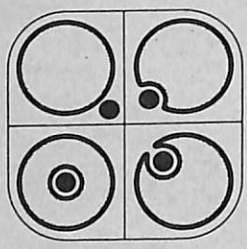
BULLETIN

de la
Société des Sciences Médicales
du Grand-Duché de Luxembourg

N° 1

1979 - 116e année

Bei allen infektiösen Prozessen haben Leukozyten die Aufgabe, pathogene Erreger zu phagozytieren. Die Phagozytose-fähigkeit ist jedoch von verschiedenen körpereigenen Mechanismen abhängig. Durch die Erhöhung der Phagozytose-Aktivität wird eine körpereigene Infektbekämpfung gewährleistet. Das phagozytosesteigernde Wirkprinzip von Tardolyt hat sich bei allen chronisch-rezidivierenden Infektionen besonders bewährt, also dann, wenn eine Phagozytose-Aktivierung nötig ist. Tardolyt



Tardolyt®

Integral S.A. · Luxembourg · 25, rue d'Epernay

Zusammensetzung: 1 Dragée enthält 0,15 mg 3,4-Methylendioxy-8-methoxy-10-nitro-phenanthren-carbonsäure-1 (Aristolochiasäure) als Natriumsalz. **Indikationen:** Verbesserung der Heilerfolge der Antibiotika- bzw. Chemotherapie; rezidivierende Sinusitis und Tonsillitis; chronische Otitis media; chronische Eiterungen (Furunkulose, Dekubitalgeschwüre, Osteomyelitis, Fisteln etc.); Fokaltoxikose infolge nicht erreichbarer oder nicht sanierbarer Streuherde; Unterstützung der allgemeinen lokalen Therapie bei Akne conglobata; Granulationsforderung bei Ulcus cruris. **Dosierung:** 3 mal täglich 1-2 Dragées, unabhängig von Keimart und Lokalisation der behandelten Infekte. Die Medikation sollte so lange fortgesetzt werden, wie die Besserung erkennbare Fortschritte macht.

BULLETIN

de la
Société des Sciences Médicales
du Grand-Duché de Luxembourg

N° 1

1979 - 116e année

Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg

Publié sous la direction du Conseil d'Administration
de la Société des Sciences Médicales, Section des Sciences Médicales
de l'Institut Grand-Ducal

Conseil d'Administration de la Société des Sciences Médicales :

Président	Dr. H. Metz
Secrétaire Général	Dr. J. Neuen
Membres	Dr. A. Betz, Dr. V. Conzémius, Dr. M.-A. Dicato, M. P. Hippert, Dr. G. Kayser, Dr. R. Koppes, Dr. M. Schroeder

Bulletin de la Société des Sciences Médicales :

Administration et Publicité	Dr. J. Neuen, Secrétaire Général 3, rue Conrad Ier, Luxembourg
Rédaction	Dr. M.-A. Dicato, Rédacteur en chef Centre Hospitalier de Luxembourg 4, rue Barblé, Luxembourg

Le Bulletin de la Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg publie des articles en français, en allemand et en anglais. Les auteurs sont priés de remettre leurs manuscripts, dactylographiés en double ou triple interligne et en deux exemplaires, au rédacteur en chef.

Les références, classées par ordre alphabétique, doivent comporter dans l'ordre :

a) le nom des auteurs et les initiales de leurs prénoms, b) le titre du travail, c) le nom du journal, d) le tome, e) la première page de l'article, f) l'année de parution. Pour les citations d'ouvrages, une référence comportera dans l'ordre, outre les noms des auteurs et le titre du livre : a) la ville, b) l'année de parution, c) le nom de la maison d'édition.

