

COURRIER DU MÉDECIN VAUDOIS

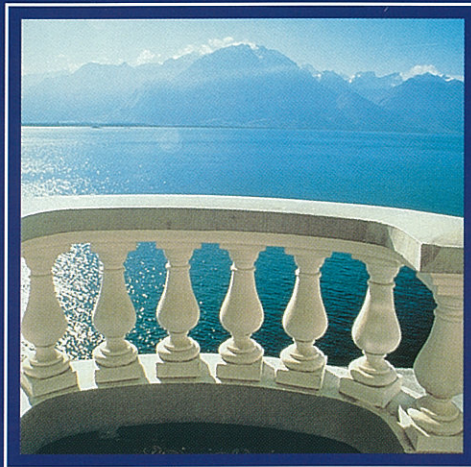
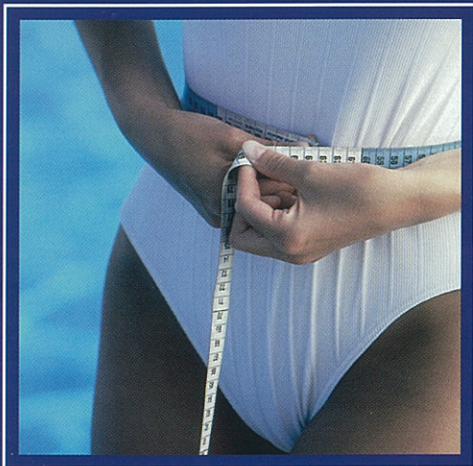
**«Guidelines, potion magique
ou poison subtil?»**

REVUE DE LA
SOCIÉTÉ VAUDOISE DE MÉDECINE

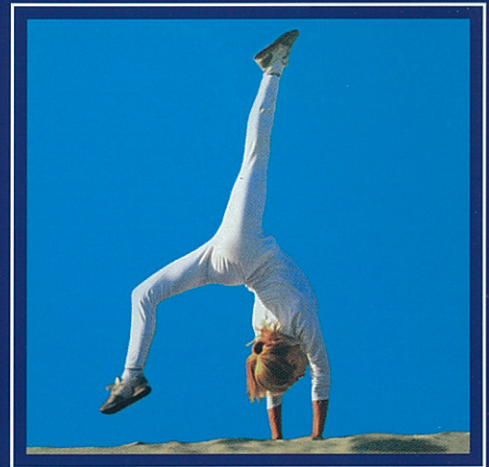
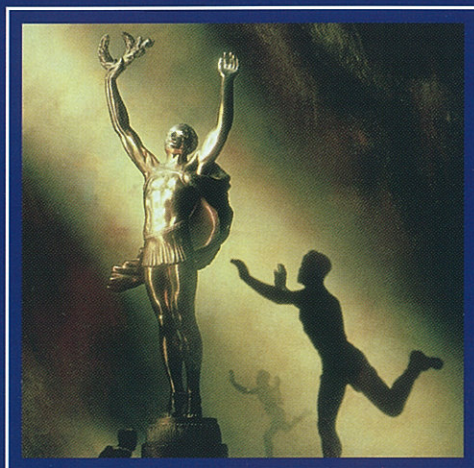
5

SEPT.
1999

RETROUVEZ DYNAMISME ET VITALITÉ À **BIOTONUS** CLINIQUE BON PORT



RAJEUNISSEMENT
REMISE EN FORME
AMAIGRISSEMENT
DÉSINTOXICATION
RÉHABILITATION
CARDIAQUE
RÉADAPTATION
FONCTIONNELLE



SONT NOS CLÉS DU SUCCÈS!

BIOTONUS CLINIQUE BON PORT - RUE BON-PORT 21 - 1820 MONTREUX
TÉL. (021) 966 58 58 - FAX (021) 966 57 58 - E-MAIL: BIOTONUS@VTX.CH

Editorial

«Guideline»: le mythe de la moyenne

«Guideline»: le mot anglais me fait indiscutablement penser au «guide-âne» français; il a une connotation nettement contraignante: on donne aux enfants un guide-âne pour leur apprendre à écrire bien droit, sur la ligne, alors que leur tempérament optimiste les inciterait peut-être à faire monter leurs lignes jusqu'au ciel... A l'inverse, la locution française «recommandations de pratique clinique» est plus souple. Je souscris plutôt à cette souplesse: la médecine est-elle vraiment réductible à un ensemble de règles à appliquer; ou constitue-t-elle encore un art, fondé sur le sens de la responsabilité du praticien et sur son aptitude à établir un diagnostic et instaurer une prise sans charge en accord avec son patient?

Aujourd'hui, de l'école en passant par l'Etat ou les entreprises commerciales, la grande mode est à l'évaluation; celle-ci implique des critères, lesquels sont concoctés par une bureaucratie toujours plus envahissante, y compris dans des domaines qui ne devraient pas être touchés par elle. Certains diront: «Il faut bien établir des réglementations pour contraindre les brebis galeuses à rentrer dans le droit chemin!» Or, par définition, les brebis galeuses restent sourdes aux recommandations, rarement capables de les atteindre!

La réglementation à outrance est en revanche l'outil de la «normativité» et induit toujours une régression vers la moyenne, phénomène statistique qui n'est pas toujours bénéfique. Certes, elle permet d'obtenir un standard minimal, ce qui, en matière de soins, est un acquis. Mais faut-il vraiment traquer la surqualité comme le font les réglementations de l'économie commerciale, où surqualité est souvent synonyme de vice générant des coûts superflus?

Suite page suivante

Sommaire

1

Editorial

3

Dossier

Des recettes de cuisine utiles?
Existe-t-il d'autres approches?
Guidelines en médecine de premier recours: utopie?
Guidelines: quelle utilité en pratique clinique?
Peut-on débarrasser les guidelines de leur potentiel de dangerosité?

12

Relations avec les caisses

13

Communications de la SVM

14

Assemblée des délégués

15

Formation continue

19

Courrier du docteur

20

Calendrier médical vaudois

**COURRIER
DU MEDECIN
VAUDOIS**

Prochaines parutions:

N° 6/99
4 octobre 1999
(délai rédactionnel:
30 août 1999)

N° 7/99
29 novembre 1999
(délai rédactionnel:
25 octobre 1999)

Le «bon» médecin doit tendre, pour son patient, à la surqualité, tout en veillant, bien sûr, à la contention des coûts: ses actes médicaux ne sont pas seuls en cause, or les guidelines traitent exclusivement des actes, jugés opportuns ou inopportuns. C'est oublier que la surqualité médicale passe par l'attitude que le médecin adopte face à son patient et sa famille, par sa volonté de le traiter en partenaire de sa guérison, par sa capacité à offrir un peu de compassion, et par son aptitude à juger si tel ou tel traitement est de nature à aider le patient à surmonter son problème de santé. Pour que le médecin puisse consacrer le temps nécessaire à cet aspect de son métier, il faut qu'il puisse jouir d'une liberté d'appréciation satisfaisante. Faute de quoi il traitera ses patients à la chaîne, sans se préoccuper de leurs angoisses, de leur entourage, de toute cette souffrance mal gérée qui provoque des états maladiés... et augmente les coûts de santé. Les guidelines nous transformeront-elles progressivement en fonctionnaires de la santé?

Certes, les recommandations de pratique clinique peuvent constituer un bon outil, une aide au praticien... pour autant que ce dernier puisse y recourir librement! Mais il ne saurait être question qu'elles constituent une référence pour l'Etat ou les assurances, dans le but de contenir les coûts et de contrôler la pratique médicale. A nous donc de veiller que ces guidelines restent des recommandations et ne deviennent pas des guide-ânes rigides, contraires à une bonne pratique de la médecine.

D^r M. Burnier

A Olivier Moeschler

Tout a été écrit sur toi, Olivier: sur ta vie et ta carrière, ou encore sur les circonstances brutales et choquantes de ton départ. J'aimerais rappeler ici le médecin que nous avons appris à connaître et à apprécier dans l'action lors de la mise sur pied de la Centrale 144, et l'ami que tu es devenu pour nous tous.

Tu as été d'abord un pionnier: au moment où tout était à créer, tu as su convaincre, avec la tranquille assurance que te donnaient tes connaissances et compétences d'homme de terrain, et que soutenaient ta rigueur et ton honnêteté intellectuelles. Et tu as su convaincre, avec quelle détermination, mais aussi quelle patience.

Pour nous tous, tu as été un guide: tu nous as fait partager ton enthousiasme et tu as tiré le meilleur de chacun en alliant à ton exigence de qualité une attitude bienveillante et encourageante. Tes critiques étaient acceptées parce que toujours fondées et exprimées d'une manière constructive: l'autre se sentait respecté, digne de ta confiance, et ne pouvait qu'avoir envie de faire mieux.

En toi, l'homme ne faisait qu'un avec le médecin, lui aussi exemplaire: à l'évidence, les connaissances scientifiques et les capacités techniques s'étaient développées sur un être riche et généreux, sûr de ses valeurs humanistes, tout entier tourné vers les autres. Pour toi, il n'y avait ni grands ni petits. Chacun avait droit à la même attention, au même respect, à la douceur de ton regard.

Tu nous as été arraché si brutalement que tout cela, nous n'avons pas pu te le dire. Sans doute as-tu ressenti cependant l'admiration et l'affection que nous te portions tous. Nous demeurons maintenant tes témoins. La chaîne de l'urgence, dont tu nous as appris que nous étions chacun un maillon, ne se rompra pas.

D^r Yvette Barbier, présidente de la Fondation 144

COURRIER DU MEDECIN VAUDOIS

Revue de la
Société vaudoise de médecine

Comité de la SVM

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

Comité de rédaction du CMV

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

Des recettes de cuisine utiles?

Cet article traite de certains aspects des «guidelines», dont la traduction usuelle est «recommandations pour la pratique clinique» (RPC). De quoi s'agit-il? Selon une définition devenue usuelle proposée par l'Institut de médecine (Etats-Unis), les RPC sont «des propositions développées méthodiquement pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données».

d'études cliniques importantes publiées dans les principaux journaux, et la récente initiative du groupe BMJ de publier un ouvrage (*Clinical Evidence*) basé sur les principes de la médecine factuelle, qui sera complété et revu chaque six mois².

Qualité sujette à caution

Les recommandations pour la pratique clinique sont un autre moyen de fournir des résumés d'information. Malheureusement, la qualité de la majorité des RPC existantes est insuffisante. Il s'agit souvent de prise de position d'un groupe ou d'une association dont le développement n'a pas été fait selon une méthodologie appropriée (répondant au besoin d'améliorer la qualité de certains soins, fondés sur les preuves, clairs et explicites, multidisciplinaires, mis à jour régulièrement, etc.). Ressources, compétences et temps en suffisance sont nécessaires au développement de RPC. Des recommandations de qualité existent cependant, qui peuvent être reprises et adaptées localement. Cela facilite leur appropriation et leur mise en œuvre, qui constituent un aspect clé, mais trop souvent ignoré, de leur succès.

Relevons le *développement méthodique*, qui doit assurer la qualité du contenu, et le terme *propositions pour aider à rechercher les soins les plus appropriés*, qui indique bien qu'il ne doit pas s'agir de règles rigides. En outre, cette définition propose que les informations soient aussi mises à la disposition du patient, sous une forme appropriée, pour l'aider dans ses décisions.

Surabondance de technologies et d'informations médicales

L'évolution récente de la médecine se caractérise par la mise à disposition des médecins d'un nombre rapidement croissant de nouvelles technologies médicales: imagerie médicale, tests diagnostiques, questionnaires standardisés, traitements plus ou moins complexes, chirurgie micro-invasive, etc. De nombreuses innovations deviennent disponibles avant que les preuves solides de leur utilité n'existent. En conséquence, il y a parallèlement surabondance d'informations médicales¹, dont seule une infime partie est réellement pertinente à l'activité médicale hospitalière ou ambulatoire. Cette part de littérature médicale potentiellement utile est cependant encore trop importante en volume et trop dispersée pour qu'un médecin puisse en prendre régulièrement connaissance. De surcroît, le temps consacré à la formation continue est très (trop) faible face au volume d'informations potentiellement utiles et à l'assimilation de nouvelles techniques ou procédures.

Information: oui, mais sous quelle forme?

Face à cette surabondance d'information, par ailleurs souvent contradictoire, et eu égard au manque de temps consacré à la lecture d'informations nouvelles, la nécessité est apparue, largement et partout, de disposer de modes d'accès adaptés à une information valide et utile, sous la forme de condensés ou résumés d'information. La validité de l'information fait appel au mouvement de la «médecine factuelle» ou «médecine fondée sur les preuves» qui prône la recherche de l'information dans les études de qualité effectuées dans des collectifs appropriés de patients. Il est cependant utopique d'imaginer que chaque médecin puisse appliquer les principes de la médecine factuelle pour obtenir la réponse aux questions qui se posent plusieurs fois par jour dans sa pratique, en consultant une source appropriée d'information.

