pour une discipline jeune et en pleine évolution. Bien sûr, du fait de l'existence

d'une chaire universitaire de psychogériatrie à Lausanne, le canton de Vaud n'est pas le plus démuné en matière de formations prégraduée et postgraduée dans la discipline. Mais les besoins de formation sont probablement loin d'être couverts, en termes de formation continue auprès des médecins de premier recours par exemple. La présence d'un module de psychiatrie au sein du cours romand de formation continue de médecine gériatrique de la Société suisse de gérontologie est l'une des réponses possibles à cette demande. D'autres sont probablement encore à imaginer. De même, la réflexion actuellement en cours sur la création des réseaux de soins dans le canton sera probablement un cadre privilégié de négociation et d'adéquation de l'offre et de la demande, en ce qui concerne la formation de base et la formation continue des personnels paramédicaux, des non professionnels, du public, dans le champ de la psychogériatrie.

Nous ne saurions terminer ces quelques lignes sans rendre un hommage au professeur Jean Wertheimer, qui a contribué de manière décisive à imaginer les outils conceptuels et les modes d'organisation institutionnelle qui confèrent à la psychogériatrie son statut de discipline médicale à part entière, même si elle ne fait pas encore l'objet d'une qualification spécifique reconnue par les associations professionnelles médicales suisses. Forte de ces acquis, il appartiendra à la discipline d'affronter les défis qui se posent à elle dans les prochaines années.

*D^r Vincent Camus,
D^r Michel Gaillard
Service universitaire de
psychogériatrie-Lausanne*

Symposium

9 décembre 1999, 10-17 heures
Kursaal de Berne

Traitement des lésions vasculaires athéromateuses Médicaments modernes versus interventions

Bienvenue

F. Follath, Zurich; B. Meier, Berne

Aperçu des nouvelles possibilités thérapeutiques

Orateurs F. Follath, Zurich; F. W. Amann, Zurich

Discussion

Modérateur M. Pfisterer, Bâle

Traitement de l'ischémie cérébrovasculaire

Orateurs G. de Devoyst, Lausanne; H. Mattle, Berne

Discussion

Modérateur R. Galleazzi, Saint-Gall

Approche de l'athérosclérose périphérique

Orateurs H. Bounameaux, Genève; E. Schneider, Zurich

Discussion

Modérateur A. Gallino, Bellinzona

Angine de poitrine chronique

Orateurs P. Nicod, Lausanne; B. Meier, Berne

Discussion

Modérateur O. Bertel, Zurich

Organisation: Professeur F. Follath, Zurich

Information: AKM Congress Service, CP, 4005 Bâle
Tél. 061/686 77 11 - Fax 061/686 77 88
E-mail: info@akm.ch

IL Y A 10 ANS,
VOUS NE SERIEZ
MÊME PLUS LÀ !!!



Hébergement médico-social: culture professionnelle à développer

Au cours de ces vingt dernières années, les établissements accueillant les personnes âgées en perte d'autonomie ont subi une profonde mutation. De maisons de retraite, elles sont devenues établissements médico-sociaux.

Cette qualification médicale, qui n'est aujourd'hui plus contestée, trouve sa justification dans l'évolution de plusieurs facteurs: d'abord l'évolution démographique, bien sûr, avec un nombre toujours plus élevé de vieillards très âgés et dépendants.

Jusque dans les années 70, ceux d'entre eux qui nécessitaient des soins médicaux étaient hospitalisés pour des durées souvent très longues. Aujourd'hui, ces mêmes personnes sont placées directement en EMS. Un second facteur est lié à la politique sanitaire de ce canton, qui a décidé dans les années 80 de limiter la construction de nouveaux EMS, créant ainsi une pénurie de lits C, dont l'objectif clairement affirmé était de forcer un maintien prolongé à domicile. Pour ce faire, un réseau étoffé de centres médico-sociaux a été mis en place à cette époque. La conséquence de ces mesures a été naturellement l'admission de résidents de plus en plus dépendants, présentant souvent des pathologies multiples.

La nécessité d'une médicalisation plus importante n'a pas été reconnue d'emblée par les partenaires payeurs, qui restaient convaincus que le vieillissement est un état physiologique ne requérant que des moyens palliatifs et li-

mités. Cette vision simpliste et généraliste d'un rationnement des soins a pris fin avec l'élaboration d'un outil d'évaluation de la charge de travail généré par le pensionnaire d'EMS. L'outil PLAISIR mesure ainsi huit degrés ou niveaux de dépendance. Il rejoint en ce sens les exigences de la LAMal. Des programmes de qualité sont aujourd'hui imposés par cette même LAMal, qui rendent indispensable la création d'une culture professionnelle, qui à ce jour n'existe pas vraiment dans le monde de l'hébergement médico-social.

La qualité passe par la collaboration

En effet, c'est par le biais des critiques formulées par les associations de défense des usagers, des organes de surveillance de l'Etat (CIVEMS, Commission interservices de visite en EMS), de la récente Commission des plaintes ou encore après les retombées de certaines affaires pénales qui ont défrayé la chronique, que des ajustements se mettent en place. Il serait certainement souhaitable que les professionnels intervenant en EMS énoncent eux-mêmes leurs standards de qualité, avant qu'ils ne leur soient imposés par des gens qui ne travaillent pas sur le terrain. La cohérence interne pourrait être encore améliorée par un travail interdisciplinaire par lequel les médecins, les soignants, les aides-soignants élaborent ou évaluent ensemble les projets de soins.

Il faut aussi une cohérence externe qui permette que la trajectoire de la personne âgée dans le réseau de soins et aboutissant finalement à l'EMS ne soit pas exagérément traumatisante. Trop souvent, les personnes admises en long séjour ne sont pas ou mal préparées à vivre cet événement. Cela entraîne alors des dépressions graves, difficiles à traiter et très culpabilisantes pour les proches.

Indispensable formation continue

En rédigeant un cahier des charges qui répond aux attentes du pro-

gramme EMS 2000, le groupement des médecins travaillant en EMS a fait un premier pas dans le sens de la qualité. Mais les médecins n'échapperont pas aux évaluations de leurs compétences et devront dans cette perspective s'astreindre à une formation continue appropriée.