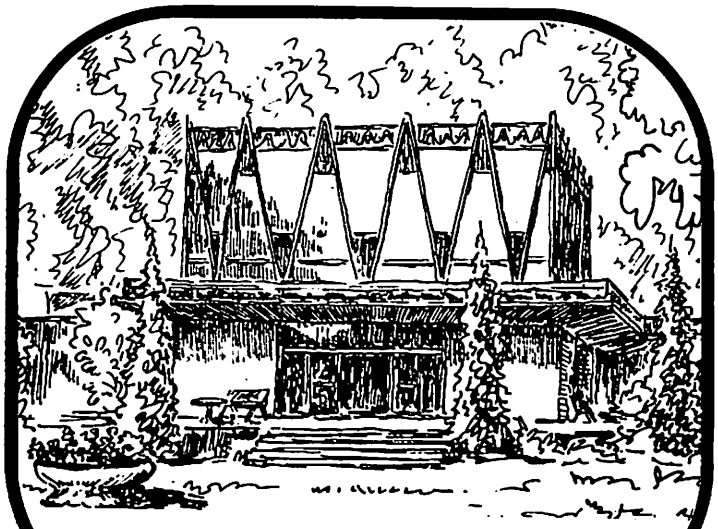
Il est recommandé aux auteurs que les articles soient succincts et si possible, suivis d'un résumé en anglais. Tous les articles seront lus par le rédacteur et un consultant-spécialiste.

Les articles n'engagent que leurs signataires, et sauf avis spécial les opinions exprimées ne reflètent pas nécessairement la position de la Société des Sciences Médicales.

The Bulletin is published two or three times per year and accepts articles in French, German and English. The authors are invited to submit the original copy and a duplicate, typed double-spaced, to the editor. The references, in alphabetical order should conform to the style of the Index Medicus: Surname and initials of authors, title of article, name of journal, volume number, first page and year.

All the articles, which should be succinct, are reviewed by the editor and a member of the editorial board.

Copyright 1979 by Société des Sciences Médicales du Grand-Duché de Luxembourg.



Mondorf-les-Bains

Grand-Duché de Luxembourg

La seule station hépatique
du Benelux

Indications:
Séquelles d'hépatites,
Lithiase biliaire,
Maladies de la nutrition,
(hypercholestérolémie, goutte)
Rhumatismes, Voies respiratoires.

Centre de réhabilitation physique
et de rééducation respiratoire

Service diététique
affecté à l'institut médical

Ouvert toute l'année. Information:
Mondorf-Etat- Tél. 67011

Nomenclature des Laboratoires et Firmes

ayant annoncé dans le présent numéro

Biocodex

Boehringer Ingelheim

Bournonville & Fils

Byk Belga S. A.

S. A. Ciba-Geigy N.V.

Coles S. A.

Cochard S. A.

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois
Mack, Heumann, Hermal-Chemie

Continental Pharma

Essex Belgium

Hoechst Belgium

Integral S. A., Luxembourg
Blendax Belgium, Madaus, Zwintscher, Tropon-Werke

Janssen Pharmaceutica

Milupa S. A.

Mustermöbel S. A.

Etablissement Thermal Mondorf-les-Bains

Pfizer S. A.

Prophac, Luxembourg
Boehringer, Fabre, Rentschler

Roussel S. A.

Sandoz A. G.

Schaper & Brümmer

Laboratoires S.M.B.

Société Belge de Thérapeutique Expérimentale

S. A. Thérapeutica

Etablissements Thiwissen

Union Chimique Belge

Will Pharma

LES PERIODIQUES MEDICAUX
de
LANGUE FRANÇAISE

COLLOQUE DES 2-3 NOVEMBRE 1978

Les Prémontrés à F-54700 PONT-A-MOUSSON

Comptes-Rendus coordonnés par
R. BENICHOUX

Préface du Prof. J.C. SOURNIA

Table des matières

PREFACE 13

AVANT-PROPOS
R. BENICHOUX 14

EXPOSE INTRODUCTIF
R. BENICHOUX 15

TABLE RONDE NUMERO 1 :
Organisation des Périodiques Médicaux Scientifiques 21

TABLE RONDE NUMERO 2 :
Organisation des Périodiques Médicaux Formateurs 31

TABLE RONDE NUMERO 3 :
Une charte de Qualité et ses modalités d'application 46

COMMUNICATIONS PARTICULIERES :