Parmi les autres solutions proposées figurent les «revues systématiques», dont le but est de rechercher soigneusement les études originales répondant à une question donnée, de les analyser et de produire un résumé (supporté par une méta-analyse lorsque cela est possible).

Les autres approches comprennent des revues (*ACP Journal Club*, *Evidence Based Medicine*, etc.) qui fournissent sur une page le résumé et un commentaire critique

¹ La production annuelle de revues biomédicales empilées constituerait un tour de papier qui atteindrait près du double de la hauteur de la Tour Eiffel.

² <http://evidence.virtualsite.co.uk/>



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

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

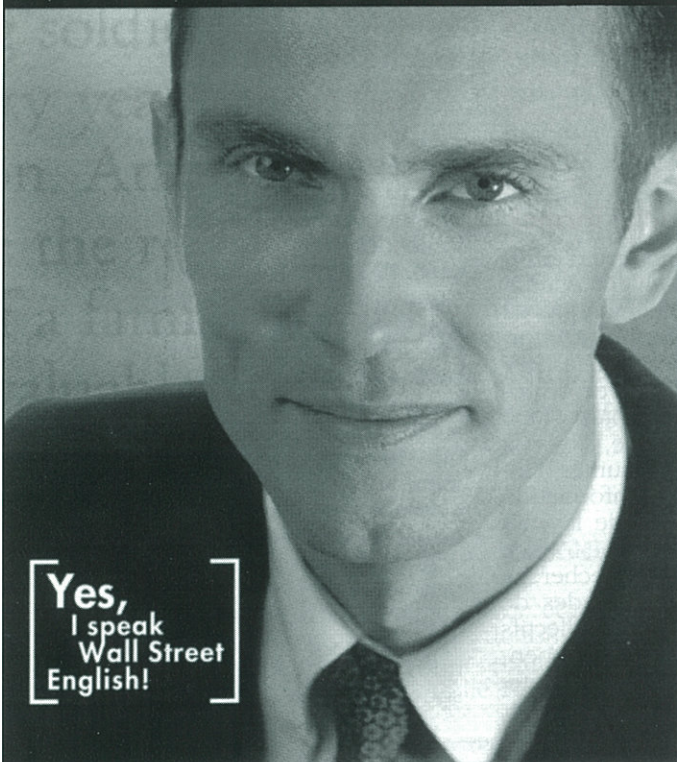
Solution informatique performante, conviviale et rapide, d'un coût de revient modeste, indépendant du chiffre d'affaires

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>

THE BUSINESS ENGLISH
PROFESSIONALS



Yes,
I speak
Wall Street
English!



rue de Lausanne 18-20
1201 Genève

APPEL GRATUIT
0800 814 477

CONFORT ACOUSTIQUE



Penseyres Jean-François
Rte des Monts de Lavaux 316
1602 La Croix-sur-Lutry

Tél. prof.: 021/791 43 43

Tél. privé: 021/728 46 37
Fax: 021/728 46 47

Etude et réalisation

- Isolation phonique des locaux d'habitation et de production
- Insonorisation des équipements et machines
- Acoustique des salles de réunion ou de musique

R.C PONT ASSURANCES S.À R.L.

(ASMAC MEDISERVICE EN ROMANDIE)

VA BEAUCOUP PLUS LOIN QUE

GÉRER VOTRE PORTEFEUILLE D'ASSURANCES ET VOUS

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

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

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

CepiC - Centre d'épidémiologie clinique

Le CepiC (Centre d'épidémiologie clinique) est une petite structure inter-départementale au sein du Service des Hospices*. Ce centre a pour mission de proposer:

1. Une assistance méthodologique et statistique pour des projets de recherche et de développement, ainsi que pour des travaux de thèse.
2. Un soutien à l'évaluation, à l'adaptation, au développement et à la mise en place de recommandations pour la pratique clinique.
3. Un support aux mesures de l'utilité de l'hôpital – l'utilité peut être comprise comme l'évaluation de technologies médicales émergentes et existantes ou comme l'évaluation plus globale des prestations offertes par l'hôpital, pour certains types de patients par exemple.

En outre, le CepiC permet à des médecins en fin de formation de participer à différentes étapes du développement de recommandations pour la pratique clinique (RPC) et de se familiariser avec la médecine factuelle (*Evidence Based Medicine*). Enfin, le CepiC a développé un site Internet (<http://www.hospvd.ch/cepic/>) qui aborde différents aspects des RPC et propose des instruments pour l'évaluation de la qualité de RPC publiées, un guide pour le développement de RPC, ainsi que des liens vers des banques de RPC.

*Les partenaires actuels en sont le Département de médecine du CHUV, la Policlinique médicale universitaire, la Direction médicale du CHUV, l'IUMSP et le Service des Hospices.

Localement, le Centre d'épidémiologie clinique du Service des Hospices (CepiC, voir encadré) propose assistance et conseils aux services et groupes qui désirent évaluer, adapter ou développer des RPC.

Art médical ou recettes de cuisine?

Une réaction habituelle face aux RPC est de les dénigrer, en les considérant, au mieux, comme des recettes de cuisine qui dénaturent la pratique de l'art médical. Or, l'art médical correspond au travail de l'artisan – soit pour le médecin: maîtriser les connaissances, gestes et attitudes propres aux soins des patients et de la population – et ne relève pas d'un art essentiellement créatif et inventif. Oui, la recherche et le développement de nouvelles technologies médicales nécessitent invention et création, mais les soins aux patients doivent être fondés sur les preuves les plus solides possible afin d'assurer que l'examen diagnostique, le traitement médical ou l'opération chirurgicale apportent plus de bénéfices – tangibles ou intangibles – que de risques au patient. Ces preuves relèvent essentiellement d'études cliniques* de qualité (lorsqu'elles existent) plutôt que de raisonnements empiriques ou basés essentiellement sur l'extrapolation de mécanismes physiopathologiques.

Ainsi, proposer au médecin une recommandation explicite, fondée sur les preuves les plus récentes à propos du diagnostic, de la prévention ou du traitement d'une maladie fréquente dont la prise en charge paraît variable

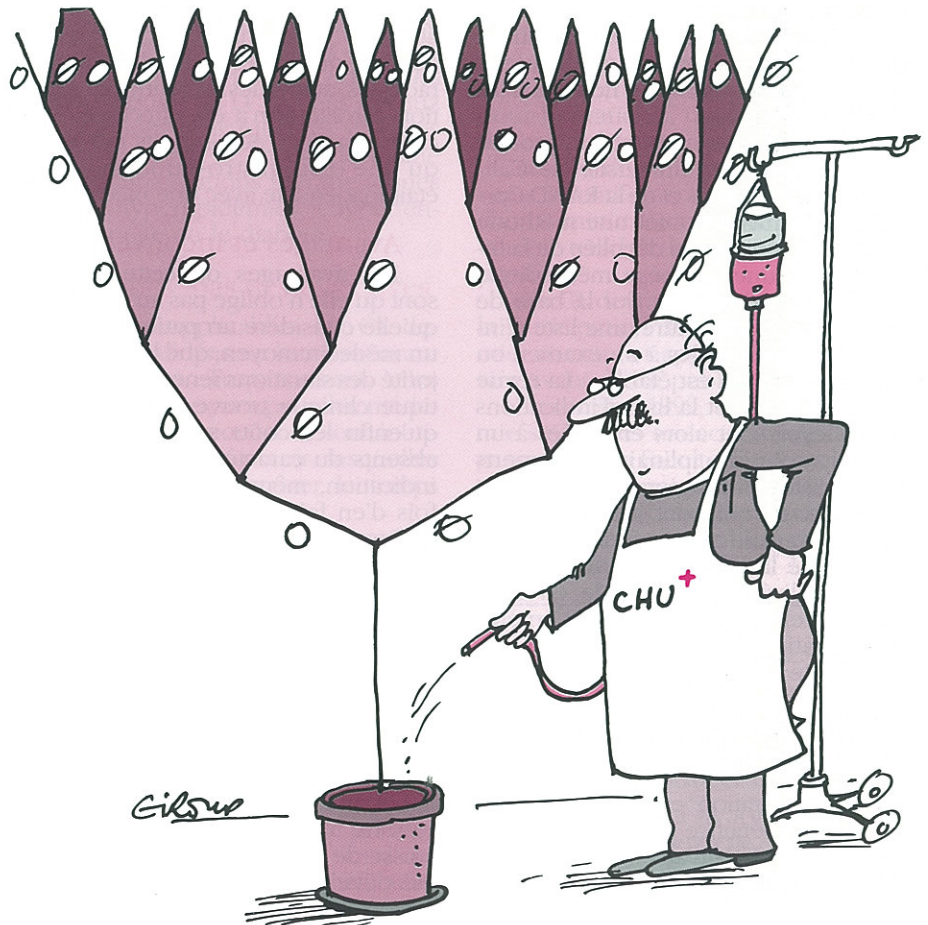
ou sous-optimale peut être un instrument utile à l'exercice d'une médecine de qualité. Ces «recettes» doivent être appliquées avec clairvoyance, adaptées au besoin à chaque patient. Un bon chef (de cuisine) saura adapter ses recettes en fonction des produits à disposition et de l'environnement.

Quelle place pour les guidelines?

La mise en œuvre d'un nombre fini de RPC valides, régulièrement actualisées, peut avoir un effet favorable sur la qualité des soins, comme cela a été montré par plusieurs études et revues systématiques. Le développement et la mise à jour de RPC peuvent s'effectuer à un niveau supranational ou national, sur la base des connaissances scientifiques qui dépassent les frontières. Cependant, il est indispensable que l'adaptation, l'adoption et la mise en œuvre s'effectuent à un échelon local (réseau de médecins, cercle de qualité, hôpital, services, etc.). Face à des RPC, le médecin doit appliquer les mêmes règles générales d'évaluation que face à toute information médicale: la recommandation est-elle valide³ – puis-je l'appliquer à ce patient? Enfin, les RPC doivent être comprises comme une recommandation flexible en fonction de la situation médicale et du patient.

*Dr Bernard Burnand, PD
Unité d'évaluation des soins, IUMSP
(Institut universitaire de médecine
sociale et préventive et Centre
d'épidémiologie clinique (CepiC),
Services des Hospices*

³Des instruments existent pour évaluer la qualité des RPC.



A propos des recommandations pour la pratique clinique

Existe-t-il d'autres approches?

La complexité de la médecine moderne et ses progrès constants et rapides ont eu pour effet le développement de recommandations pour la pratique clinique (clinical guidelines), outils destinés à aider le médecin à prendre la décision la plus appropriée dans une situation clinique donnée.

Depuis plusieurs années, notre groupe de travail (D^r B. Burnand, PD, D^r F. Froehlich, PD, D^r J.-P. Vader, professeur J.-J. Gonvers) poursuit une recherche sur la qualité dans le domaine de l'endoscopie digestive en collaboration avec l'Université de Los Angeles (UCLA) et la RAND Corporation, recherche soutenue par le Fonds national et la Communauté européenne. L'utilisation appropriée d'un examen ou d'un traitement joue un rôle très important dans la qualité en médecine. La meilleure façon de déterminer le caractère approprié d'un examen ou d'une intervention est de se fonder sur des essais cliniques prospectifs et randomisés. Cependant, pour bon nombre de situations rencontrées en pratique, il n'existe pas d'études démontrant l'efficacité de tel ou tel acte. Les études randomisées sont en effet rarement représentatives de la pratique médicale quotidienne et ne concernent qu'un petit nombre d'indications cliniques.

Pour pallier ce manque, un groupe de recherche de l'Université de Californie à Los Angeles et de la RAND Corporation a mis au point une méthode combinant une revue détaillée de la littérature et une synthèse méthodique de l'opinion d'experts. Sur la base de la revue de la littérature, une liste d'indications potentielles à un examen ou une intervention est établie. La revue de la littérature et la liste d'indications potentielles sont alors envoyées à un collègue pluridisciplinaire d'experts (spécialistes, chirurgiens, internistes et généralistes) qui vont juger de l'adéquation des différentes indications sur la base de la littérature fournie. Nous avons utilisé cette méthode en 1994 pour développer en Suisse des critères d'adéquation pour l'endoscopie digestive haute et basse. Plus récemment, nous avons également eu recours à cette méthode dans le cadre d'un panel européen qui s'est tenu à Lausanne en novembre 1998.