Force est cependant de constater que les programmes de qualité ne répondent pas à toutes les questions. La médecine d'EMS se heurte à des exigences souvent contradictoires. En effet, les attentes souvent importantes de certaines familles ou les pressions exercées par les associations de défense des résidents rendent la prise en charge parfois exagérément coûteuse, dans la mesure où elle ne trouve pas toujours une réelle justification.

L'exemple caractéristique est celui de la physiothérapie, souvent exigée par les familles de patients hémiplegiques, qui, transférés d'un CTR en EMS, ont pourtant épuisé leur potentiel de récupération. Peut-être un jour faudra-t-il ouvrir un débat public pour savoir ce que l'on veut ou ce que l'on a les moyens d'offrir aux personnes âgées, dont la proportion grandissante va fatalement poser de sérieux problèmes de financement.

Maintenant, conscient du coût de la médicalisation, le Conseil d'Etat, qui est chargé – dans le régime actuel sans convention – de décider des tarifs applicables, a pris une décision d'importance. Se conformant aux exigences de la LAMal, il a décidé que toutes les prestations effectuées en dehors de l'EMS et à charge de la caisse maladie seront désormais facturées directement au pensionnaire ou à son représentant légal.

Ainsi, toute une série de prestations ne seront dès lors plus financées par le forfait quotidien. Il en va de même d'une série de médicaments coûteux. Les conséquences de ces décisions sont de nature à rassurer les médecins qui pratiquent en EMS, dans la mesure où ils ne subiront plus les pressions administratives visant à limiter les investigations et les traitements pesant économiquement sur les finances de l'établissement. On voit donc se rétablir une égalité de traitement avec la médecine ambulatoire, et s'éloigner le risque d'une médecine à deux vitesses.

Dr Serge Cuttelod
Président du groupement des
médecins travaillant en EMS



Clinique chirurgicale et Permanence de Longeraie

S.O.S. MAIN

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

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

Laboratoire Riotton SR

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

Prélèvements

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

Prise en charge d'échantillons au cabinet

Résultats en temps réel
Fax ou service télématique

Directrice

J. Bambule-Dick
Dr ès sciences, biochimiste

Chef du laboratoire

S. Bellinazzo, chimiste

Responsable de la bactériologie

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

Nouveauté: Service gratuit de recherche bibliographique

B

BIOTOP 2000 SA

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

ACHAT, VENTE, ÉCHANGE

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

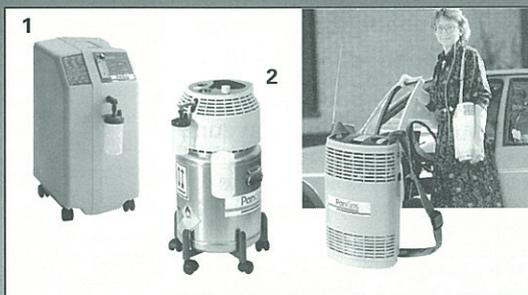
**Demandez notre liste d'articles
Soumettez-nous votre offre
Visitez nos 300 m² d'exposition**

BIOTOP 2000 SA

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

Oxygénothérapie

L'approvisionnement optimal pour le
traitement stationnaire et ambulatoire.



Exemples extraits de notre vaste programme
d'appareils:

1 Concentrateur d'oxygène

2 Systèmes à oxygène liquide

Consistent en des appareils fixes et des
unités mobiles et portatives pour l'oxygéno-
thérapie mobile de longue durée.

**PanGas - l'avance dans la technique médicale.
Demandez-nous notre catalogue spécial.**

E-mail: info@pangas.ch

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

compétent
rapide
aimable

PanGas®

Siège principal
PanGas, case postale
CH-6002 Lucerne
Tél. 041-319 97 00
Fax 041-319 98 14

Le vieillissement *actif* fait la différence

Depuis le début de notre siècle, presque trois décennies ont été ajoutées partout dans le monde à l'espérance de vie à la naissance. Cette évolution nécessite d'urgence toute l'attention des décideurs politiques du monde entier.

Actuellement, on estime à 580 millions le nombre de personnes de plus de 60 ans dans le monde et ce nombre devrait passer à 1000 millions dans les prochaines vingt années, soit une croissance de 75% dans ce groupe d'âge, tandis que pour la population mondiale totale cette même croissance serait de 50%. En 2020, environ 70% des personnes âgées vivront dans des pays en voie de développement. Ces changements représentent une révolution démographique sans précédent et nécessitent toute l'attention des décideurs politiques du monde entier.

Quand nous constatons la vitesse à laquelle la population des pays en voie de développement vieillit actuellement, nous concluons que ce même processus a été beaucoup plus lent dans les pays industrialisés. En France, il a fallu cent quinze ans pour que la population âgée passe de 7 à 14% de la population totale, tandis que dans des pays comme la Chine, le Brésil ou la Thaïlande, cette même augmentation se fera dans les prochaines vingt années.

Le 4^e âge en flèche

En même temps, l'actuelle population âgée vieillira encore plus, étant donné que le sous-groupe de personnes très âgées (plus de 75 ans) est celui qui augmentera le plus rapidement dans la plupart des pays industrialisés.

Ce qui a constitué un extraordinaire exploit pour notre siècle sera l'un des plus grands défis pour le siècle prochain: assurer la qualité de vie d'une population âgée d'une envergure sans précédent. Au centre de ce défi se trouve la santé, qui est perçue tant dans les sociétés riches que dans les plus pauvres comme l'atout le plus précieux pour une bonne qualité de vie, en particulier pour les dernières années de vie d'une personne.

Pour que les individus contribuent à la société, une bonne santé est une valeur clé. Cependant, une bonne santé est souvent le reflet du degré de

soutien que l'individu reçoit de la société. Il est également crucial d'assurer que les personnes âgées bénéficient de toutes les occasions pour rester actives. De la même façon que la santé soutient l'activité, c'est une vie active qui garantit les meilleures chances d'avoir une meilleure santé.

Comme mentionné dans la Déclaration de Brasilia sur le vieillissement (1996), les personnes âgées en bonne santé sont une ressource pour leurs familles, leurs communautés et pour l'économie. Plus elles sont actives, plus elles peuvent contribuer à la société. Les pays devraient reconnaître que vieillir en bonne santé est un facteur important à inclure dans leur agenda sur le développement et devraient considérer leur population vieillissante non comme un problème, mais comme une solution potentielle aux problèmes. Ces populations devraient être considérées d'abord et surtout comme une ressource à utiliser et non, comme trop souvent, un fardeau.