— Le rôle du Bureau National de l'Information Scientifique et Technique (BNIST) en matière d'édition scientifique
L. CITTI 65

— La présentation des résultats d'expérience dans les périodiques médicaux. Quelques réflexions issues de l'analyse approfondie d'articles de toxicologie expérimentale.
R. GERDAY 69

— Problèmes et avenir d'une revue bio-médicale (français-anglais) en Amérique du Nord
M.-A ALI 79

— Bilinguisme médical : vingt cinq ans d'expérience
G.G. NAHAS 83

— Les problèmes d'une revue africaine
O. NUSSAUME et A. MENSAH 90

— Acta Endoscopica : le choix du bilinguisme français-anglais
P. MAINGUET et F. VICARI 93

— Résultats d'une enquête sur les besoins de lecture du médecin en Haute Normandie
H. PIGUET, F. LAUNEY et M. HODARA 96

— La perception de la presse médicale par les médecins de cinq régions de France
M. HODARA et H. PIGUET 101

— Synthèse de dix ans de sondages pratiqués notamment par le CESSIM sur la presse médicale
J. PERRIN 107

— Relations entre périodiques médicaux et grande presse
F. BESANÇON 111

— La part des annonceurs dans la survie ou le développement des périodiques médicaux
G.A. MARCHAL 112

— Information cancérologique des médecins généralistes
1 - Situation actuelle et besoins exprimés
B. HOERNI 115

— Information cancérologique des médecins généralistes
2 - Conception et réalisation d'une publication périodique
J. BRUGERE 123

— Stimucoeur - Cinq ans d'expérience d'une revue à double impact
B. DODINOT et J.P. MONGIBEAUX 129

— Périodiques médicaux régionaux et centres hospitalo-universitaires
G. LAZORTHES 135

— Comité de lecture d'une revue régionale. Fonctionnement et résultats
R. WOEHRLE, J.L. TOURAINE, J.P. GARIN et A. BERTOYE . . 137

— Une méthode originale de formation médicale continue
M. HODARA 142

— Résultats d'une enquête d'opinion sur les revues médicales régionales
J. CORBERAND 146

— Propos préliminaires
J.C. SOURNIA 151

— Que lisent les pneumologues français ? Essai d'évaluation par une enquête nationale
J. OREHEK, A. ARNAUD, D. VERVLOET et J. CHARPIN . . . 152

— Du dirigisme en terminologie
J.C. SOURNIA 157

— Composition, rôle et pouvoirs à donner au comité de sélection d'une revue aux fins d'en améliorer les qualités scientifiques, rédactionnelles et éditoriales
V. CHEVALIER 161

— Commodités et contraintes de la publication sans signature d'articles médicaux. L'expérience de La Lettre Médicale
M. DETILLEUX 163

— Quelques incongruités dans les périodiques médicaux francophones
R. BENICHOUX 167

ANNEXES 173
INDEX DES AUTEURS (Ordre alphabétique) 184

Adresses des participants au Colloque

M. J.P. ABADIE
Doin Editions
8, place de l'Odéon
75006 Paris

Mme A. D'ADLER
Le Matin de Paris
21, rue Hérold
75001 Paris

M. G. ALBOT
Académie de Médecine
8, rue des Saints-Pères
75007 Paris

Prof. M.A. ALI
Département de Biologie
Unitersité de Montréal
C.P. 6128
Montréal H3C 3J7 (Canada)

Mme A.M. AMADEI
Centre Médico-Chirurgical
Villiers Saint-Denis
02310 Charly

M. AMBROSINI
Méditerranée Médicale
58, avenue de la Marne
92600 Asnières

Prof. M. APFELBAUM
74, rue d'Assas
75006 Paris

Dr A. ARNAUD
Clinique Pneumo-Phtisiologique
Hôpital Sainte-Marguerite
B.P. 29
13009 Marseille

Prof. G. ARNULF
6, place des Jacobins
69002 Lyon

M. BALAVOINE
Médecine et Hygiène
Case Postale 229
1211 Genève 4 (Suisse)

Prof. P. BARJON
Hôpital Saint-Charles
34059 Montpeller Cédex

Mme BARROCHE
Bibliothèque de Médecine
Faculté de Médecine
Plateau de Brabois
54500 Vandoeuvre-les-Nancy