Une indication est reconnue adéquate si le bénéfice attendu par le patient est supérieur aux risques et aux désagréments de l'examen avec une

marge suffisante. L'adéquation dans le contexte de chaque situation clinique est d'abord évaluée par chaque expert de manière individuelle à l'aide d'une échelle de 1 à 9 (1 = extrêmement inappropriée; 5 = équivoque/incertaine; 9 = extrêmement appropriée). Ensuite, lors d'une discussion de deux jours, les indications sont discutées et les experts attribuent à nouveau un score d'adéquation à chaque indication (scénario) spécifique. Voici deux exemples de situations qui ont été soumises à nos experts.

Dans le premier cas, il s'agit d'un patient de 55 ans qui présente depuis quatre semaines une dyspepsie. Il ne consomme pas d'anti-inflammatoires non stéroïdiens, n'a pas d'antécédents de maladie ulcéreuse. Une recherche d'*Helicobacter pylori* a été effectuée, qui s'est avérée positive. Un traitement éradicateur a été administré. Les symptômes persistent. Dans cette situation, l'indication à une œso-gastro-duodéoscopie est-elle adéquate, incertaine ou inadéquate? Les experts ont estimé que, dans cette situation, l'endoscopie était adéquate avec une médiane à 8. Dans le second cas, il s'agit d'un patient de 40 ans, sans maladie coronarienne connue, qui présente des douleurs thoraciques atypiques. Aucune investigation cardiaque n'a été effectuée. Dans cette situation, nos experts ont estimé qu'une œso-gastro-duodéoscopie était inadéquate avec une médiane à 2.

Avantages et inconvénients

Les avantages de cette méthode sont qu'elle n'oblige pas au consensus, qu'elle considère un patient moyen et un médecin moyen, que la grande majorité des situations rencontrées en pratique clinique trouve une réponse et qu'enfin les coûts sont explicitement absents du caractère approprié d'une indication, même s'il est difficile parfois d'en faire totalement abstraction.

Les désavantages sont représentés par le nombre important de situations cliniques analysées, ce qui rend une informatisation des résultats nécessaire. Une telle informatisation est en passe d'être réalisée par notre groupe.

Les critères d'adéquation sont-ils un instrument valable pour augmenter la qualité des soins? L'un des aspects de la validité est représenté par la fiabilité. Une comparaison des indications développées par le panel suisse de 1994 avec celles qui avaient été développées par un panel améri-

cain quelques mois auparavant montre que des panels d'experts indépendants dans des pays différents utilisant une même méthodologie produisent des critères d'adéquation qui sont semblables. Un autre aspect de la validité est représenté par le rendement diagnostique. Notre groupe a pu démontrer que le rendement diagnostique de l'endoscopie digestive était nettement amélioré lorsqu'on appliquait les critères d'adéquation.

Nous avons utilisé de manière prospective ces critères d'adéquation pour examiner la sur- et la sous-utilisation de l'endoscopie digestive. Une surutilisation est présente lorsqu'un examen est effectué alors que l'indication est inadéquate. La sous-utilisation d'un examen signifie que ce dernier n'a pas été proposé au patient alors qu'il était jugé nécessaire pour une indication donnée. Dire qu'un examen est nécessaire implique, en plus de l'adéquation de l'indication, que l'ampleur et la probabilité du bénéfice pour le patient soient particulièrement élevées. Dans notre étude, nous avons trouvé que sur- et sous-utilisation étaient du même ordre de grandeur pour la gastroscopie alors que la sous-utilisation était plus importante que la surutilisation pour la coloscopie. La qualité en endoscopie, en général, passe par une diminution aussi bien des phénomènes de sur- que de sous-utilisation, même s'il ne fait aucun doute que le concept de la sous-utilisation doit être affiné.

C'est un plus!

En conclusion, des critères d'adéquation développés selon la méthode RAND/UCLA et continuellement mis à jour nous paraissent représenter une aide extrêmement utile pour le clinicien lorsqu'il doit décider d'un examen, d'un traitement ou d'une intervention. L'informatisation des critères d'adéquation avec, pour chaque indication, un renvoi à la littérature, la possibilité de consulter «on-line» les articles cités et l'avis des experts nous semblent constituer un pas en avant dans le développement de nouvelles méthodes destinées à aider le praticien et son patient à rechercher les soins les plus adéquats dans des circonstances cliniques données.

Professeur Jean-Jacques Gonvers
Policlinique médicale universitaire
Av. César-Roux 19, 1005 Lausanne

Guidelines en médecine de premier recours: utopie?

A l'ère de la récession économique, les pouvoirs publics et les assurances sociales exercent de fortes pressions sur le corps médical dans le but de modifier fondamentalement sa manière de pratiquer. Une importante réforme socio-économique est en cours. La liberté du marché a disparu.

Sur le terrain s'opposent les politiciens qui prônent les économies et les citoyens qui ne sont pas disposés à renoncer aux acquis. Les malades sont restés les mêmes avec leurs demandes, leurs plaintes, leurs pathologies, et, en plus des soins, ils attendent que leur médecin défende leurs intérêts.

La moitié du budget de la santé est consacrée aux hôpitaux, pour qui les économies forcées entraînent une diminution des durées d'hospitalisation et du nombre de lits. Les patients sont transférés d'un service à l'autre, d'un hôpital à l'autre, et retournent précocement chez eux en ayant encore besoin de soins.

Les médecins de premier recours sont directement concernés par cette réforme. Il est demandé à chacun de rationaliser, de garantir la qualité de ses prestations, de s'engager dans les réseaux de soins coordonnés et bientôt de former des assistants dans son cabinet. Comment, dans ce contexte, assurer les meilleurs soins aux malades, la meilleure formation des médecins de demain, comment garantir une unité de doctrine, une marche à suivre, une logique commune à tous?

Pour répondre à ces questions, il importe que les médecins anticipent, définissent des objectifs et se donnent les moyens de fonctionner sur un mode plus performant.

Les règles du jeu

Anticiper, c'est édicter des règles, des principes admis par tous les intervenants. Des règles de pensée et de langage nécessaires pour communiquer entre confrères, pour dialoguer avec les hôpitaux et les CMS, pour permettre d'unifier les stratégies et atteindre les buts fixés. C'est ici que les guidelines (GL) trouvent leur place.

Issues de l'*Evidence Based Medicine* (EBM), élaborées par des spécialistes de la santé publique, les GL relèvent de données statistiques. Leur but est d'améliorer l'efficacité, de garantir la qualité et d'abaisser les coûts. A l'origine, les guidelines étaient des directives conçues pour les assistants des services universitaires. Elles garantissaient au pa-

tron le respect d'une éthique, une ligne dans les démarches intellectuelles, une marche à suivre dans les investigations et un concept dans les traitements. Aujourd'hui, les GL sont devenues une mode et se multiplient. Elles sont issues de polycliniques, de la FMH, de la SSMI, de la SSMG. Un CD-Rom du groupe genevois d'Onex paraîtra sous peu.

Pour rester schématiques, précisons que les guidelines touchent des domaines très différents:

- GL et organigrammes;
- GL et investigations diagnostiques;
- GL et recommandations thérapeutiques;
- GL, contrôles cliniques et suivi thérapeutique.

Bien conçues, les GL sont des outils efficaces. *Diagnostic et traitement de la pneumonie acquise à domicile*, du groupe du Dr Olivier Lamy (CHUV), paru récemment dans la *RMSR*, ainsi que les *Recommandations pour le diagnostic et la prise en charge des TVP*, du groupe du Dr Jacques Cornuz (CHUV), sont remarquables et utiles pour la pratique. Il en est de même des recommandations thérapeutiques dans les hyperlipidémies, l'hypertension artérielle ou le diabète.

Des aides, pas des directives

Pour être applicables, les GL devraient être validées sur le terrain avant d'être publiées. Trop souvent, elles n'ont pas été conçues pour les médecins de premier recours et sont inutilisables. Comment savoir lesquelles font référence, où trouver le temps pour les chercher?

O. Lamy et J. Cornuz publieront les leurs sur Internet et c'est tant mieux: il est toujours utile de connaître les auteurs, mais, dans la pratique, qui, parmi nous, consultera et aura les moyens de suivre ces recommandations?

A l'opposé, la petite carte du consensus suisse pour le traitement des hyperlipidémies ou de l'hypertension artérielle se trouve sur chaque table de travail.

Le collège de médecine de premier recours (CMPR) s'interroge sur l'opportunité de sélectionner les meilleures

GL et de les recommander aux médecins en fonction de leur applicabilité dans la pratique quotidienne.

Les GL sont des aides et non des directives rigides. Chaque malade a ses particularités et il relève de l'art et de l'éthique de chaque médecin de les appliquer ou non. Elles sont basées sur le système binaire des algorithmes. Dans la réalité quotidienne, il y a souvent une troisième possibilité dont il n'est pas tenu compte. La LaMal nous fera entrer l'an prochain dans l'ère du tiers payant. Le danger existe que des services administratifs jugent nos actes au travers des directives en vigueur. Ce danger est à écarter par une formulation adéquate des GL.

En résumé

Les GL sont une approche rigoureuse des problèmes de la médecine, issues de données statistiques accréditées par l'EBM.

Les GL représentent un outil de travail potentiellement intéressant pour le praticien.

Elles ne sont souvent pas applicables parce que non conçues pour la médecine de premier recours.

Les GL ne sont pas des directives, mais des recommandations et une aide pour le praticien, qui doit rester libre de les appliquer ou non.

Les GL doivent garder un haut niveau scientifique et ne pas tomber dans le minimalisme, sous prétexte de vouloir toucher le plus de médecins possible.

Les GL devraient être conçues avec la participation des médecins de premier recours et appliquées sur le terrain avant d'être publiées.

En octobre 1999, à Berne, l'Académie suisse des sciences médicales organise, avec la Faculté de médecine générale (FIAM), une journée de réflexion sur le thème des GL. Que tous ceux que ce problème intéresse s'inscrivent!

Dr Gilbert Abetel, 1350 Orbe

À REMETTRE

CENTRE-VILLE, YVERDON-LES-BAINS

cause décès, cabinet de médecine générale, entièrement équipé et prêt à fonctionner. Convierait également à spécialiste ou interniste. Immédiatement ou date à convenir.

Ecrire sous chiffre, CMV 8.9.99-01, Inédit Publications SA, case postale 74, 1025 Saint-Sulpice.

Guidelines: quelle utilité en pratique clinique?

De tout temps, les médecins ont eu recours aux guidelines. Celles-ci étaient alors souvent émises par une ou des personnes faisant «autorité» (chef de service, professeur...) et reflétaient à la fois leur jugement clinique et les données de la littérature. Elles pouvaient cependant être parfois «figées», c'est-à-dire que leur mise à jour n'était pas régulière.

Aujourd'hui, face à la multiplication des tests diagnostiques et de dépistage, ainsi que des traitements possibles, nous devons faire des choix, parfois difficiles, pour identifier et traiter les maladies de manière efficace et économique. L'accélération des connaissances médicales et la publication de plus en plus rapprochée de nouvelles informations utiles pour nos patients rendent nécessaire le développement d'un processus qui permet d'intégrer celles-ci en pratique clinique. De plus, nous travaillons pour la plupart d'entre nous selon des habitudes personnelles (tel patient présentant une pneumonie est traité par tel antibiotique, tel autre avec des lombalgies fait l'objet de telle investigation...). Or, puisqu'on a des habitudes, n'est-il pas préférable que celles-ci soient bonnes et qu'elles soient remises à jour régulièrement? De même, n'est-il pas souhaitable que le fameux petit carnet à spirales du médecin assistant – ce petit carnet dans lequel il note les *take-home messages* des spécialistes lors de colloques de formation continue – soit noirci de recommandations fondées sur l'information scientifique? Pour toutes ces raisons, il est important de soutenir le développement des guidelines.

Afin de pouvoir s'inscrire dans le long terme, celui-ci devrait être intégré dans celui d'*Evidence Based Medicine* (EBM), ou la médecine fondée sur les preuves. EBM est une approche destinée à permettre la prise en charge optimale d'un patient donné dans une situation donnée. Elle est complémentaire à l'expérience du clinicien, mais ne la remplace pas, comme l'a d'ailleurs relevé l'un des leaders d'EBM, le professeur D. Sackett, dans un article paru en 1996 dans le *British Medical Journal*: «EBM is the conscientious, explicit, and judicious use of current best evidence in making decisions about care of individuals patients. The practice of EBM means integrating individual clinical expertise with the best available external clinical evidence from systematic research. By indivi-

dual clinical expertise we mean the proficiency and judgment that individual clinicians acquire through clinical experience and clinical practice.» Notons que les premiers thèmes médicaux qui ont fait l'objet de guidelines établies selon les recommandations de EBM l'ont été dans le domaine de la prévention clinique fondée par nos collègues canadiens et américains.

Quand la langue française apparaît plus appropriée que le «franglais»...