Les activités de la Journée mondiale de la santé (7 avril) en rapport

avec le thème du «vieillissement actif» ont été ciblées en particulier pour corriger certains mythes et idées préconçues, tels que:

- «La plupart des personnes âgées vivent dans les pays industrialisés.» En réalité, 355 millions des 580 millions correspondant à la population mondiale des personnes âgées vivent dans des pays en voie de développement.
- «Toutes les personnes âgées se ressemblent.» En réalité, plus les personnes vivent longtemps, plus diverse deviennent ces populations.
- «Les hommes et les femmes vieillissent de la même façon.» En réalité, il y a des différences très significatives, mais ce n'est seulement récemment que les chercheurs ont commencé à s'intéresser au vieillissement du point de vue du sexe.
- «Les personnes âgées sont fragiles.» En réalité, la vaste majorité des personnes âgées restent physiquement en bonne santé jusqu'à un âge très avancé.
- «Les personnes âgées n'ont rien à contribuer.» En réalité, la contribution nette des personnes âgées à leurs familles et communautés est significative mais difficile à quantifier étant donné que la plupart des contributions sont non rémunérées.



- «Les personnes âgées sont un fardeau économique.» En réalité, ce fardeau est provoqué, dans une large mesure, par l'exclusion des personnes âgées du monde du travail rémunéré, malgré leur volonté et leur compétence pour continuer à travailler.

Raison d'être de l'Année internationale des personnes âgées

Afin d'aider à attirer l'attention sur ces défis et ces opportunités induits par le vieillissement de la population, l'Organisation des Nations Unies a désigné 1999 Année internationale des personnes âgées. Cela permet à l'Organisation mondiale de la santé de promouvoir des politiques et des programmes pour un vieillissement actif partout dans le monde, travaillant en collaboration avec des agences gou-

vernementales, des organisations non gouvernementales, des associations professionnelles, des institutions académiques et les médias afin de fournir l'initiative pour l'organisation d'événements et d'activités. Ce qui aidera, à son tour, à former un réseau global de collaboration pour définir des politiques et des modèles de bonnes pratiques.

L'accroissement de la population mondiale des personnes âgées confronte de plus en plus les décideurs à la nécessité de faire des choix qui auront des implications à long terme pour toute la société. Les systèmes de santé, les services sociaux et les politiques pour l'emploi sont déjà en train d'être modifiés afin de s'adapter à la réalité démographique actuelle et émergente. Par la suite, l'éducation, les activités de loisir et les médias ainsi que d'autres domaines de la société seront touchés.

Le vieillissement actif, défi magnifique

Trop fréquemment des décisions sont prises en vue de répondre aux aspects négatifs que ces changements comportent sans tenir compte des avantages et bénéfiques potentiels. Les agences internationales devraient maintenant se lier à la société civile afin de trouver des réponses positives et coordonnées au vieillissement. Le succès de ces démarches dépendra des allocations de ressources pour renforcer les connaissances de base à travers la recherche, la formation et le développement des politiques. La responsabilité de l'OMS est d'assurer que le vieillissement actif devienne l'un des grands exploits du XXI^e siècle.

*Dr Alexandre Kalache
Organisation mondiale de la santé*

Accorda... une année après

A la fin du mois d'août 1998, l'OFAS, puis M^{me} Ruth Dreifuss donnaient leur accord concernant l'apparition d'Accorda, nouvelle caisse maladie créée par des professionnels de la santé (médecins, pharmaciens, cliniques, physiothérapeutes, laboratoires, etc.).

Contrairement à ce que les autres ont laissé entendre, cette caisse maladie n'est pas un club fermé. Elle est ouverte à toute la population, les prestataires de soins garantissant une prise en charge efficace dans les intérêts du malade et non pas de la caisse.

Les défis qu'Accorda se propose sont ceux d'une médecine performante tout en évitant les dépenses inutiles, libre et accessible à toutes les couches de la population. Il s'agit de démontrer aux autres acteurs du domaine des assurances que la transparence n'est pas une coquille vide et pour cela Accorda s'oblige à publier ses bilans sans aucun retard.

Dès la réception de son agrément, Accorda s'est employée à la mise en fonction de son siège à Fribourg et de son infrastructure, notamment l'informatique. Elle a choisi avec soin son personnel – le directeur, le directeur adjoint et trois employés.

En parallèle, un gros effort de marketing a été entrepris en expédiant des plaquettes et des lettres à tous les professionnels suisses de la santé et en organisant des conférences de presse.

A la fin de 1998, avec le peu de temps qui lui a été laissé, Accorda a enregistré l'admission de ses premiers assurés, même si certains obstacles ont été rencontrés. C'est le cas de «l'omission» de la part de l'OFAS de faire figurer Accorda sur le listing des caisses maladie communiqué à la population et aux médias ou encore le refus d'être admise dans le Concordat des caisses maladie.

Malgré les difficultés encourues, nous avons commencé l'année 1999 avec à peu près 900 assurés et actuellement on en dénombre environ 1200. Ces chiffres peuvent sembler peu représentatifs en comparaison des grosses caisses qui connaissent des collectives de plus de 500 000 assurés. Mais nous considérons que le démarrage est prometteur et une analyse plus approfondie permet de retenir les conclusions suivantes:

- 59% de nos assurés individuels ont opté d'emblée pour des couvertures complémentaires;
- plus de 60 contrats collectifs d'assurances perte de gain LCA ont été conclus dès les premiers mois et de nombreux accords ont été convenus pour le 1.1.2000;
- les encaissements des primes actuelles augurent d'un sain développement;
- sur le total de 2400 actions (à 2500 francs chacune) disponibles aux prestataires de soins, il reste à en repourvoir seulement 260¹.

Dans l'atmosphère actuelle de méfiance et de dialogue difficile entre les partenaires de la santé, les décideurs politiques et les divers organismes de surveillance, notre unité reste plus que jamais la seule stratégie possible.

Accorda est le creuset, le laboratoire vivant où les patients et leurs soignants pourront faire entendre leur voix et démontrer que «l'impossible peut devenir possible» si l'on met un terme aux administrations pléthoriques, aux campagnes publicitaires fastidieuses et aux frais d'avocats mandatés seulement pour «racketter» en rétrocession d'honoraires des milliers de médecins suisses. Actuellement, il s'agit de plus de 24,5% du corps médical actif – 3200 médecins intimés!