Mme P. BATARD
Ouest Médical
21, rue Saint-Fiacre
75002 Paris

Mlle C. BEGON
Encyclopédie Médico-Chirurgicale
18, rue Séguier
75006 Paris

M. J.L. BELLANGER
Radio France Internationale
12, avenue Maximilien Robespierre
94400 Vitry-sur-Seine

Mme Y. BERNARD
21, rue Octave David
25000 Besançon

Prof. E. BERTRAND
Institut de Cardiologie
B.P. V 206
Abidjan (Côte d'Ivoire)

Prof. F. BESANÇON
Hôtel Dieu
Parvis Notre-Dame
75004 Paris

M. M. BEUTLER
A.U.P.E.L.F.
173, boulevard Saint-Germain
75006 Paris

Dr BLAQUE-BELAIR
Librairie Maloine
27, rue de l'Ecole de Médecine
75006 Paris

Dr A. BOISSONNAS
Service du Professeur LAROCHE
Hôpital Cochin
Rue du Faubourg Saint-Jacques
75014 Paris

Prof. A.R. BOUKHRIS
La Tunisie Médicale
18, rue de Russie
Tunis (Tunisie)

Prof. M. BOULANGE
Président de l'Université de Nancy 1
Case Officielle n° 140
54037 Nancy Cedex

M. P. BOURGET
INF. 1
15, rue Cognacq Jay
75007 Paris

Mme A.M. BOUVIER
Bruxelles Médicale
9, avenue Albert Lancaster
1180 - Bruxelles (Belgique)

Mme C. BRISSET
Le Monde
5, rue des Italiens
75427 Paris Cedex 09

Prof. J. BRUGERE
Service de Chirurgie Cervico-Faciale
et O.R.L.
Fondation Curie
26, rue d'Ulm
75231 Paris Cedex 05

Mme Françoise BURNOL
I.N.S.E.R.M.
101, rue de Tolbiac
75645 Paris Cedex 13

M. DE BUTLER
Le Quotidien du Médecin
7, avenue de la République
75001 Paris

Prof. Ag. M.P. BUZEU
Archives de l'Union Médicale Balkanique
1, rue Gabriel Péri
70148 Bucarest (S. 1) (Roumanie)

Prof. P. CASANOVA
Méditerranée Médicale
58, avenue de la Marne
92600 Asnières

Dr A. CASTAIGNE
La Revue du Praticien
19, rue Hautefeuille
75279 Paris Cedex 06

Prof. F. CAVELLAT
Anesthésie, Analgésie, Réanimation
8, Domaine de la Croisette
Bouchemaine
49000 Angers

Prof. Ag. J. CHAMPETIER
Service des Urgences Cfhirurgicales
C.H.R. de Grenoble
B.P. 217 X
38043 Grenoble Cedex

Mme S. CHARBIT-OUAHNOUNA
Association Lyonnaise de Médecine
Légale
Faculté de Médecine Alexis Carrel
Rue G. Paradin
69008 Lyon

M. J. DE CHARON
Editions Curanos
12 bis, rue Jean Jaurès
92807 Puteaux

Prof. Ag. J.C. CHEMINAT
Hôpital Sabourin
B.P. 12
63018 Clermont-Ferrant Cedex

Dr V. CHEVALIER
20, avenue de la Couronne
1050 Bruxelles (Belgique)

Dr Bernadette CHEVREL
Médecine et Chirurgie Digestives
12 bis, rue Jean Jaurès
92807 Puteaux

Prof. G. CHEYMOL
Faculté de Médecine
27, rue de Chaligny
75012 Paris

Dr J. CINQUALBRE
Pavillon Chirurgical A
Hospices Civils
67005 Strasbourg Cedex

Dr P. COEUR
SIMEP Editions
47-49, rue du 4 Août
B.P. 1214
69611 Villeurbanne Cedex