Le terme «Recommandations de pratique clinique», ou RPC, devrait être préféré à celui de guidelines. Définies en effet comme des *propositions développées méthodiquement pour aider le praticien à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données*, les RPC sont une aide au clinicien. Cependant, pour être utilisables en pratique clinique quotidienne, les RPC devraient être développées de telle façon qu'elles puissent proposer des recommandations de force différente. Les recommandations de prise en charge devraient en effet être accompagnées d'un niveau de recommandation (tableau), établi selon le niveau de preuve des études sur lesquelles elles se fondent.

Par exemple, sur une échelle dégressive de A à C, une recommandation est de type A lorsqu'elle est fondée sur des données provenant d'études de niveau de preuve élevé (généralement essai contrôlé et randomisé). Ainsi pouvons-nous partager avec nos patients l'importance de nos décisions cliniques. Par exemple, dans le cadre d'une thrombose veineuse profonde, peut-être est-il plus facile de convaincre un patient réticent pour tel traitement (comme le port de bas de contention) si celui-ci est basé sur une recommandation acceptable. On entend souvent la critique que les décisions cliniques qui peuvent s'appuyer sur des données solides de la littérature ne sont pas légion, surtout en pra-

tique ambulatoire. C'est partiellement vrai; quel en est le pourcentage? Cela dépend bien entendu du contexte clinique (pratique hospitalière vs pratique ambulatoire, maladies cardio-vasculaires vs troubles somatoformes, etc.) et ce chiffre devrait se situer entre 25 et 75%. Cela signifie qu'un nombre non négligeable de nos décisions peut être fondé sur des preuves solides. Mais il est certain, et c'est une bonne chose, que la pratique de la médecine ne se résumera jamais à l'application de RPC. Toute la dimension du rapport médecin-patient, les attentes et les angoisses de l'un et de l'autre rendent celle-ci bien plus complexe qu'une liste préétablie de décisions et de recommandations. Afin d'en favoriser un usage souple, les limites et les exceptions des RPC devraient donc également être identifiées et spécifiées.

Une occasion de partager les connaissances

Le souhait de développer des RPC est souvent émis par les cliniciens eux-mêmes. Il est intéressant de constater que les plus farouches adversaires de ce développement se trouvent parmi les médecins ayant une position d'autorité. Y aurait-il donc chez eux une peur de perte d'autorité? Les guidelines visent plutôt à partager l'information, et par conséquent le savoir. Seuls ou même regroupés dans des cercles professionnels (par exemple cercle de qualité), les praticiens n'ont ni le temps ni les moyens de prendre en charge ce développement. A nos yeux, il est de la responsabilité des services universitaires, ou services apparentés, de favoriser ce développement et de partager les connaissances avec les confrères praticiens.

Un «plus» pour le médecin

L'utilisation des RPC doit être réalisée de manière souple, non contraignante. Chaque patient est unique, avec ses caractéristiques biologiques, psychologiques, sociales et spirituelles: le praticien tient compte de ces spécificités dans sa prise de décision clinique et les RPC sont là pour l'aider; elles sont des outils, pas des règles absolues. Comme le disent nos collègues anglo-saxons, «it is a tool, not a rule». L'utilisation au quotidien de RPC montre qu'une telle option nécessite à la fois de traiter un individu avec toutes

ses particularités et de tenir compte des données scientifiques qui sont dans la grande majorité des cas issus d'essais cliniques réalisés dans des populations d'étude sélectionnées. Cette tension perpétuelle est à nos yeux une exigence imposée par l'approche EBM, qui doit être clairement identifiée et reconnue.

Utilisées pour limiter notre liberté?

La crainte que les RPC soient utilisées par les autres partenaires du système de santé (assurances, pouvoir politique) de manière autoritaire est le plus souvent infondée, comme le relevait l'année passée le professeur R. Fletcher, de Boston, lors du Congrès de la Société suisse de médecine interne à Lausanne. L'expérience dans les pays où ce développement est déjà très avancé (pays anglo-saxons et scandinaves) ne confirme pas cette crainte. Mais il est cependant important que celui-ci soit réalisé par des équipes comprenant des cliniciens et à l'intention des praticiens. Le corps médical doit conserver son rôle de leadership dans ce développement, montrer qu'il est intéressé à maintenir à jour ses connaissances et à appliquer avec discernement les nouvelles connaissances médicales. Cette démarche pourrait être un excellent moyen de maintenir ou de consolider la cohésion entre généralistes et spécialistes. L'avenir nous dira si les RPC nous auront permis de préserver notre autonomie et notre cohésion.

Qu'en est-il de l'efficacité?

Même si cela dépasse le cadre de cet article, on ne peut éluder cette importante question. A ce jour, de nombreuses études ont montré que les guidelines permettaient de modifier et, le cas échéant, d'améliorer les processus de soins. Il faut cependant reconnaître que les rares analyses qui se sont intéressées aux patients eux-mêmes (devenir cliniques) ont montré des résultats relativement modestes et que les guidelines doivent être accompagnées de modification de l'environnement pour être plus efficaces, comme le soutien des experts locaux, le support informatique, les techniques d'enseignement favorisant les aptitudes, les rappels dans le dossier médical, les incitations financières, etc.

CHUV et guidelines-RPC

Pourquoi le département de médecine a-t-il identifié et organisé un tel développement des guidelines-RPC? La volonté de favoriser une médecine efficiente, le souci de maintenir ou améliorer, le cas échéant, la qualité des

Niveaux de recommandation (NR)

NR	Niveaux de preuve dans la littérature
A	Présence de preuves solides à l'appui de la recommandation (en général, niveau de preuve I)
B	Présence de preuves acceptables (en général, niveaux de preuve II ou III)
C	Présence de preuves suffisantes (en général, niveaux de preuve IV ou V ou décision du groupe de travail)

Niveaux de preuve des études

Niveaux de preuve	Types d'études
I	Etude contrôlée et randomisée (ou revue systématique d'essais cliniques randomisés et contrôlés)
II	Etude contrôlée mais non randomisée
III	Etude de cohorte prospective
IV	Etude de cohorte rétrospective ou étude cas-témoin
V	Etude de série de cas, opinion d'experts, analyse décisionnelle

soins et d'adapter régulièrement les soins selon les recommandations fondées sur la littérature médicale, l'augmentation continue des admissions en milieu hospitalier, la diminution régulière des durées de séjour, de même que le vieillissement et les comorbidités des patients hospitalisés ont été les principales raisons pour le développement d'une pratique de la médecine fondée sur les preuves, et par conséquent des RPC. Le choix des RPC a été réalisé par les principaux acteurs concernés, soit les chefs de clinique, qui prennent quotidiennement des dizaines de décisions cliniques pour une prise en charge optimale des patients. Ils ont identifié plusieurs situations cliniques (notamment la pneumonie acquise à domicile et la thrombose veineuse profonde) où des RPC étaient à leurs yeux nécessaires, puisqu'elles se caractérisaient par les éléments suivants: événements fréquents, potentiellement graves et/ou grevés d'une certaine morbidité, présentant un spectre clinique très large, nécessitant parfois de réaliser des investigations lourdes et entraînant une grande variabilité dans les démarches diagnostique, étiologique et thérapeutique, sans que cela soit toujours justifié selon les données de la littérature. Ce dé-

veloppement, soutenu par les professeurs P. Nicod et P. Burchkard et les D^{rs} B. Yersin et B. Burnand (IUMSP), puis relayé par le D^r O. Lamy, montre que les RPC sont aussi un formidable moyen d'établir des liens entre médecins de diverses spécialités, de renforcer le partenariat entre la médecine interne générale et les spécialités médicales, et de partager l'information.

Un pari gagnant

A nos yeux, les guidelines ou RPC devraient être un excellent moyen de préserver notre autonomie et notre cohésion. Développées par des médecins cliniciens, proposées aux praticiens avec des nuances dans la force de recommandations, diffusées de manière efficace, évaluées dans le cadre de protocoles de recherche exigeants et, finalement, discutées sereinement au sein de notre corporation comme le témoigne ce numéro, nous sommes prêts à prendre le pari. Quoi de plus passionnant que d'être au début d'une histoire dont on ne connaît pas l'issue?...

Jacques Cornuz
Département de médecine, CHUV,
et Unité de prévention
(IUMSP/PMU), Lausanne

Centre thermal d'Yverdon-les-Bains

Suite aux questions posées par des médecins ou des patients, l'Association médicale du Centre thermal nous informe que le Centre thermal d'Yverdon-les-Bains garde toute son activité.

Peut-on débarrasser les guidelines de leur potentiel de dangerosité?

Qui l'eût cru? Platon, au IV^e siècle avant J.-C. fut, à en croire un récent article paru dans le *BMJ* (Brian Hurwitz, «Legal and political considerations of clinical practice guidelines» - *BMJ* 1999; 318: 661-664, 6 mars), l'un des premiers philosophes à se pencher sur le problème des guides de pratique clinique: dans son ouvrage *L'homme d'Etat*, il compare ce dernier à un clinicien et explore les différences de compétences entre praticiens ne se fiant qu'à leur expérience clinique ou au contraire ne faisant que suivre des instructions ou obéir à des règles.

Platon va déjà jusqu'à imaginer des médecins privés de leur liberté de choix clinique et amenés à former des conseils de pairs voués à déterminer les vues de la majorité sur la manière de se tirer d'affaire au mieux dans toutes les situations médicales!

Cette idée platonicienne de codifier la pratique médicale dans le cadre de groupes de travail et de publier les travaux de ces groupes, qu'il imagine composés de membres cliniciens et de non-cliniciens (politiciens, peut-être? les assureurs n'existaient pas encore, à l'époque...), afin d'influer (Platon dit même «dicter») sur «les manières dont les traitements des malades doivent être exécutés», cette idée, donc, constitue à l'évidence la préfiguration du vaste mouvement qui nous occupe dans le présent numéro du *CMV*.

Et pourtant, Platon se fait le chantre d'une capacité de répondre avec flexibilité et sens de l'improvisation, capa-

cité qui, dit-il, serait mise à mal par l'usage de lignes directrices. Sans nier l'efficacité générale des recommandations de pratique clinique, Platon souligne qu'elles ne sauraient s'adresser qu'à un patient moyen plutôt qu'à la multitude de patients particuliers que les médecins soignent individuellement. Enfin, assez génialement, il démontre comment et pourquoi l'élaboration de lignes directrices cliniques pourrait être dangereuse si elle devait ne pas être le fait de praticiens confrontés journalièrement à la pratique médicale, mais celui de «développeurs de guidelines» se tenant à distance des processus de consultation. Ainsi, il y a plus de mille trois cents ans, l'essentiel de nos doutes était perçu...

Des risques potentiels

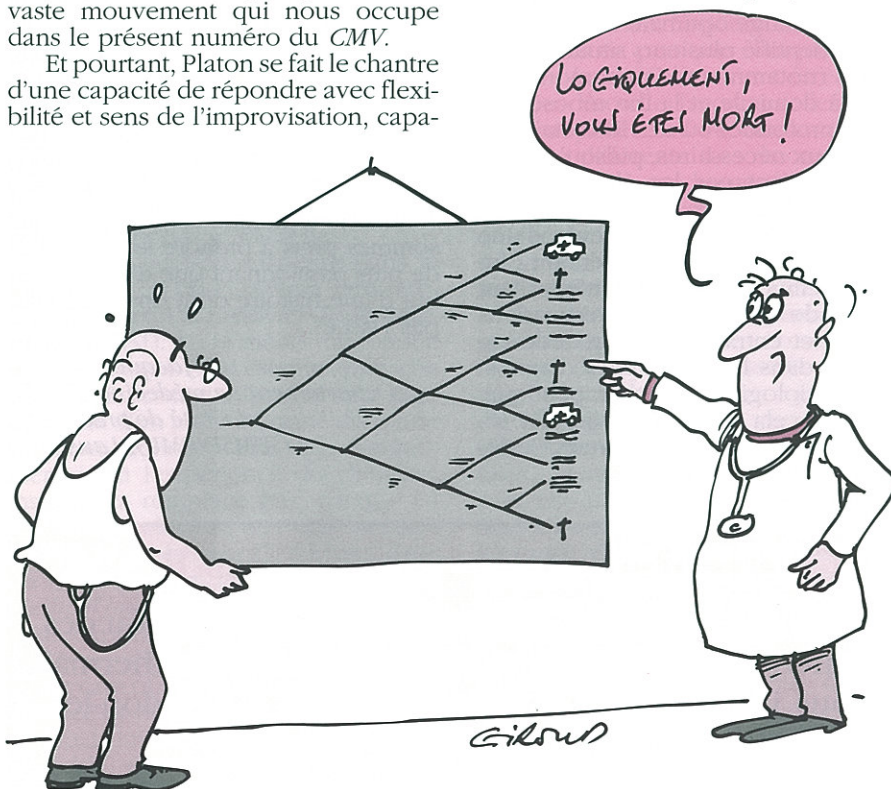
Aujourd'hui, les tenants les plus expérimentés des «clinical guidelines», majoritairement des Anglo-Saxons, Néerlandais ou Nord-Américains, qui ont déjà derrière eux plus de dix ans d'expérience de ce type d'aide (?) à la consultation, écrivent encore régulièrement des mises en garde (Steven H. Woolf, Richard Grol, Allan Hutchinson, Martin Eccles, Jeremy Grimshaw: «Potential benefits, limitations, and harms of clinical guidelines» - *BMJ* 1999; 318: 527-530, 20 février). Avant de se lancer tête baissée dans les obscures soutes de ce nouveau bateau (devrais-je dire dans la sombre caverne de Platon?), il vaudrait la peine de lire les articles de ces pionniers. Il faudrait aussi se rappeler les déboires de nos confrères français qui, depuis quelques années, se voient brandir les «références opposables» lorsqu'ils n'ont pas suivi à la lettre, sans juste motif, les recommandations officielles: qu'il s'agisse de procédures judiciaires ou de paiements par la Sécu, ils se retrouvent maintenant, dans une certaine mesure, pieds et poings liés devant une série de textes qui font autorité. Platon aurait dû naître à Paris...