A Fribourg, un adage est sur les lèvres de tous:

«Nous sommes des vôtres, soyez des nôtres».

Dr S. Sichertiu, pédiatre FMH, membre fondateur d'Accorda

¹ Vous avez encore la possibilité de souscrire une ou plusieurs actions, sur le CCP N° 10-315-8, UBS Morges 21121502.D-243, ACCORDA S.A.

Le coin du banquier

Le bon diagnostic pour ses liquidités...

Un maximum de souplesse pour le meilleur rendement possible de leurs avoirs, c'est ce que recherchent les médecins. Votre objectif principal n'est-il pas de pouvoir consacrer un maximum de temps à vos patients, en passant un minimum de temps à la gestion de votre trésorerie?

Souhaitant répondre aux attentes de leur clientèle, les banques ont développé au cours de ces dernières années des produits spécifiques dans le domaine des prestations créancières. Des comptes particulièrement adaptés aux professions libérales, qui privilégient une gestion souple et efficace, tout en garantissant une rentabilité intéressante, ont été créés.

On le sait, les besoins financiers évoluent au cours de la carrière d'un médecin. Après une période d'investissement dans de longues études et une formation exigeante se présentent d'importants engagements financiers pour l'installation d'un cabinet. Cette phase d'installation passée, les besoins évoluent; vient alors le moment de gérer au mieux ses liquidités.

Plusieurs types de comptes peuvent être envisagés pour la gestion financière d'une entreprise. La rémunération offerte sur les différents comptes dépend avant tout de la liquidité de ceux-ci. Ainsi, plus la durée du dépôt, respectivement le délai requis pour disposer de ses avoirs, est importante, plus les taux offerts seront attractifs.

Les comptes généralement proposés par les banques sont:

- Le compte à vue: sans délai ni limite de retrait pour les montants disponibles, en tenant compte de la limite de crédit, le cas échéant. Faible rémunération. Ce compte est idéal pour la gestion courante.
- Le compte trésorerie: idéal pour la gestion des liquidités et plus performant, en matière de taux d'intérêt, que le compte à vue. Un taux progressif attractif, lié à l'importance des sommes déposées, permet au client d'obtenir une rémunération supérieure tout en conservant une souplesse bienvenue. Une contrainte: l'utilisation des moyens électroniques de paiement.
- Le compte à terme: ce compte convient pour un placement d'une durée et d'un taux d'intérêt fixés à l'ouverture du compte. Ce type de

compte n'offre pas de souplesse, les taux sont basés sur ceux du marché monétaire.

D'autres types de comptes ou de placements peuvent également être envisagés:

- Compte de placement: il s'agit, en fait, d'un compte épargne adapté aux professions libérales. Il convient aux placements à moyen terme: provisions, investissements futurs (par exemple renouvellement ou acquisition d'un équipement onéreux). S'agissant de placement à moyen terme assorti de limite de retrait, le taux d'intérêt est plus élevé.
- Compte de gestion immobilière: ce compte permet de gérer en toute tranquillité ses avoirs immobiliers, qu'ils soient pour un usage privé ou liés à l'exploitation d'un cabinet médical.
- Placements à long terme: fonds de placement et gestion de fortune. En matière financière, il en va comme en médecine. Que vaudrait

une liste de médicaments, même accompagnée d'une notice d'utilisation, sans le conseil du médecin? La gestion de la trésorerie demande, elle aussi, les conseils du spécialiste. Celui-ci est à même de proposer des solutions personnalisées afin d'offrir le meilleur rendement pour vos avoirs, tout en gardant la souplesse nécessaire à la gestion d'un cabinet.

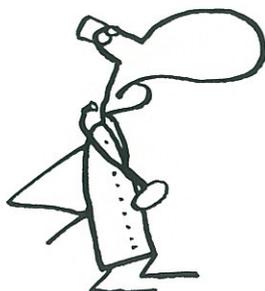
Banque Cantonale Vaudoise

Questionnez, on vous répondra...

Vous avez des questions au sujet des nouveautés en matière de prestations créancières? Des spécialistes de la BCV sont prêts à vous répondre.

- Vous avez des questions d'ordre général: veuillez les envoyer par écrit au Secrétariat de la Société vaudoise de médecine, route d'Oron 1, 1010 Lausanne, qui se chargera de les transmettre. Vous trouverez la réponse dans une prochaine édition de votre magazine.
- Vous avez des questions d'ordre personnel: vous pouvez vous adresser à votre conseiller bancaire ou directement à M^{me} Françoise Badmagrian, conseillère pour la clientèle des professions libérales et des indépendants au siège de la Banque Cantonale Vaudoise à Lausanne, au 021/212 27 69.

LA COURBE DE TEMPÉRATURE DE VOTRE TRÉSORERIE EST EXCELLENTE !



Nix & REMIX

Vous ne sortez
pas tous
du même moule



italiques

C'est la raison pour laquelle nous avons développé une palette de services et de prestations souple et diversifiée dans le domaine du private banking. Répondre à vos besoins en matière de conseil financier et patrimonial dans le cadre d'une relation proche et personnalisée avec un conseiller est notre premier objectif. C'est en effet le seul moyen d'apprendre à vous connaître suffisamment pour être en mesure de vous proposer une vision globale de votre situation et vous recommander les produits et instruments que nous avons créés pour vous. Pour développer une relation financière qui sorte du rang, **APPELEZ-NOUS AU 021 212 23 41. BCV PRIVATE BANKING, LA FINANCE À VOTRE PORTÉE.**

 **Banque
Cantonale
Vaudoise**

PRIVATE BANKING

Communiqués

Association romande pour la psychothérapie analytique de groupe (ARPAG)

3^e cycle de la formation à la psychothérapie de groupe et au psychodrame – Lavigny

Il s'agit d'une formation organisée sur dix week-ends étalés sur deux ans dès janvier 2000, combinant enseignement théorique et expérience personnelle.

Renseignements et inscriptions: Vittorio Bizzozero – 6, ch. de la Tourelle – 1209 Genève – Tél. 022/788 09 18, fax 022/788 33 12.

Psychosomatique: une formation pour la Suisse romande

La Chambre de médecine a reconnu en juin 1999 la création d'une attestation de formation complémentaire en médecine psychosomatique et psychosociale, dont le contenu d'application est inscrit dans le règlement de l'APPM (Académie suisse de médecine psychosomatique et psychosociale).