Dr J. CORBERAND
Hôpital de Rangueil
Laboratoire Central d'Hématologie
Chemin du Vallon
31054 Toulouse Cedex

Dr J.F. CORDIER
SIMEP Editions
47-49, rue du 4 Août
B.P. 1214
69611 Villeurbanne Cedex

Dr DALLOT
Service du Professeur LAROCHE
Hôpital Cochin
27, rue du Faubourg Saint-Jacques
75014 Paris

Dr M. DETILLEUX
Service du Professeur LAROCHE
Hôpital Cochin
27, rue du Faubourg Saint-Jacques
75014 Paris

Dr DHAINAULT
Service du Professeur MONSALLIER
Hôpital Cochin
27, rue du Faubourg Saint-Jacques
75014 Paris

Dr M. DICATO
Centre Hospitalier de Luxembourg
4, rue Barblé
Luxembourg (Luxembourg)

Prof. DI MATTEO
Archives des Maladies du Coeur
Hôpital Necker
Service de Cardiologie
149, rue de Sèvres
75015 Paris

M. J. DODEMAN
A paraître
Editions France Expansion
336, rue Saint-Honoré
75001 Paris

Dr B. DODINOT
Service de Cardiologie
Hôpital de Brabois
54500 Vandoeuvre-les-Nancy

Dr P. DOR
6, avenue du Châveau de Malzin
1180-Bruxelles (Belgique)

Dr B. DUPORTET
SIMEP Editions
47-49, rue du 4 Août
B.P. 1214
69611 Villeurbanne Cedex

M. B. DREYFUS
Codata
51, rue de Montmorency
75016 Paris

Prof. J.E. DUBOIS
Laboratoire de Chimie Organique
1, rue Guy de la Brosse
75005 Paris

M. DUPUY
Ministère des Universités
Services Bibliothèques
61-65, rue Dutot
Paris 15°

Dr J.F. FONCIN
Laboratoire Montyon
Service de Neuro-Chirurgie
Hôpital de la Salpétrière
47, boulevard de l'Hôpital
75634 Paris Cedex 13

M. DE GANAY
Société Mutuelle de Publicité
14, rue Drouot
75009 Paris

Prof, R. GAY
Service de Réanimation Médicale
Hôpital Universitaire Dupuytren
87031 Limoges Cedex

M. J.F. GEOFFRE-ROULANT
Association Francophone d'Accueil et de Liaison
47, rue de Lille
75007 Paris

Mme P. GERDAY
Banque des Données en Toxicologie
INSERM
78, rue du Général Leclerc
94270 Le Kremlin Bicêtre

Prof. GILGENKRANTZ
Service de Cardiologie
C.H.R.
Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
54000 Nancy

M. le Doyen GRIGNON
Faculté B de Médecine
Route de Maron
B.P. 1080
54019 Nancy Cedex

Dr J. GUERRE
Hôpital Cochin
Service de Gastro-Entérologie
27, rue du Faubourg Saint-Jacques
75014 Paris

Prof. GUERRIER
Cahiers d'O.R.L.
75, avenue de Lodève
34000 Montpellier

Prof. F. GUERRIN
Lille Médical
Laboratoire de Médecine Expérimentale
Faculté de Médecine
1, place de Verdun
59045 Lille

M. G. GUILLO LOHAN
Sud Ouest Médical
B.P. 117-05
75224 Paris Cedex 05

Prof. J. HERAN
Faculté de Médecine
4, rue Kirschleger
67085 Strasbourg Cedex

Prof. R. HERBEUVAL
C.H.U. de Brabois
Service de Médecine A
54500 Vandoeuvre les Nancy

Prof. M. HERLANT
68, avenue L. Wiener
1170-Bruxelles (Belgique)

M. M. HODARA
Gazette Médicale de France
28, rue Vineuse
75016 Paris

Prof. Ag. B. HOERNI
Fondation Bergonie
180, rue de Saint-Genès
33076 Bordeaux Cedex

Prof. Ag. M. HUGUIER
Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale
8, avenue de Ségur
75700 Paris