Un fil d'Ariane

Peut-être ne faut-il pas trop noircir le tableau, diront certains des lecteurs qui m'ont valeureusement suivi jusqu'ici (on devrait sans doute créer des guidelines sur la manière de lire en diagonale...). Il est vrai, et les auteurs mentionnés plus haut ne se font pas faute de le relever, que l'existence de lignes directrices, pour autant qu'on ait le droit de s'en écarter sans avoir à le légitimer (c'est ce qu'ont obtenu les Néerlandais, par exemple: chaque guideline nationale commence par une phrase qui stipule que cette ligne directrice est une aide à la consultation mais qu'elle ne saurait constituer une référence opposable, justement), constitue parfois un précieux fil rouge pour le praticien et sans doute une sauvegarde parfois bien utile pour le patient-consommateur.

J'ajouterais, pour terminer

Les directives de pratique clinique doivent être élaborées avec soin et constamment mises à jour. F. P. Sarasin («Guidelines: Elaboration et modification de la pratique clinique» - *Med. Hyg.*



1998; 56: 2078-2080) a décrit (en français pour ceux que la langue de Shakespeare finit pas exaspérer) succinctement, mais avec précision, les processus sous-tendant des lignes directrices de bonne qualité. Il s'est inspiré notamment d'un excellent article de Steven H. Woolf («Practice guidelines, a new reality in medicine. II. Methods of developing guidelines» – *Arch. Intern. Med.* Vol. 152, mai 1992: 946-952).

J'aimerais bien souligner ce qu'il dit de la représentativité: «Pour qu'une «guideline» soit valable, tous les partenaires concernés par une situation clinique donnée (généralistes, spécialistes, épidémiologistes et patients) devront avoir contribué à l'élaboration des recommandations.» C'est ma foi tellement vrai... Mais j'ai souvent l'impression que tant les généralistes que les patients n'ont pas réellement été impliqués dans ces processus, et que c'est un cercle distingué d'éminents spécialistes qui ont donné leur avis de consensus – déjà péniblement obtenu entre eux!...

Pour des guidelines «locales»

A ce danger, une solution: les recommandations de pratique clinique sont issues de divers horizons – travaux scientifiques (*Evidence Based Medicine*), avis divers, etc. Pourquoi ne pas admettre aussi que des recommandations valables à Uri ne le seront peut-être pas à Genève? Suivant la densité médicale, le génie du lieu, les habitudes médicales, la culture locale, les guidelines doivent être réévaluées, voire réinventées; et la solution existe, au moins pour les médecins de premiers recours: les groupes d'assurance de qualité, groupes de pairs vivant et travaillant dans un même lieu géographique, partageant probablement en bonne partie les mêmes valeurs culturelles, sont les mieux à même d'éla-

borer, *hic et nunc*, des guidelines «locales» qui, à mon sens, une fois discutées, commentées, modifiées, réinterprétées, seront cent fois plus efficaces que les recommandations d'une quelconque conférence de consensus distribuées par mailing ou publiées dans le *Bulletin des médecins suisses*. Dans le cadre de tels groupes, le praticien aura plus l'occasion d'utiliser avec profit des lignes directrices que dans celui, plus restreint et moins propre à une réflexion menée avec le recul nécessaire, de son cabinet.

A l'épreuve du feu

En d'autres termes, confrères et amis, créez de tels groupes d'assurance de qualité là où ils n'existent pas encore; et là où ils fonctionnent déjà, utilisez-les pour soumettre à l'épreuve du feu de vos expériences personnelles toutes les guidelines que vous ne manquez pas de recevoir dans un avenir

assez proche... Ainsi, sans trahir Platon, vous saurez rester flexibles malgré leur lecture et vous garderez, au moins partiellement, cette capacité d'improvisation qui fait de notre profession un art plutôt qu'une technique et de nous des créateurs et non des robots.

Dr Alain Michaud

Jeudi de la Vaudoise

30 septembre 1999
Auditoire César-Roux, CHUV, Lausanne

Ophthalmologie

Organisation: Professeur L. Zografos
Modérateur: Dr M. Bonard

9 h-10 h

Séance plénière à l'auditoire César-Roux, souhaits de bienvenue du professeur Pécoud, président de la Commission pour la formation continue de la SVM.

La dégénérescence maculaire liée à l'âge: le présent et le futur. (Professeur L. Zografos).

10 h-10 h 30

Pause.

10 h 30-12 h

Séminaires interactifs consacrés à divers domaines de l'ophtalmologie et réponses aux questions du praticien.

Ce cours est soutenu par la firme MSD.

MÉDECIN NEUROLOGUE

ouvrant son cabinet médical en janvier 2000 à Lausanne, centre-ville,

CHERCHE UNE ASSISTANTE MÉDICALE À 50%

Informations au 022/372 83 48 ou écrire sous chiffre, CMV 8.9.99-02, Inédit Publications SA, case postale 74, 1025 Saint-Sulpice.

Cours d'homéopathie

pour médecins, dentistes, vétérinaires, pharmaciens et étudiants en médecine de l'

Ecole Suisse Romande d'Homéopathie Uniciste.

Seul cours en Suisse romande accrédité par la Société Suisse des Médecins Homéopathes (SSMH) pour l'AFC en homéopathie décernée par la FMH

Cours d'introduction les 5, 6 et 20 novembre à Lausanne. Prix 400.- (étudiants 200.-)

Renseignements: ESRHU, Dr F. Audétat – 3, route de Florissant – 1206 Genève

Tél. 022/789 49 49 – Fax 022/346 04 44

Relations avec les caisses

Lors d'une récente séance de la Commission paritaire de la Fédération vaudoise des assureurs maladie de la Société vaudoise de médecine, il a été décidé de demander aux assureurs de s'expliquer, dans le *Courrier du médecin vaudois*, sur la pratique consistant à interpeller les médecins à propos des coûts indirects générés par leurs prescriptions, cela sur la base d'une statistique inofficielle.

Quand l'assureur alerte le médecin sur le coût de ses prescriptions

La LAMal a institué le principe du contrôle du caractère économique des prestations. Le moyen mis à disposition des assureurs, tiers économiques garants et/ou payants des factures, est celui de «traiter en commun des données relatives au genre et à l'étendue des prestations» (art. 76 OAMal).

Les buts admis pour ce contrôle sont:

- d'analyser les coûts et leur évolution;
- de contrôler et de garantir le caractère économique des prestations;
- d'élaborer des conventions tarifaires.

Ainsi se tient au Concordat des assureurs maladie suisses une statistique annuelle des coûts de tous les «factureurs», selon leur numéro de «code créancier CAMS». Cette statistique est scrupuleusement établie en fonction des factures reçues par tous les assureurs concernant chacun des fournisseurs de soins. Elle ne garantit pas d'être exhaustive, car une petite partie des factures, assumées par les assurés dans le cadre de leur franchise annuelle, reste dans l'ombre. Mais, à défaut d'autre chose, elle est parfaitement représentative des indices de coût d'un fournisseur de soins, d'une année à l'autre et par rapport à la moyenne de ses confrères.

Coûts de physiothérapie

Les assureurs membres de Cosama, constatant une augmentation rapide de la fréquence des prescriptions de physiothérapie et des coûts y relatifs, ont pris l'initiative d'analyser en détail les derniers chiffres disponibles et, si nécessaire, d'intervenir de la manière la plus adéquate.

Procédure: trier les cas de médecins ayant eu en 1997 un indice de prescription de physiothérapie dépassant 130% par rapport à la moyenne (100%) des médecins de la même spécialité dans le même canton.

Type d'intervention: informer les médecins concernés de l'état de fait, en évitant tout jugement simpliste ou toute contrainte.

Effet attendu: permettre aux médecins alertés d'évaluer la situation avec toutes les nuances liées à leur clientèle et à leur pratique usuelle, afin qu'ils puissent prendre les mesures qu'eux seuls jugeraient appropriées.

Cosama a écrit en février passé à soixante-deux médecins genevois, dix valaisans et trente vaudois, dans un es-

prit positif d'information, avec la conviction de pouvoir compter sur leur contribution, en vue de la maîtrise des coûts.

Réaction des médecins alertés sur leur indice élevé

Vingt-deux destinataires ont réagi, dont dix-neuf par écrit, ce qui témoigne d'un impact notable. La plupart des médecins concernés auraient souhaité que l'on affine davantage la statistique, pour tenir compte de leurs nombreux patients sportifs de pointe ou rhumatisants ou très âgés, ayant davantage besoin de thérapies de mobilisation que la moyenne des patients. Tous ont obtenu une réponse écrite, précisant que, dans la confidentialité des diagnostics, les assureurs ne peuvent pas faire de segmentation par types d'affection.

Il est réjouissant de constater que les réactions des médecins ont été pour la plupart coopérantes, voire favorables, ce qui témoigne d'un climat positif de dialogue. Seuls quatre médecins ont été franchement hostiles, voyant dans la démarche des assureurs un message d'intimidation inacceptable, de la provocation indigeste ou une menace de rationnement. Ce à quoi Cosama répond qu'il ne faut pas confondre profession libérale avec liberté totale. Pour que notre partenariat reste digne, au service des assurés-patients, chacun doit exercer pleinement son rôle, afin de rationaliser les soins et leur prise en charge financière, plutôt que de voir un jour l'Etat intervenir pour les rationner...

Cosama

Claude Gaulis, secrétaire général

A propos de «Savez-vous...»

La FMH, la SVM, tout le monde a raison.

Un médecin ne répond pas à la polémique et à la provocation, d'où qu'elles viennent: cela ne se fait pas. Nous sommes au-dessus de tout cela. Il vaut mieux encaisser, tendre l'autre joue, mieux encore, donner à nos adversaires les arguments pour mieux nous enfoncer! N'est-ce pas cette manipulation psychologique individuelle que cherche à faire la Cosama lorsqu'elle nous envoie régulièrement cette «information»? J'imagine que je ne suis pas le seul privilégié à le recevoir et que tous les médecins de ce can-

ton, sinon tous les médecins de Suisse romande, doivent le recevoir également. (Renseignements pris, il est édité trois ou quatre fois par année, à 10 000 exemplaires!)

Le numéro 13 de mai 1999 mérite une mention toute particulière. On y apprend l'axiome de base des prétendues caisses maladie: «Les assurés attendent de leur caisse maladie qu'elle juggle les coûts de la santé.» Toute leur politique est basée là-dessus. Or, la Cosama regroupe 21 caisses maladie. Eh bien non, messieurs! Ce que les assurés attendent et sont en droit d'attendre de vous est que vous remboursiez les

INFIRMIÈRE DIPLÔMÉE

cherche place comme

ASSISTANTE MÉDICALE

dans cabinet de groupe chirurgie.

Sérieuse, références, salaire selon entente.

Faire offres sous chiffre à CMV 15.9.99-02, Inédit Publications SA, case postale 74, 1025 Saint-Sulpice.

soins pour lesquels ils paient des cotisations obligatoires. Normalement, ce n'est que dans ce but que vous avez le droit de prélever des cotisations. Or vous détournez une partie de cet argent à d'autres fins. J'imagine que la feuille d'information n'est pas gratuite. D'où prenez-vous l'argent pour la payer si ce n'est sur les cotisations de vos assurés?