Une première volée composée de 50 médecins de premier recours a suivi en 1999 six journées de formation, complétées par des heures de super-visions individuelles ou en groupe.

Le contenu de cette première année est basé essentiellement sur la relation médecin-malade tandis que la seconde année traitera des différents problèmes de psychiatrie courante rencontrés dans un cabinet de médecine de premier recours.

La formation comporte 144 heures, réparties sur deux années, et est en voie de reconnaissance comme module de base pour l'attestation de formation complémentaire pour la médecine psychosomatique et psychosociale. La formation complète compte un total de 360 heures dont les modalités sont en cours d'élaboration.

Une deuxième volée commencera en janvier 2000. Si vous êtes intéressé, vous pouvez vous inscrire auprès de: M^{me} Esther Robert – Division de psychiatrie de liaison, Hôpitaux universitaires de Genève – Bd de la Cluse 51, 1205 Genève, tél. 022/382 48 70, fax 022/382 48 99.

Des renseignements peuvent être pris auprès des représentants cantonaux suivants:

- Fribourg: D^r J.-J. Pauchard (tél. 026/411 26 31)
 Jura: D^r L. Schaller (tél. 032/493 68 68).
 Neuchâtel: D^r J. Tissot (tél. 032/913 54 55)
 Valais: D^r M.-C. Pralong (tél. 027/322 75 73).
 Genève: D^r G. Zanoni (tél. 022/328 45 25)
 Vaud: D^r D. Widmer (tél. 021/320 42 60).

25^e anniversaire des groupes de professionnels de la santé d'Amnesty International

Cette année, les Health Professionals d'Amnesty International fêtent leur 25^e anniversaire d'existence.

A cette occasion, le groupe des professionnels de la santé de Suisse romande organise une conférence-débat le 15 décembre 1999, au Palais de Beaulieu, à Lausanne, dès 20 heures.

Les thèmes seront: **Les droits de l'homme au seuil du 3^e millénaire. Importance de l'éducation aux droits humains et rôle des professionnels de la santé dans la lutte pour le respect de ces droits.**

Interviendront: le professeur Albert Jacquard, généticien, Paris; le D^r Stanislas Tomkiewicz, pédopsychiatre, Paris; M^{me} Rosette Poletti, infirmière, enseignante et rédactrice, et Denis Müller, professeur d'éthique à la Faculté de théologie de Lausanne.

Une grande place sera réservée aux échanges entre le public et les intervenants.

Cette réunion vise à renforcer le lien entre les organisations actives dans le domaine des droits de la personne et les institutions de formation des professionnels de la santé. Elle vise aussi à marquer la volonté des GPS de susciter un sentiment de responsabilité collective auprès des professionnels de la santé concernant les abus des droits humains.

HÉMATOCRITE HETTICH
avec disque

À VENDRE FR. 550.-

Tél. 021/646 37 32

Cours de formation en radioprotection et en technique radiologique destiné aux médecins non radiologues

Date	Lieu	Inscription	Confirmation
13 au 17.12 1999	Genève	25.10 1999	01.11 1999

Ce cours est organisé par un comité de la Fondation PRORAME (promotion de la radioprotection dans le domaine médical).
 La fréquentation du cours et la réussite de l'examen donnent droit à un certificat reconnu par l'Office de la santé publique comme expert pour l'utilisation d'une installation radiologique dans le domaine des examens à faible dose d'irradiation.
Finance d'inscription: Fr. 1800.-.
Information: Institut de radiophysique appliquée, Centre universitaire, 1015 Lausanne, tél. 021/693 31 65.

CABINET MÉDICAL À REMETTRE

130 m², centre-ville d'Yverdon-les-Bains.
 Loyer Fr. 1445.-.
 Entièrement équipé.
 Prix Fr. 60 000.-.
 GST Partenaires SA, tél. 079/358 30 00.

Le bon diagnostic...

Optez pour la sécurité !

Volvo V70 2.0i, 5 portes, dès Fr. 37'800.-

ou en leasing Fr. 592.-/mois*



VOLVO

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

Dépôt de garantie Fr. 3'000.-.

MON REPOS  **AUTOMOBILE SA**

Groupe Ets R. Leuba & Fils

Rue Etraz 14, 1003 Lausanne, tél. 021/310 03 93

P clientèle à disposition

R.C Pont Assurances s.à r.l.

(ASM MAC MEDISERVICE en Romandie)

va beaucoup plus loin

**que gérer
votre portefeuille
d'assurances,**

et vous proposer

**les meilleurs contrats
disponibles...**

pour en savoir plus:

<http://www.rcpont.com>

72, rue de Lausanne

case postale 62

1211 Genève 21

Tél. 022/731 25 26

Fax 022/731 24 64

E-mail: rcpont@swissonline.ch

TRAITEMENT DES MALADIES PSYCHIATRIQUES

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

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

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

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

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

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

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

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



CLINIQUE LA MÉTAIRIE

Département de psychiatrie générale

Chemin de Bois-Bougy CH-1260 Nyon

Téléphone 022 361 15 81

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

E-mail: contact@lanetairie.ch

Etat du dossier TarMed

Les dernières nouvelles sur la structure figurent toutes dans le *BMSN* n° 41.

La version alpha a été conclue entre les partenaires du groupe TarMed (CAMS, CDS, H+, FMH, CTM) le 24 septembre 1999.

Dans cette version, les recommandations de Monsieur Prix ont pu être adoptées de façon diminuée, ce qui est un succès relatif.

Par exemple: revenu de référence (qui n'est ni un revenu garanti ni un revenu moyen) de Fr. 207 000.-. Par contre, les heures de travail annuel ont pu rester à la somme de 1920 et non de 1976 comme le recommandait Monsieur Prix.

Les 5 dernières minutes d'une consultation seront désormais facturées à hauteur de 2 minutes et demie et non pas de 5 minutes. On accède ainsi à une demande de Monsieur Prix. Si la consultation ne dure que 5 minutes, les 2 minutes et demie ne seront pas amputées.

Les limitations des suppléments à la première consultation tombent, si les médecins facturent électroniquement. Ce qui devrait être le cas pour quasiment tous les médecins avec le TarMed, estime la FMH.

Pour les médecins consultants, une prestation technique supplémentaire de 65 centimes par minute a été obtenue, et c'est un acquis de très longue lutte contre les assureurs.