Dr C. JUHAN
Hôpital Michel Lévy
Rue de Lodi
13006 Marseille

Dr KABBAGE
Le Journal de Médecine du Maroc
6, rue Mohamed Diouri
Casablanca (Maroc)

Dr P. LANGERON
Hôpital Saint-Philibert
59160 Lomme

Mme LAPLAINE
Le Quotidien du Médecin
7, avenue de la République
75001 Paris

Prof. A. LARCAN
Service de Réanimation
C.H.R. de Nancy
Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny
54000 Nancy

Prof. D. LAURENT
C.HU. Henri Mondor
94010 Créteil

Prof. G. LAZORTHES
Hôpital de Rangueil
31000 Toulouse

Prof. M. LEGRAIN
Service de Néphrologie
Groupe Hospitalier Pitié-Salpétrière
83, boulevard de l'Hôpital
75634 Paris Cedex 13

M. R. LEPOUTRE
Le Concours Médical
37, rue de Bellefond
75441 Paris Cedex 09

Prof. J. LEQUIME
91, avenue Franklin Roosevelt
Bruxelles (Belgique)

Prof. Ag. J. LEROY
Faculté de Médecine
2 bis, boulevard Tonnellé
37032 Tours Cedex

Dr E. LEVY-LAMBERT
Médicographie
Laboratoire Servier
22, rue Garnier
92201 Neuilly sur Seine

Prof. P. MAINGUET
20, avenue Delleur
1170-Bruxelles (Belgique)

M. G.A. MARCHAL
Laboratoires Roussel
35, boulevard des Invalides
75323 Paris Cedex 07

Dr G. MATHIEU
Institut Curie
26, rue d'Ulm
75231 Paris Cedex 05

Mme MAZEAU
Bibliothèque de Médecine
Faculté de Médecine
Plateau de Brabois
54500 Vandoeuvre les Nancy

Prof. J. MENARD
11, square Port Royal
75013 Paris

Mlle B. MENEGOZ
Bibliothèque de Médecine
Faculté de Médecine
4, rue Kirschleger
67000 Strasbourg

Dr M. MERLE
Service de Chirurgie D
Hôpital Jeanne d'Arc
Dommartin les Toul
54200 Toul

Prof. P. MUZZICONACCI
82, rue d'Assas
75006 Paris

Mme G. NICOLE
Bibliothèque Interuniversitaire C
5, rue Auguste Vacquerie
75116 Paris

Prof. Ag. O. NUSSAUME
Faculté de Médecine et Pharmacie
B.P. 450
Dakar (Sénégal)

Dr J. OREHEK
Hôpital Sainte-Marguerite
B.P. 29
13274 Marseille Cedex 2

Dr G. PALLARDY
Hôpital Cochin
Service de Radiologie «B»
27, rue du Faubourg Saint-Jacques
75674 Paris Cedex 14

Dr F. PARISEL
39-41, avenue J.P. Carsoel
1180-Bruxelles (Belgique)

Dr J.L. PARROT
Faculté de Médecine
156, rue de Vaugirard
75015 Paris

Prof. J.C. PECHERE
L'Hôtel Dieu de Québec
11, Côte du Palais
Québec C1R 2J6 (Canada)

Dr PERRIN
45, rue de la Procession
75015 Paris

Dr PIGUET
Service d'Hématologie
C.H.U.
76038 Rouen Cedex

Mme E. PIRONT
52, rue de Hodimont
B-4852 Lampermont (Belgique)

Mme H. PLOIX
Compagnie Européenne de Publication
17, rue d'Uzès
Paris 2°

Mlle POISSON
Bibliothèque de Médecine
Faculté de Médecine
Plateau de Brabois
54500 Vadoeuvre les Nancy

Dr POULIZAC
Centre de Médecine Préventive
2, avenue du Doyen Jacques Parisot
54500 Vandoeuvre les Nancy

Prof. P. RABISCHONG
INSERM - Unité de Recherches Biomécaniques U 103
Avenue des Moulins
34000 Montpellier