Il en est de même du rédacteur en chef et des employés qui collaborent à cette information, car je refuse de croire qu'ils travaillent bénévolement. Vous prétendez maîtriser les coûts de la santé, vous qui faites d'année en année des bénéfices sur le dos des médecins et des malades, qui construisez des immeubles administratifs pour des millions que vous ne pouvez prélever que sur les cotisations des assurés. Il est vrai que plus vous réussissez à augmenter les cotisations de vos membres, plus vous réussissez à retarder, contester, refuser de payer les soins nécessaires que vous êtes normalement tenus de régler, et plus votre bénéfice augmente, ainsi que vos salaires. Vous ne risquez rien: toute dépense, même celle d'engager des avocats pour attaquer ou faire taire les rares médecins qui osent élever la voix va passer dans

les dépenses de santé et sera finalement payée par les assurés. Votre salaire est garanti par contrat.

Preuve en est l'histoire de M. Brulhart, l'ancien directeur général de la Visana, qui n'a pas arrêté de parler de maîtrise des coûts dans son «journal» pendant des années, avec les mêmes arguments que reprend la Cosama, à savoir que les assurés vont trop chez les médecins et que... les méchants docteurs font trop d'opérations, consultent trop, demandent trop d'analyses, demandent trop de radiographies, etc. Il s'est bien protégé, ce cher monsieur: quand on l'a congédié, il est parti avec une indemnité de départ de 1,5 million! Pour lui, c'est une réussite, surtout quand on sait que cette somme a été prélevée sur les cotisations des assurés. Combien d'envieux n'a-t-il pas fait parmi vous! Mais je ne me fais pas de souci: vous avez déjà trouvé, j'en suis sûr, le moyen d'assurer vos arrières, quoi qu'il arrive...

C'est un fait, l'attaque est la meilleure défense: c'est pour cela que vous envoyez à tous les médecins une feuille d'information pour leur expliquer qu'ils sont méchants et que vous allez tout faire pour les mettre au pas. Nos sociétés professionnelles ont rai-

son: il ne sert à rien de répondre à ces attaques, fausses, calomnieuses et injurieuses. Il ne sert à rien de démolir les prétendues études payées par des assureurs et dans lesquelles les chiffres sont manipulés par des faussaires: nous n'avons en effet rien à voir avec des gens comme ceux-là. Ils ne méritent que le mépris du silence.

Par contre, malgré tout le volume de travail qui noie les membres, bénévoles, de nos organisations professionnelles, il serait urgent, comme je l'ai déjà proposé il y a de nombreuses années, de créer une commission qui étudie à fond le fonctionnement des prétendues caisses maladie, se penche sur leurs comptes, leurs dépenses administratives, leurs détournements de fonds légaux, etc., et que, régulièrement, une information soit faite sur le sujet. Si cette commission existait dans chaque canton, un organe centralisateur au niveau de la FMH pourrait coordonner une politique d'attaque efficace qui aiderait l'OFAS dans son travail de surveillance des caisses maladie qu'elle ne peut assumer, faute de personnel.

J'espère que cette proposition ne reste pas encore une fois lettre morte.

Dr Rudolf Mayer

Communications de la SVM

Finances publiques et honoraires des praticiens: les médecins hospitaliers solidaires de l'Etat

Si les déclarations alarmistes concernant les coûts de la santé se multiplient, les médecins hospitaliers vaudois se solidarisent avec la fonction publique et les restrictions qui lui sont imposées en rétrocedant une partie de leurs honoraires. Indépendants, mais principalement actifs dans des établissements hospitaliers d'intérêt public subventionnés, les médecins hospitaliers de la Société vaudoise de médecine (SVM) ont adopté une réduction linéaire de leurs revenus de 3,5%, en guise de solidarité avec le personnel des services publics et parapublics. Cette décision, valable en principe pour l'année 2000 également, répond favorablement à une demande

du Département de la santé et de l'action sociale.

Les 2% que les médecins ont risqué l'année dernière à l'Etat correspondent à la moyenne des sacrifices demandés aux fonctionnaires vaudois. Les médecins hospitaliers vaudois, déjà touchés par les mesures d'économies pratiquées dans les établissements hospitaliers, ont accepté un effort supplémentaire à l'égard de la situation difficile de l'ensemble du personnel de la fonction publique et des établissements subventionnés par l'Etat. D'autre part, les médecins concernés espèrent ainsi participer activement à la compression des coûts de la santé et indiquer clairement leur

volonté de pratiquer au service de la communauté, même si les conditions de travail se durcissent en permanence. Il faut savoir que ces praticiens exercent sous leur propre responsabilité et risques financiers, mais dans le cadre d'un service public.

Les quelque 300 000 francs versés à l'Etat de Vaud en 1998 vont passer ainsi à près de 450 000 francs. C'est un geste de bonne volonté et un esprit de solidarité sans faille que démontrent avec cette action les médecins hospitaliers de la SVM. Le chef du département, M. Charles-Louis Rochat, a d'ailleurs salué cette décision.

Agenda de la SVM

Journée de la SVM

Le jeudi 28 octobre prochain (nos membres recevront plus d'informations sur cette manifestation avec la prochaine circulaire à leur attention).

Assemblée des délégués

Le jeudi 25 novembre à 14 heures. Le compte-rendu détaillé de l'Assemblée des délégués du 1^{er} juillet parviendra prochainement à tous les membres de la SVM. Voir résumé ci-après.

Prix 2000

La Fondation pour le développement de la psychothérapie médicale – spécialement de la psychothérapie de groupe – qui a son siège à Lausanne, a institué un prix de Fr. 5000.– destiné à récompenser un travail de valeur concernant la psychothérapie médicale. Ce prix peut éventuellement être partagé entre des travaux jugés équivalents. Les travaux originaux, et qui n'ont pas été déjà distingués par un prix ou un titre académique, doivent être envoyés au président de la fondation en quatre exemplaires, jusqu'au 30 septembre 2000. Ils peuvent être rédigés en langues française, allemande ou anglaise. L'envoi doit contenir en outre une enveloppe fermée et anonyme, renfermant l'identité et l'adresse du ou des auteurs. Le concours est ouvert aux médecins suisses ou domiciliés en Suisse. Le règlement du prix peut être obtenu auprès du président de la fondation.

D^r D. Peter

Assemblée des délégués

Reflets de l'Assemblée des délégués

Le 1^{er} juillet 1999, 39 délégués se sont retrouvés à l'auditoire Tschumi de l'Ecole hôtelière du Chalet-à-Gobet, où s'est tenue la 3^e Assemblée des délégués de la SVM.

Le D^r Laufer, président de la SVM, a fait part des principaux sujets qui occupent actuellement le comité de la SVM, à savoir:

Initiative FMH sur la libéralisation des médicaments: le principe du lancement d'une initiative autorisant les médecins à délivrer des médicaments a été admis par la Chambre médicale des 23 et 24 juin.

TARMED: cette nouvelle nomenclature tarifaire nationale, qui devrait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2000, voire le 1^{er} juillet 2000, ou plus tard, fera l'objet de simulations supervisées par une commission interne à la SVM.

NOPS: la mise en place des réseaux de soins suit son cours. Le comité encourage les membres de la SVM à s'engager dans les structures des réseaux qui se mettent en place, les médecins pouvant y siéger à différents échelons.

Une commission NOPS est constituée, dans laquelle les problèmes régionaux rencontrés pourront être exprimés et des solutions recherchées en commun.

Table ronde: les conclusions de la Table ronde ont chiffré les économies potentiellement réalisables par l'Etat à 100 millions de francs. Les médecins sont également visés par ces mesures, en particulier les médecins hospitaliers. La SVM participe activement aux négociations en cours.

Communication: une commission communication sera désignée. Le comité de la SVM a décidé de mettre l'accent sur les relations qu'il entretient avec les médias, ainsi qu'avec l'en-

semble des membres de la SVM. Un concept communication a été élaboré.

Plusieurs membres et délégués ont interpellé le bureau, oralement ou par écrit, au sujet de la circulation de l'information (envoi des PV, préparation des assemblées, information des membres via les groupes régionaux et de discipline). Le comité et le bureau veilleront à améliorer qualitativement et quantitativement cette information qui sera aussi mieux structurée dans le concept «communication».

Toute personne intéressée à participer à l'une ou l'autre de ces commissions est invitée à s'annoncer auprès du secrétariat général de la SVM.

Elections statutaires

Commission de déontologie: le D^r Daniel Russ est élu au sein de la commission de déontologie, en succession au D^r Claude Goumaz.

Chambre médicale: le D^r Jean-Philippe Grob est élu comme délégué (en remplacement du D^r Kälin) et la D^{resse} Corinne Bonard comme suppléante (en remplacement du D^r Grob).

La liste des 22 nouveaux membres titulaires est passée en revue et n'a pas suscité de réaction particulière.

Garde médicale: les questions relatives à la garde et le règlement cantonal de la garde seront traitées dans le cadre d'une commission qui se réunira prochainement.

Groupes régionaux: les groupes de la périphérie de Lausanne se sont plaints qu'avec le nouveau découpage, les groupes ne coïncident plus

f i d u p e r
Fiduciaire personnalisée s.a.

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

Les cabinets médicaux
sont notre spécialité

Budget d'installation

Gestion comptable
et fiscale

Décomptes salaire
du personnel

Assurances sociales

Membre de l'Union Suisse des Fiduciaires

avec les habitudes locales de fonctionnement et en particulier avec les zones de garde. Un nouveau découpage de certains groupes régionaux devra être trouvé, respectant, en particulier, les zones de garde. Ce travail sera entrepris une fois que le règlement de la garde et un éventuel redécoupage de ses zones seront sur pied.

Commission ad hoc évaluant la convention Cosama et celle du Groupe de Montheron: le Dr Matthew Krayenbuhl a présenté les conclusions de la commission, qui peuvent être appliquées aux concepteurs de réseaux de santé.

Présentation du programme de formation continue de la SVM: le professeur Pécoud a présenté le programme élaboré par la commission pour la formation continue de la SVM. Selon le règlement en la matière de la FMH, les sociétés cantonales devront veiller à ce que leurs membres se conforment aux dispositions de formation continue et consignent le nombre d'heures consacrées à la formation continue.

Hôpital du Chablais, site d'Aigle: le comité de la SVM et le bureau du Groupement des médecins hospitaliers suivent ce dossier. Des négociations devraient être entreprises avec la direction de l'Hôpital du Chablais dans le second semestre 1999, pour que le contrat qui sera appliqué aux médecins vaudois dès le 1^{er} janvier 2000 soit conforme aux dispositions de la SVM et identique aux contrats valables entre les médecins et les administrations des autres établissements hospitaliers du canton.

La prochaine Assemblée des délégués aura lieu le 25 novembre à l'Ecole hôtelière.

Nouveaux membres titulaires

M^{me} Addor Marie-Claude
 M^{me} Angst Hauri Franziska
 M. Chiou Auguste G.-Y.
 M^{me} Corboz Véronique
 M. Delarive Joakim
 M. Derder Sabri
 M. Fishmann Daniel
 M. Guberan Nicolas
 M. Heini Adrian
 M. Horn Thierry
 M. Ingold Blaise
 M. Jequier Vincent *
 M. Lutz Nicolas
 M. Maillard Alain
 M. Mavrocordatos Philippe
 M. Meier Martin
 M. Minghelli Gianni
 M. Morel Yves
 M^{me} Nidecker Beata
 M^{me} Schwed-Girardin Ariane
 M. Vingerhoets François
 M. Westermann Stefan

Candidatures, mode d'emploi

La SVM s'est dotée de nouveaux statuts dont l'esprit est de vivifier les relations entre les membres et les différentes instances. La courroie de transmission principale en est la délégation des membres vers l'Assemblée des délégués et, en retour, des délégués vers chaque groupement dont ils sont les élus. Nous espérons que la participation aux débats et aux décisions en sera favorisée.

Lors d'élections, que ce soit au comité, à la commission de déontologie ou dans d'autres instances, chaque membre de la SVM peut présenter sa candidature sans s'appuyer sur l'aval d'un groupement. Nos statuts ne pré-

voient pas de limitation à cette règle.

Toutefois, le principe de la délégation devrait aussi fonctionner dans ce cas. Une candidature présentée par un groupement bénéficie à nos yeux d'une crédibilité et d'un poids bien plus importants qu'une candidature en cavalier seul, même si cette dernière est toujours possible.

Nous proposons à tout membre qui souhaite se porter candidat de privilégier la voie qui consiste à être le porte-parole d'un groupement représenté à notre Assemblée des délégués plutôt que l'Alleingang.

*Le Bureau
de l'Assemblée des délégués*

Formation continue

Les membres de la SVM sont maintenant (ou devraient être) au courant du «Règlement pour la formation continue» (RFC) voté par la Chambre médicale en juin 1995 et confirmé en juin 1998. En effet, nous arrivons bientôt au terme de la «période d'essai», puisque la Chambre médicale a prévu de mettre en application le RFC le 1^{er} janvier 2000.