On rappelle que les valeurs intrinsèques (Dignität) échelonnées de 5 à 12 sont associées au titre FMH et à une prestation: il ne s'agit pas de la valeur du fournisseur de prestation lui-même. D'autre part, la FMH a prévu des dispositions transitoires pour les non-porteurs de titre FMH; ces derniers devront opter pour un titre de leur choix, titre auquel ils ne seront que rattachés, ce qui leur permettra de facturer avec TarMed.

D'ici à la mi-décembre, la structure tarifaire sera remaniée à deux reprises,

la version alpha 2 du tarif étant disponible dès à présent sur le site FMH, la version alpha 3 devant être disponible sur le site FMH le 15 décembre 1999. La structure tarifaire sera présentée pour acceptation à la Chambre médicale de février 2000, la Chambre médicale de novembre étant donc repoussée. Par la suite, une votation générale des membres de la FMH est à prévoir. Jusqu'à présent, il était impératif d'arriver à un accord sur la structure tarifaire avec le CAMS d'ici à avril 2000, en raison du forcing imposé par le Département fédéral de l'intérieur. En effet, le délai pour une structure tarifaire uniforme était fixé fin 1997 par ordonnance fédérale. L'accord, tout du moins sur la structure tarifaire avec le CAMS est donc impératif. Quant à la date d'introduction du tarif, celle-ci dépendra surtout des moyens techniques à mettre en œuvre.

Lors de la Conférence des présidents du 13 novembre, un consensus a été obtenu quant à la réévaluation d'un facteur 1.2 du catalogue opératoire. Ce facteur s'appliquera aux prestations techniques et chirurgicales des actes correspondant à une dignité FMH 5 et 6 uniquement. La finalisation de la structure est en cours, la FMH, la FMS et la FMP y participant.

Le concept de neutralité 5.0 (supplément *BMSN* n° 25) ayant été refusé

à l'unanimité par les médecins lors de la Chambre médicale de juin, une version 6.0 est en cours d'élaboration entre les partenaires. Lors de sa présentation à la Conférence des présidents du 13 novembre, il fut proposé de se baser sur les chiffres du CAMS. Cela a été vivement critiqué en raison du manque de transparence de ces chiffres ainsi que de leur manque de fiabilité dans certains domaines. La neutralité des coûts s'applique aux coûts par assuré et non en tant qu'enveloppe budgétaire globale.

Introduction dans les différentes conventions

Le tarif AA/AMF/AI sera négocié entre la FMH et les assureurs fédéraux.

En l'an 2000, des études pilotes (=facturation réelle avec le TarMed) seront organisées dans sans doute huit cantons avec tous les partenaires d'un canton (assureurs, hôpitaux, médecins...) pour le tarif LAA. Aucun canton universitaire ne s'y lance. Cantons pressentis: TG, FR, VS, UR, UW et GL.

Le tarif LAMal est introduit dans les cantons et négocié entre les partenaires tarifaires cantonaux, donc pas la FMH qui passe ici le relais aux sociétés cantonales de médecine pour ce qui est de l'organisation et du financement.

Etude TarMed de la SVM

La SVM compte mener sa propre étude de terrain (= facturation en parallèle, mais paiement par l'ancien tarif). Une séance a eu lieu le 4 novembre pour échanger des informations et constituer une commission TarMed; tous les présidents de groupement de spécialistes ont été invités à déléguer un membre de leur groupement pour cette séance. L'institution de la commission sera avalisée lors de l'Assemblée des délégués du 25.11.1999.

Composition de la commission TarMed de la SVM suite à la séance du 4 novembre

1. Dr C. Steinhäuslin: chirurgien et vice-président de la SVM.
2. Dr P. Rosselet: président de la commission des honoraires ambulatoires de la SVM.
3. Dr J. P. Pavillon: généraliste et président de l'Assemblée des délégués.
4. Dr A. Regamey: pédiatre.
5. Dr J. M. Lambercy: gynécologue.
6. Dr R. Meuli: radiologue.
7. Représentant des médecins internistes.

L'étude de terrain mise sur pied par la SVM se fera sur un échantillon représentatif des différentes spécialités. Les résultats serviront à déterminer la valeur du ou des points lors de la négociation de la nouvelle convention ambulatoire avec les assureurs vaudois. La valeur du point médical devra être la même pour l'ambulatoire des hôpitaux.

D'autre part, la SVM estime nécessaire de mettre en place une étude continue pour suivre la valeur du point, via le suivi des honoraires, pendant quelques années, jusqu'à stabilisation de ladite valeur.

Médecin généraliste, désireux de réduire son intense activité,

**CHERCHE UN AUTRE GÉNÉRALISTE
(OU INTERNISTE)**

pour s'associer en cabinet de groupe.

Cabinet bien implanté en campagne, proximité Ouest lausannois.

Début d'activité souhaité dès que possible, selon entente.

Ecrire sous chiffre CMV 25.11.99, Inédit Publications SA, case postale 74, 1025 Saint-Sulpice.

Calendarier médical vaudois

Période du 29 novembre 1999 au 17 décembre 1999

LUNDI 29 NOVEMBRE 1999

14 h-15 h: Colloque du métabolisme phosphocalcique – D^{rs} J. Burnand et M.-A. Krieg: «Maladie de Sudeck et diphosphonates» – CHUV, Lausanne, salle 10-301.

18 h: Colloque du DSCA – Professeur R. Chioléro et M. C. Foppa: «Commission d'éthique: mode d'emploi» – CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

MARDI 30 NOVEMBRE 1999

12 h 30-13 h 30: Colloque de neurologie – D^r B. Nater: «Traitement actuel des migraines» – CHUV, Lausanne, salle de colloques de neurologie, BH 13.

MERCREDI 1^{ER} DÉCEMBRE 1999

17 h 30-18 h 30: Conférence postgraduée du service d'anesthésiologie – D^r J.-P. Tournadre, Lyon: «Modifications de la motricité digestive dans la phase périopératoire» – CHUV, Lausanne, auditoire Yersin.

19 h: Colloque de l'Hôpital de Lavaux – Professeur Th. Krompecher: «Aspects médico-légaux de l'alcoolisme» – Hôpital de Lavaux, Cully, salle de conférences du Pavillon.