Prof. J. RAMADIER
Hôpital Ambroise Paré
92 Boulogne

Prof. R. RAYNOV
19 Bd de G. Kirkoff
Sofia (Bulgarie)

Prof. Ag. E. RAZAFIMAHALEO
Laboratoire de Biochimie
Hôpital Paul Brousse
14, avenue P.V. Couturier
94800 Villejuif

Dr F. REGNIER
10, boulevard Emile Zola
54520 Laxou

Dr P. RENTCHNIK
Case Postale 229
1211 Genève 4 (Suisse)

Dr REY
Clinique Saint-Léonard
3, rue Saint-Léonard
49044 Angers Cedex

Mlle O. ROBERT
Prospective et Santé
5, rue Clément Marrot
Paris 8°

Mme M. ROGER
La Revue de Médecine
40, rue Paul Valéry
75116 Paris

Dr M. SALOMON
Prospective et Santé
5, rue Clément Marrot
Paris 8°

Prof. Ag. J.J. SANTINI
Faculté de Médecine
2 bis, boulevard Tonnellé
37032 Tours Cedex

Dr G. SCHARF
B.P. 18
14, rue Général Leclerc
57140 Woippy

Dr SCHNECK
11, rue du Val de Grâce
Paris 5°

Prof. M. SIMON
Clinique Médicale A
Hôpital Pontchaillou
35043 Rennes

Prof. J.C. SOURNIA
Service Médical de l'Assurance Maladie
C.N.A.M.T.S.
66, avenue du Maine
75682 Paris Cedex 14

Prof. Ag. G. SPAY
58, rue du Lieutenant Colonel Prevost
69006 Lyon

M. le Doyen STREIFF
Faculté A de Médecine
Route de Maron
B.P. 1080
54019 Nancy Cedex

Dr J. TACHON
Institut de Médecine Tropicale du SSA
Parc du Pharo
13007 Marseille

M. G. THIRION
11, place Carnot
54000 Nancy

M. F. THOMAS
Masson & Cie
120, boulevard Saint-Germain
75280 Paris Cedex 06

Dr J.L. TOURAINE
Pavillon P
Hôpital Edouard Herriot
69374 Lyon Cedex 2

M. J.G. TRIDON
S.P.E.I. Editions
14, rue Drouot
75009 Paris

M. J.P. TURQUIN
Sté Sopepharm
5, rue de Lattre de Tassigny
92200 Neuilly

Dr J. VALOIS
Chef du Service d'Informatique Médicale
C.H.U. de Grenoble
38700 La Tronche

Dr D. VERVLOET
Clinique Pneumo-Phtisiologique
Hôpital Sainte-Marguerite
13009 Marseille

Dr F. VICARI
127, rue Saint-Dizier
54000 Nancy

Dr J. VINCENDEAU
Sud Ouest Médical
B.P. 117-05
75224 Paris Cedex 05

M. G. VINCENT-HEUGAS
Panorama du Médecin
38, avenue des Ternes
75017 Paris

Prof. R. WEGMANN
U.E.R. Biomédicale Saints-Pères
45, rue des Saints-Pères
75270 Paris Cedex 06

M. R. WOEHRLE
Lyon Médical
12, rue de la Barre
69002 Lyon

Prof. C. WONE
Hôpital Saint-André
33075 Bordeaux Cedex

Mme YOUNG-MARTIN
Bruxelles Médical
9, avenue Albert Lancaster
1180-Bruxelles (Belgique)

Dr J. ZUCMAN
Centre Hospitalier
95100 Argenteuil

PREFACE

Professeur Jean-Charles SOURNIA
Directeur Général de la Santé
(Paris)

Pour rédiger ces quelques phrases, je parcours avec plaisir les épreuves des communications présentées au cours du colloque organisé par les Professeurs BENICHOUX et HERAN: elles ont été variées, suivies de discussions souvent contradictoires, et ont prouvé le bien-fondé de cette réunion. Ses animateurs doivent en être remerciés.