En résumé, les Sociétés de discipline médicale (SDM) sont responsables d'établir un programme de FC pour leurs membres; les Sociétés cantonales de médecine (SCM) doivent établir un programme pour leurs membres qui ne feraient pas partie d'une SDM; de plus, les SCM seront chargées de contrôler que tous leurs membres suivent une FC. Le RFC exige que les médecins consignent leur participation à la FC et que celle-ci corresponde environ à 80 heures par année dont cinquante devant être «vérifiables» et le solde considéré comme étude personnelle.

Depuis 1995, les SDM se sont attelées à ce travail et ont établi des programmes de FC et des modes d'évaluation de leurs membres (carnet, formulaire, etc.). Pour beaucoup de SDM, l'année 1999 permet de tester les modèles mis au point. Ainsi, dans l'ensemble, les SDM seront certainement prêtes pour le début du prochain millénaire.

Conformément au règlement pour la formation continue 1998, la Commission de FC vient de recenser tous les membres de la SVM qui ne sont pas membres d'une SDM. Elle a compté

261 membres non porteurs d'un titre FMH (sur 1585 médecins titulaires), dont 185 sont membres d'une SDM. Sur les 76 non-membres d'une SDM, 50 souhaitent rentrer dans une SDM à cette occasion et 26 veulent rester hors d'une SDM: la SVM fournira à ces 26 médecins le programme de FC identique à celui de la SDM représentant l'activité médicale qu'ils pratiquent. Il s'agit, pour la majorité, de médecins généralistes: ainsi, la SVM appliquera à ces médecins le même règlement et les mêmes exigences que le GMGV a établis dans ce canton, au nom de la Société suisse de médecine générale.

L'application du règlement ne va donc pas modifier les situations particulières où des médecins spécialistes sont au bénéfice d'une dérogation pour pratiquer leur spécialité, car ils ne remplissent pas les exigences prescrites par leur SDM: il s'agit le plus souvent de spécialistes sans thèse, au bénéfice d'une dérogation obtenue auprès du médecin cantonal. En revanche, une situation n'est pas encore réglée: la situation mérite encore une série de discussions pour les membres de la SVM qui pratiquent exclusivement une médecine dite «parallèle».

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. Loubo & Fils

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

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

BIOTOP
2000 SA

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

ACHAT, VENTE, ECHANGE

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

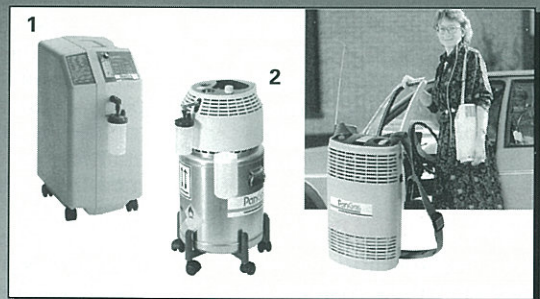
**Demandez notre liste d'articles
Soumettez-nous votre offre
Visitez nos 300 m² d'exposition**

BIOTOP 2000 SA

Champs-Courbes 1 • CHF-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: www.pangas.ch

compétent
rapide
aimable

PanGas

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

Contrôle effectué par les SCM

Une directive récente de la FMH a confirmé que, outre son rôle de prendre en charge les membres de la SVM qui ne font pas partie d'une SDM, la Société vaudoise de médecine est seule garante que tous les médecins praticiens vaudois accomplissent la formation continue prescrite. Il est donc demandé aux SCM (donc à la SVM) de réaliser cette exigence, par exemple en effectuant chaque année une enquête auprès de leurs membres. La SVM mettra en application cette exigence par un sondage plutôt que par une enquête systématique. Dans la dernière directive reçue de la FMH, il est indiqué que «les sanctions sont inexistantes jusqu'à ce qu'une décision soit prise dans ce sens par la Chambre médicale».

Actuellement, nous constatons une certaine évolution des mentalités. En 1996 (cf. *CMV* d'octobre 1996), le sous-signé avait mentionné qu'une «culture» de formation continue allait se mettre en place. C'est ce qui s'est passé progressivement: les réticences face à l'obligation de se former se sont affaiblies et la majorité des médecins de ce pays arrivent à la conclusion qu'une FC structurée est utile, compte tenu de l'augmentation rapide des connaissances médicales et de l'exigence toujours plus grande de nos patients. Perçue initialement comme une chicane administrative supplémentaire, la formation est progressivement vécue comme un devoir éthique face au patient, un moyen important dans le contrôle de qualité... et une occasion de multiplier les rencontres entre les membres d'une société.

Validation des colloques

Le RFC de 1998 exige des SDM qu'elles établissent un programme minimal de colloques à l'intention de leurs membres et qu'elles reconnaissent certaines manifestations. Les SDM ont ainsi attribué aux séminaires/cours/congrès des points plutôt que des heures: ce système permet de hiérarchiser l'importance des colloques. La SVM a également proposé de reconnaître, plus simplement par un nombre d'heures, certains colloques. Cette démarche a deux buts:

- Effectuer cette reconnaissance à l'intention des médecins vaudois non membres d'une SDM.
- Favoriser l'organisation régionale de colloques de plus petite dimension, tels que groupes de qualité, colloques de réseaux, etc. Ce second objectif nous a semblé spécialement important pour favoriser l'offre de FC, sa convivialité et sa

proximité, et l'adapter aux développements exigés par l'avenir: il est probable que la FC attire jusqu'à deux fois plus de membres dans les années à venir, compte tenu de son aspect obligatoire.

Les organisateurs de colloques régionaux ont reçu une validation SVM. L'organisation de cette reconnaissance doit être encore améliorée: l'application du RFC charge encore davantage la commission de FC de la SVM, organisation «de milice»...

La SVM a décidé de reconnaître également comme FC l'enseignement prodigué par ses membres aux étudiants en médecine ou dans d'autres professions médicales, ainsi que la participation aux manifestations de politique professionnelle: le temps validé par ces deux activités ensemble

ne doit pas dépasser huit heures par année (sur les cinquante heures «vérifiables»).

Au début de juillet 1999, le «Programme de FC de la SVM» établissant les points énumérés ci-dessus a été présenté à l'Assemblée des délégués de la SVM. Ainsi se termine une période de mise en route d'un règlement voté par la Chambre médicale en 1995 et destiné à être appliqué en l'an 2000. Cette application, au siècle prochain, devrait également se faire progressivement si l'on en juge par le fait que le temps des «sanctions» semble pour l'instant repoussé à plus tard: sur ce point, la SVM se conformera aux recommandations émises par la FMH.

Professeur A. Péroud

Président de la Commission
Formation continue de la SVM

Institut de physiologie - Faculté de médecine

Nutrition humaine

Cours universitaire de formation continue

Un module de deux semaines et cinq modules de trois jours

Novembre 1999 à avril 2000

A l'intention des: Médecins - Pharmacien(ne)s - Biologistes - Chimistes - Blochimistes - Ingénieurs en sciences alimentaires - Infirmier(e)s (module 2).

Délai d'inscription: 4 octobre 1999.

Renseignements: Dr Yves Schutz, Institut de physiologie, rue du Bugnon 7, 1005 Lausanne, tél. 021/692 55 31 (matin), 021/692 55 63 (après-midi), fax 021/692 55 95, e-mail yves.schutz@physiol.unil.ch

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

Date	Lieu	Inscription	Confirmation
08 au 12.11 1999	Lausanne	20.09 1999	27.09 1999
13 au 17.12 1999	Genève	25.10 1999	01.11 1999

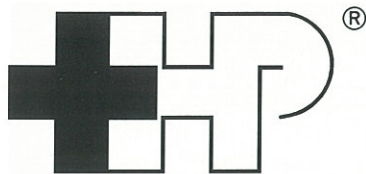
Ce cours est organisé par un comité de la Fondation PRORAME (promotion de la radioprotection dans le domaine médical).

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.

Finances d'inscription: Fr. 1800.-

Information: Institut de radiophysique appliquée, Centre universitaire, 1015 Lausanne, tél. 021/693 31 65.

La Fédération suisse pour l'intégration des handicapés (FSIH) nous informe de la toute dernière édition 1999 de son guide «Maladie, accident, invalidité, vieillesse, perte de soutien: vos droits d'assurés», par J.-M. Agier, N. Chollet et A. Ghélew, Edition d'En bas.



HEVAC PRODUCTS SA

**QUALITÉ/SERVICE/PRIX
20 ANS D'EXPÉRIENCE**

Fourniture de produits radiographiques:

Konica = films et écrans

TETENAL = produits
de développement

Ainsi que les marques suivantes:

AGFA 

3M



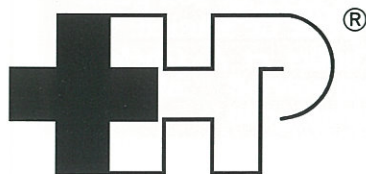
**Un contrôle de qualité de la radiologie
adapté à vos besoins**

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 de Grammont Z.I. «C»
1844 VILLENEUVE

Tél. 021/967 31 31
Fax 021/967 31 30

Courrier du docteur

Présence des médecins sur Internet

Chers Confrères,

Il existe depuis plus de deux ans une page Internet où quelque 200 médecins romands figurent déjà (gratuitement et sans conditions), classés par spécialité FMH avec un lien direct pour leur envoyer un message, leur lieu de pratique et leur site Web éventuel. L'URL de cette page est:

<http://www.montchoisi.ch/radiologie/adr.e-mail.html>

L'intérêt de cette page est, pour le corps médical, de faciliter la communication par l'intermédiaire du courrier électronique et pour chaque médecin, de figurer en permanence sur Internet pour pouvoir être contacté de plus en plus du monde entier.

Pour vous inscrire, il vous suffit de m'envoyer un e-mail avec vos coordonnées à l'adresse pb@montchoisi.ch

Dr Pierre Bénédicte

PUBLIREPORTAGE

Hevac Products SA

Nous sommes spécialistes, depuis 1980, dans la distribution de machines et produits radiographiques ainsi que de produits de laboratoire des meilleures marques à des prix vraiment compétitifs. Grâce à notre stock important, nous assurons une livraison dans des délais très rapides aussi bien aux hôpitaux qu'aux cabinets médicaux.

Notre point fort est le service après-vente.

Nos techniciens, spécialisés en technique médicale (clichés radiologiques), fournissent téléphoniquement les conseils pour résoudre les problèmes techniques lorsqu'un déplacement n'est pas nécessaire, effectuent l'entretien régulier de votre machine et se déplacent dans les plus brefs délais en cas de panne sur un appareil.

Nous disposons aussi de pièces détachées nécessaires au dépannage.

Nos délégués s'occupent d'un secteur géographique déterminé, ce qui leur permet de se rendre rapidement à votre domicile.

En téléphonant, vous obtiendrez tous les renseignements que vous souhaitez sur nos produits ou nos prestations.

L'enveloppe fermée

Ô collègues, sachez-le tous: je ne veux plus jamais voir arriver à ma consultation des patients m'apportant une enveloppe fermée qui leur a été remise à mon intention par un confrère. Nos patients adultes sont des adultes, ils ne sont pas des repris de justice; il est inadmissible de leur faire subir l'humiliation d'être les facteurs qui nous apportent un message les concernant mais dont ils ignorent le contenu.

Contenu souvent tout ce qu'il y a de plus banal, d'ailleurs, du genre «suture en anesthésie locale tel jour, veuillez enlever les fils le huitième jour», ce qui prouve bien que, pour maladroit qu'il soit, le geste n'est pas malveillant. Mettons-nous donc une seconde à la place de nos patients et confions-leur donc une enveloppe... ouverte!

*Dr François Burnier,
1142 Pampigny*

Publireportage

Le numéro de mai 1999 du *CMV* présente, en page 17, un «publireportage» signé de la maison PanGas, qui décrit les bienfaits de l'oxygénothérapie, en particulier sous forme d'oxygène liquide (LOX). Cette publicité me paraît discutable pour plusieurs raisons.

L'oxygénothérapie est utile dans certains cas aigus (pneumonie, décompensation cardiaque, crise d'asthme, etc.), mais la durée brève d'un tel traitement fait que l'utilisation d'oxygène comprimé en bonbonnes et plus rentable.

Par ailleurs, l'oxygénothérapie est utile dans des cas chroniques (BPCO, fibrose pulmonaire, syndrome obésité-hypoventilation, etc.), mais son indication est alors fondée sur la gazométrie artérielle en situation stable (pO_2 inférieure à 55 mmHg, améliorée sous oxygène), et le traitement doit durer au moins quinze heures par jour pour être efficace. La Société suisse de pneumologie a émis des directives très précises à ce sujet. Dans de tels cas, le

concentrateur d'oxygène ou la LOX sont appropriés. Mais l'oxygène liquide, nettement plus coûteux que le concentrateur, doit être réservé uniquement aux patients qui gardent une activité en dehors de leur domicile.