JEUDI 2 DÉCEMBRE 1999

7 h 15-8 h 15: Formation du Service d'anesthésiologie – D^r J.-P. Tournadre, Lyon: «Anesthésie pour estomac plein» – CHUV, Lausanne, salle de colloques ALG BH 05.

10 h 15-12 h 30: Colloque du Département de gynécologie-obstétrique – «Mise en œuvre du RU 486» – CHUV, Lausanne, auditoire de la Maternité.

12 h 30: Colloque de pneumologie – D^r Ch. Weilenmann: «Complications à long terme des immunosuppresseurs» – CHUV, Lausanne, salle de séminaire 3.

16 h-17 h 30: Colloque de la Division de cardiologie – D^r Juan Ruiz: «Cœur et diabète: le point de vue du diabétologue» – CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

VENDREDI 3 ET SAMEDI 4 DÉCEMBRE 1999

Vendredi: 9 h-12 h 30-14 h-17 h 30; samedi: 9 h-12 h 30: Séminaire du Centre d'étude de la famille – M^{me} E. Tilmans-Ostyn: «L'approche spécifique de la fratrie dans le processus thérapeutique» – Site de Cery – Renseignements et inscriptions: CEF, Centre d'étude de la famille, site de Cery, 1008 Prilly, tél. 021/643 64 01, fax 021/643 65 93.

LUNDI 6 DÉCEMBRE 1999

17 h 30: Colloque du Service de chirurgie – Professeur H.-B. Ris: «Abcès pulmonaire et empyème pleural» – CHUV, Lausanne, salle de colloques 325, BH 15.

18 h 30: Colloque de recherche du DHURDV – D^{rs} D. Liénard, P. Romero et D. Speiser: «Exposé sur leur recherche du mélanome malin» – Hôtel Rives-Rolle, Rolle – Renseignements: secrétariat du Service de dermatologie du CHUV, tél. 021/314 03 50.

MARDI 7 DÉCEMBRE 1999

8 h-9 h: Colloque du Laboratoire de neurochimie du Département de pédiatrie – D^r M. Neadov-Beck: «Leucopénies, neutropénies: signification et attitude» – CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

8 h 15-9 h 45: Séminaire de recherche du Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (SUPEA) – D^r J. Manzano: «Re-

cherche et prévention dans la dépression du post-partum» – SUPEA, Lausanne, rue du Bugnon 23 A, salle des séminaires.

11 h: Colloque de l'Hôpital psychogériatrique – D^r M. Bahaa El Dine: «Virage maniaque chez le sujet âgé, induit par un traitement antidépresseur, en présence ou en l'absence de lésions cérébrales» – Hôpital de psychogériatrique, Prilly, salle Villa.

12 h 30-13 h 30: Colloque de neurologie – Professeur J. Janzer: «Neuropathologie» – CHUV, Lausanne, salle de colloques de neurologie, BH 13.

17 h: Colloque de la Division d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme – Professeur R. C. Gaillard et D^r E. Fontana: «Hypophysite gigantocellulaire. A propos d'un cas» – CHUV, Lausanne, salle des séminaires 301, BH 10 – Renseignements: tél. 021/314 05 96.

MERCREDI 8 DÉCEMBRE 1999

14 h: Séminaire de l'Institut universitaire de médecine légale – D^{resse} E. Vaz et professeur B. Proust, Rouen: «Organisation de la médecine légale dans un institut de médecine légale à vocation régionale» – Institut universitaire de médecine légale, Lausanne, rue du Bugnon 21, salle de conférences.

16 h 30: Séminaire de l'Institut universitaire romand de santé au travail (IST) – M. D. Vernez: «Application d'une analyse de risque combinée FTA/ETA au transport des marchandises dangereuses en tunnel» – IST, Lausanne, rue du Bugnon 19, salle de colloques.

17 h 30-18 h 30: Colloque commun du Service de neurologie et de radiologie – Professeur C. Boesch, Berne: «Magnetic Resonance spectroscopy: basic concepts and clinical application» – CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

17 h 30-18 h 30: Conférence postgraduée du Service d'anesthésiologie – Professeur S. Mollieux, Saint-Etienne: «Anesthésie à objectif de concentration: principes et applications» – CHUV, Lausanne, auditoire Yersin.

JEUDI 9 DÉCEMBRE 1999

7 h 15-8 h 15: Formation du Service d'anesthésiologie – Professeur S. Mollieux, Saint-Etienne: «Utilisation des morphiniques en l'an 2000» – CHUV, Lausanne, salle de colloques ALG, BH 05.

9 h-13 h: Symposium du Service de neurologie – Professeur J. Bogousslavsky: «Les frontières de la neurologie» – CHUV, Lausanne, auditoire César-Roux – Renseignements: secrétariat du D^r Bogousslavsky, CHUV, tél. 021/314 12 20.

12 h 15-13 h 45: Colloque de l'Unité multidisciplinaire pour la santé des adolescents (UMSA) – D^r B. Jeanin-Jacquet: «Les adolescents auteurs et victimes de violence: leçons de l'enquête HBSC» – UMSA, av. de Beaumont 48, Lausanne.

15 h-19 h: Réunion romande de réanimation – Professeur X. Leverve, Grenoble: «Effets cellulaires de l'hypoxie» – CHUV, Lausanne, auditoire Tissot – Renseignements: secrétariat du D^r M.-D. Schaller, division de soins intensifs, tél. 021/314 16 32.

17 h 15: Cérémonie de remise des prix de la Faculté de médecine – CHUV, Lausanne, auditoire César-Roux.

18 h 30: Colloque des orthopédistes romands – Professeur M. Dutoit: «La maladie de Legg-Perthes-Calvé» – Hôpital orthopédique, av. Pierre-Decker 4, Lausanne, auditoire Placide-Nicod, niveau 05-est.

VENDREDI 10 DÉCEMBRE 1999

9 h-17 h: Journée de sensibilisation organisée par l'ISPA – «Femmes et dépendances: vers une approche spécifique selon le sexe» – Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), av. Ruchonnet 14, Lausanne – Renseignements et inscriptions: ISPA, administration, M^{me} Danielle Ayer, tél. 021/321 29 85.

LUNDI 13 DÉCEMBRE 1999

14 h-15 h: Colloque du métabolisme phosphocalcique – D^r L. Sandini: «Ostéoporose chez l'homme: mise au point à la veille de l'an 2000» – CHUV, Lausanne, salle 10-301.