Thérapeutique introduite récemment en Suisse, la LOX ne figure pas encore sur la liste des prestations à charge des caisses maladie où elle devrait, nous l'espérons, apparaître prochainement. Mais, jusqu'à présent, la plupart des caisses ne l'ont pas remboursée, et certains patients ont été mis dans la gêne par une telle prescription.

Il ne semble donc pas souhaitable qu'une publicité vante la LOX dans vos colonnes, et le concentrateur d'oxygène reste, pour l'instant, le moyen approprié pour assurer une oxygénothérapie au long cours.

*Dr Jean-François Vodoz
Pneumologue FMH*

*Médecin-conseil pour les appareils
Ligue pulmonaire vaudoise*

Certificats médicaux de durée indéterminée

(...) Nous devons rappeler les nombreuses prises de position, au cours de ces dernières années, de la Société vaudoise de médecine et d'autres instances à propos du fait qu'il est tout à fait indésirable, et discutable sur le plan déontologique, d'établir de tels certificats. Il convient en pratique d'y renoncer.

(...) La règle est d'établir un premier certificat, pour une durée correspondant aussi précisément que possible à ce qu'on peut penser au vu des don-

nées scientifiques et de la connaissance du patient, en fixant une date raisonnable. S'il s'avère que la situation pathologique perdure, on établira de manière itérative les certificats successifs pertinents.

En comptant sur votre collaboration dans ce sens, nous vous prions d'agréer, Messieurs et honorés Confrères, nos salutations distinguées.

*Dr Jean Martin
Médecin cantonal*

Calendrier médical vaudois

Période du 13 septembre 1999 au 1^{er} octobre 1999

LUNDI 13 SEPTEMBRE 1999

17 h 30: Colloque du Service de chirurgie – D^{rs} F. Pralong et E. Grouzmann: «Etudes in vitro de la fonction surrénalienne humaine» – CHUV, Lausanne, salle de colloques 325, BH 15.

MARDI 14 SEPTEMBRE 1999

9 h-17 h 15: 10 ans d'activité des Centres de traitements et de réadaptation – «La réadaptation – Journée d'étude et de réflexion» – Université de Lausanne, BFSH, Dorigny – Renseignements et inscriptions: M. J.-D. Pochon, Hôpital de La Côte, tél. 021/825 45 35 ou M. R. Schulé, CUTR Sylvana, tél. 021/314 38 11.

MERCREDI 15 SEPTEMBRE 1999

17 h-19 h 30: Séminaire organisé par le Département d'anesthésiologie et de réanimation – «5^e Journée séduinoise d'anesthésiologie et de réanimation» – Hôpital de Sion, auditoire niveau A – Renseignements et inscriptions: secrétariat du professeur P. Ravussin, Hôpital de Sion, tél. 027/324 47 41.

JEUDI 16 SEPTEMBRE 1999

8 h-18 h: 3^e Journée romande de pédiatrie pratique – «Réunions plénières et Ateliers» – Université de Lausanne-Dorigny, BFSH 1 – Renseignements: D^r Reinhardt, tél. 021/320 10 28, fax 021/312 14 59.

9 h 30: Colloque du DHURDV – D^r M. Krasovec, Zurich: «Dermatologie au Caire» – CHUV, Lausanne, auditoire Beaumont.

11 h: Colloque du Service de rhumatologie, médecine physique et réhabilitation – D^r Ph. Zangger: «L'asymétrie dans la polyarthrite rhumatoïde – La classification de Simmen: une aide pour détecter précocement les poignets rhumatoïdes à haut risque» – Hôpital Nestlé, Lausanne, auditoire Louis-Michaud.

18 h 30: Colloque des orthopédistes romands – D^{rs} K. H. Schaad, Geisenfeld et Ch. Eingartner, Tübingen: «La céramique comme matériau médical-BioloXforte/Plasmacup SC with different bearings. First clinical results» – Hôpital orthopédique, Lausanne, auditoire Placide-Nicod, niveau 05-est.

VENDREDI 17 SEPTEMBRE 1999

9 h-17 h: Journée de sensibilisation organisée par l'ISPA – «Toxicomanie: connaissances de base» – 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.

VENDREDI 17 ET SAMEDI 18 SEPTEMBRE 1999

Vendredi: 9 h-20 h; samedi: 9 h-12 h 15: Congrès d'histoire: neurosciences et psychiatrie – «Par-delà les frontières» – Clinique psychiatrique universitaire de Cery, Prilly-Lausanne – Renseignements et inscriptions: M^{me} E. Lehmann, Institut d'histoire de la médecine, Lausanne, tél. 021/314 70 50.

VENDREDI 17 AU LUNDI 20 SEPTEMBRE 1999

Congrès ECLSO (European contact lens society of ophthalmologists) – Hotel Noga Hilton, Genève (tél. 022/908 90 81) – Renseignements et inscriptions: Symporg SA, Genève, tél. 022/346 41 01, fax 022/346 41 42.

MARDI 21 SEPTEMBRE 1999

12 h 30-13 h 30: Colloque de neurologie – Professeur P. A. Despland: «Syndrome d'apnée du sommeil» – CHUV, Lausanne, salle de colloques de neurologie – BH 13.

JEUDI 23 SEPTEMBRE 1999

9 h: Colloque du Département de gynécologie-obstétrique – Professeur P. Bouchard, Paris, D^r N. Chabbert, Paris, D^r S. Christin-Maitre, Paris, et D^r F. Pralong: «Endocrinologie et gynécologie» – CHUV, Lausanne, auditoire de la maternité.

11 h-12 h: Colloque de dermatologie – D^r E. Grouzmann: «Fonction du neuropeptide Y chez l'homme» – CHUV, Lausanne, auditoire Beaumont.

17 h: Réunion du Swiss Basal Ganglia Club (SBGC) – D^{rs} Th. Gasser, Munich, E. Hirsch, J.-M. Burgunder et A. Albanese: «Clinical and genetic findings in inherited Parkinson Syndromes – Conséquences de la dénervation dopaminergique nigrostriatale sur le fonctionnement des ganglions de la base – Séance vidéo» – CHUV, Lausanne, auditoire Yersin.

VENDREDI 24 SEPTEMBRE 1999

12 h 15: Séminaire de l'Institut de pharmacologie et de toxicologie – D^{resse} I. Rubera, Nice: «Identification, régulation et rôle physiologique des canaux perméables aux ions chlorures dans l'épithélium rénal» – Institut de pharmacologie et de toxicologie, rue du Bugnon 27, Lausanne, entrée C3, 1^{er} étage, salle de conférences.

LUNDI 27 SEPTEMBRE 1999

14 h-15 h: Colloque du métabolisme phosphocalcique – D^r M. A. Schurch et professeur J. C. Gerster: «Présentation de cas RMR» – CHUV, Lausanne, salle 10-301.

18 h: Colloque du DSCA – D^r R. Coupland: «The effects of weapons: from field hospitals to in-

ternational law» – CHUV, Lausanne, auditoire Tissot.

MARDI 28 SEPTEMBRE 1999

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

19 h: Colloque du Nord vaudois – D^r A. Cometta: «Tout ce que vous avez toujours voulu savoir sur les maladies sexuellement transmissibles» – Hôpital d'Yverdon-les-Bains, salle de conférences, 3^e étage.

MERCREDI 29 SEPTEMBRE 1999

19 h 15: Colloque de l'Hôpital du Pays-d'Enhaut – D^r L. Burgener, Bulle: «Actualités en thérapeutique gynécologique» – Hôpital du Pays-d'Enhaut, salle polyvalente.

JEUDI 30 SEPTEMBRE 1999

9 h-18 h 15: Symposium de la Clinique La Métairie – «Les états de stress post-traumatiques (ESPT)» – Clinique La Métairie, Nyon – Renseignements et inscriptions: M^{me} C. Bürki, tél. 022/361 15 81, délai d'inscription: 16 septembre.

11 h-12 h: Colloque de dermatologie – D^r J. Cornuz: «Recommandations du DMI pour le traitement de la TVP» – CHUV, Lausanne, auditoire Beaumont.

14 h-18 h: Conférence du 10^e anniversaire du CTR de Chamblon – «La Réadaptation» – Château d'Yverdon-les-Bains, aula Magna – Renseignements et inscriptions: D^r M. Baechler, CHYC, tél. 024/447 11 11, fax 024/447 18 00.

VENDREDI 1^{ER} OCTOBRE 1999

9 h-17 h: Journée de sensibilisation organisée par l'ISPA – «Les produits psychotropes et leurs effets» – 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.

Prochain délai de rédaction pour annoncer les manifestations ayant lieu entre le 4 octobre 1999 et le 26 novembre 1999: nous vous prions de bien vouloir nous faire parvenir vos textes avant le 20 septembre 1999.

La nuit porte conseil...



Franchement, es
gestion de votre c
rond – sans frais
impayés pléthori
vous orchestré vo
temps pour pouvo
heures ou êtes-vo
rent scotchés deva

semble des besoins
aux du cabinet. Côté
logiciel, gestion d'en
communication ou be-
fiques des cabinets,
si longue expérience.
ges de formation et
aussi approfondis. Et

s'est assoupie? Et pourquoi n'adhérez-vous pas à
la Caisse des Médecins? Vous avez là un parte-
naire multiprestation aux méthodes parfaitement
rodées. Aucun ne propose un éventail aussi com-
plet de solutions judicieusement imbriquées cou-

aucun autre ne pratique des tarifs aussi compéti-
tifs. La Caisse des Médecins? Rien de tel pour
économiser vos forces, vos nerfs, votre temps et
votre argent Alors, qu'attendez-vous?

De quel
dosage de statine
l'être humain a-t-il
besoin?



NOUVEAU

- Efficace en microgrammes
- Chez plus de 70 % des patients, réduction du LDL-cholestérol de > 30 %¹⁾
- Réduction marquée des triglycérides²⁾
- Excellente tolérance^{3)/d'association aisée⁴⁾}
- Avantageux / **admis aux caisses dès le 1.1.1999**

LIPOBAY[®] 0.3 mg
CERIVASTATINE



Bayer (Schweiz) AG
GB Pharma
8045 Zürich
e-mail: bayerpharma@baynet.ch
<http://www.baynet.ch>

1) Cerivastatin - Safety and Efficacy: pooled data from clinical trials; J.L. Isaacsohn, First European Cerivastatin Symposium, Sevilla (March 14, 1998), Interact Special, May 1998; 2) Cerivastatin in Hypertriglyceridemia; E. Stein; First European Cerivastatin Symposium, Sevilla (March 14, 1998), Interact Special, May 1998; 3) Monographie du produit, page 31; 4) „Influence of the antacid Maalox and the H2-antagonist cimetidine on the pharmacokinetics of cerivastatin“; W Mück et al., International Journal of Clinical pharmacology and Therapeutics; Vol. 35, no 6 - 1997 (261- 264)

Lipobay[®] 0.1, 0.2, 0.3 mg (cérvastatine sodique), inhibiteur de la HMG-CoA-réductase. **Indication:** hypercholestérolémie primaire (type IIa et type IIb) chez les patients, qui n'ont pas suffisamment répondu à un régime approprié. **Posologie:** 0.1 à 0.3 mg 1 x par jour (dose initiale 0.1 mg 1 x par jour). **Contre-indications:** hypersensibilité à Lipobay, myopathie, trouble hépatique actif, élévation inexplicable persistante des transaminases sériques, grossesse et allaitement, femmes en âge de concevoir ne prenant aucune mesure anticonceptionnelle non hormonale efficace. **Précautions:** contrôle de la fonction hépatique avant le début du traitement et ensuite à intervalles réguliers. **Effets indésirables:** sinusite (3.8 %), maux de tête (2.2 %), rhinite (1.8 %), toux (1.8 %), insomnie (1.6 %), symptômes grippaux (1.4 %), myalgies (1.2 %), douleurs abdominales (0.8 %), arthralgies (0.7 %) et dorsalgies (0.5 %) (% = différences entre un placebo et la cérvastatine). **Interactions:** aucune interaction cliniquement importante avec la warfarine, la digoxine, les antacides, la cimetidine, les inhibiteurs de l'ECA, les antagonistes calciques, les bêtabloquants et les diurétiques. **Présentation:** 0.1mg: 28 comp., 0.2 et 0.3mg: 28/98 comp. OICM Liste B (mise à jour mars 1999). Toutes les formes sont remboursées par les caisses-maladie. Pour des informations détaillées, veuillez consulter le Compendium Suisse des Médicaments.