17 h 30: Colloque du Service de chirurgie – Professeur H.-B. Ris: «Thoracoscopie» – CHUV, Lausanne, salle de colloques 325, BH 15.

MARDI 14 DÉCEMBRE 1999

17 h: Colloque de la Division d'endocrinologie, diabétologie et métabolisme – D^r L. Portmann: «Problèmes diagnostiques et thérapeutiques dans l'hyperthyroïdie» – CHUV, Lausanne, salle des séminaires 301, BH 10 – Renseignements: tél. 021/314 05 96.

MERCREDI 15 DÉCEMBRE 1999

17 h 30-18 h 30: Conférence postgraduée du Service d'anesthésiologie – Professeur P. Ravussin, Sion: «Anesthésie pour chirurgie intracrânienne» – CHUV, Lausanne, auditoire Yersin.

JEUDI 16 DÉCEMBRE 1999

7 h 15-8 h 15: Formation du Service d'anesthésiologie – Professeur P. Ravussin, Sion: «Contrôle des voies aériennes» – CHUV, Lausanne, salle de colloques ALG, BH 05.

8 h 30-13 h: Colloque du DHURDV Lausanne/Genève – «Maladies infectieuses en dermatologie» – Pagode Novartis Consumer Health Schweiz SA, Nyon – Renseignements et inscriptions: Secrétariat du Service de dermatologie du CHUV, tél. 021/314 03 50.

12 h 15-13 h 45: Colloque de l'Unité multidisciplinaire pour la santé des adolescents (UMSA) – D^r S. Renteria et M^{me} D. Wyss: «Le choix d'une contraception à l'adolescence: risques, limites et compliance» – UMSA, av. de Beaumont 48, Lausanne.

13 h: Colloque de pneumologie – D^r Ch. Reynard: «Transplantation pulmonaire: données du collectif du CHUV» – CHUV, Lausanne, salle des séminaires 6.

16 h-17 h 30: Colloque de la Division de cardiologie – Professeur M. Pfisterer, Bâle: «Artères coronaires occluses: faut-il toutes les reperméabiliser?» – CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

16 h-18 h: Colloque du Service de neurologie – D^{rs} M. Reichhart et X. Borruat: «Présentation de cas par les Services d'ophtalmologie, ORL, neurologie et neurochirurgie» – Hôpital ophtalmique Jules-Gonin, Lausanne, auditoire.

VENDREDI 17 DÉCEMBRE 1999

10 h 30: Séminaire de l'Institut de pharmacologie et de toxicologie – Professeur A. Conzelmann, Fribourg: «Biosynthesis, remodeling and transport of GPI proteins in the yeast *Saccharomyces cerevisiae*» – Institut de pharmacologie et de toxicologie, rue du Bugnon 27, Lausanne, entrée C3, 1^{er} étage, salle de conférences.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 20 décembre 1999 et le 4 février 2000: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 6 décembre 1999.

La nuit porte conseil...



Franchement, est-ce que vous avez la gestion de votre cabinet en ordre ? Rond – sans frais – sans impayés pléthoriques ? Vous avez-vous orchestré votre temps pour pouvoir passer plus de heures ou êtes-vous resté scotchés devant leur PC quand toute la ville s'est assoupie ? **Et pourquoi n'adhérez-vous pas à la Caisse des Médecins ?** Vous avez là un partenaire multiprestation aux méthodes parfaitement rodées. Aucun ne propose un éventail aussi complet de solutions judicieusement imbriquées cou-

vrant l'ensemble des besoins de votre cabinet. Côté logiciel, gestion d'ensemble, communication ou techniques des cabinets, nous avons une longue expérience. Des séminaires de formation et des séminaires professionnels aussi approfondis. Et aucun autre ne pratique des tarifs aussi compétitifs. La Caisse des Médecins ? Rien de tel pour économiser vos forces, vos nerfs, votre temps et votre argent. Alors, qu'attendez-vous ?



contrôle de l'asthme
nouveau

tout en un,
c'est plus simple



Admis par les caisses-maladie

seretide®
Salmétérol/Fluticasone

... comme si l'asthme n'existait plus

Seretide® Diskus®: Principes actifs: Salmétérol 50 µg pour tous les dosages; Fluticasone 100 µg, 200 µg ou 500 µg selon le dosage. **Indication:** Traitement à long terme de l'asthme bronchique si un traitement mixte est indiqué. **Posologie/Mode d'emploi:** Seretide® est destiné à l'inhalation. Adultes et adolescents à partir de 12 ans: 2 fois par jour 1 dose unitaire de Seretide® Diskus® 100, 250 ou 500. Enfants de 4 ans et plus: 2 fois par jour 1 dose unitaire de Seretide® Diskus® 100. **Limitations d'emploi:** Contre-indications: Hypersensibilité à l'un des composants de Seretide Diskus. Précautions: Prudence chez les patients atteints d'hypertension, de sténose sous-aortique hypertrophique idiopathique, de troubles cardio-vasculaires accompagnés d'arythmies, d'infarctus du myocarde récent, de diabète sucré, hyperthyroïdie, tuberculose pulmonaire active ou quiescente, ou de mycose pulmonaire. Lors d'une crise d'asthme aiguë, un β₂-stimulant de courte durée d'action (p.ex. Ventolin) doit être administré. **Catégorie de grossesse:** C. **Effets indésirables:** Trémor, agitation, sécheresse de la bouche, irritations de la muqueuse de la gorge, enrouement, infection à Candida albicans localisée à la muqueuse buccale et pharyngée, céphalées, palpitations cardiaques, tachycardie, crampes musculaires, myalgies, arthralgies, réactions d'hypersensibilité, bronchospasme paradoxal. **Interactions:** β-bloquants non sélectifs (p.ex. propranolol); prudence avec les β-bloquants cardio-sélectifs. Possibles interactions avec d'autres stimulateurs β₂ ou d'anticholinergiques (effet additif) ou avec des inhibiteurs de l'enzyme CYP3A4. **Présentation:** Seretide® 100, 250 et 500 Diskus®, 60 doses unitaires. **Liste OICM:** B, **tous les dosages sont remboursés par les caisses-maladie.** Pour de plus amples informations veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments. (Mise à jour de l'information: décembre 1998)

GlaxoWellcome

Glaxo Wellcome AG · 3322 Schönbühl
www.glaxowellcome.ch