Le thème choisi était original, et a rappelé aux confrères français que le langage et la documentation médicale sont pour nous des instruments de travail indispensables, au même titre qu'un spectrophotomètre ou un autoanalyseur: si nous ne pouvons pas les utiliser ou les utilisons mal, nous sommes inefficaces.

Les revues médicales sont les véhicules inévitables des échanges scientifiques, destinés à nous faire connaître les travaux des autres, et faire connaître les nôtres. Le progrès scientifique est désormais international, et un isolationnisme hexagonal serait dérisoire.

Cependant, le volume de l'imprimé ne correspond pas toujours ni à sa qualité ni au nombre de ses lecteurs: les revues médicales sont le reflet du niveau et du dynamisme d'une communauté scientifique. Je pense personnellement que, même en tenant compte des publics différents que visent les périodiques français, nous en avons beaucoup trop, leur quantité nuit à leur valeur.

Si nos travaux sont bons, la science française progressera et sera mieux connue. S'ils ne sont pas bons, ils ne seront pas lus, dans quelque langue qu'ils soient publiés. Mais s'ils sont bons et ne sont publiés qu'en langue étrangère, c'est notre individualité culturelle qui sera menacée: nous en avons des exemples près de nous, et nous finirons comme ces pays du Tiers-Monde dont les médecins utilisent deux langues: une étrangère scientifique, et leur langue maternelle pour parler à leurs malades. Ils tiennent leur réunions dans un mélange des deux.

Le colloque de Pont-à-Mousson nous convainc que la medecine française est parfaitement capable de garder sa personnalité et sa fécondité bien au-dela de nos frontières.

Avant Propos

R. Benichoux

Les responsables du Colloque sur LES PERIODIQUES MEDICAUX DE LANGUE FRANCAISE, en décidant d'en publier les Comptes-Rendus, n'avaient pas prévu l'extrême difficulté de l'entreprise. Si ce volume a pu enfin voir le jour, c'est grâce à un ensemble d'efforts heureusement complémentaires: ponctuelle collaboration des auteurs, laborieuse révision des textes enregistrés au cours des Tables Rondes et des discussions, et enfin inlassable travail du secrétariat de l'Institut de Recherches Chirurgicales de Nancy.

Les Tables Rondes ont été enregistrées, dactylographiées, et ont subi deux à trois corrections, dont la dernière avec l'approbation des membres des Tables Rondes ou de leur Président.* Les discussions suivant les communications ont été révisées et raccourcies, en supprimant les élocutions verbales ou répétitions, sans toutefois les soumettre aux auteurs. Reste le texte même des articles. Devions-nous les soumettre à une «révision», comme nous prétendons que c'est le devoir de tout responsable de périodique? Nous étions prêts à le faire, sans souci excessif de démagogie (l'organisation de ce colloque en est la preuve). Cependant nous y avons renoncé, sauf pour quelques uns, parce que nous voulions les présenter comme un «instantané», en 1978, de la rédaction médicale telle qu'elle est pratiquée par certains responsables de périodiques francophones.

Il me reste, pour terminer, à remercier la SOCIETE des SCIENCES MEDICALES du GRAND DUCHE de LUXEMBOURG et le Docteur M.A. DICATO d'avoir accepté la publication de ces Comptes-Rendus dans leur BULLETIN. Une diffusion complémentaire, plus large, en sera assurée par les Editions DOIN.

*La table Ronde sur les Relations avec la Grande Presse n'a pu, pour des raisons techniques, être exploitée. Nous le regrettons bien vivement.

Exposé Introductif

R. BENICHOUX

Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy
INSTITUT de RECHERCHES CHIRURGICALES –
CHU de Brabois
54500 VANDOEUVRE LES NANCY (France)

Mes premiers mots seront des remerciements: aux autorités universitaires qui, par leur patronnage nous ont encouragé dans notre entreprise, aux responsables de l'AUPELF qui ont subventionné le déplacement de certains collègues lointains, aux responsables des périodiques médicaux, qui ont bien voulu accepter de venir discuter avec des amateurs; remerciements enfin à tous les participants de ce colloque: défenseurs de la francophonie, consommateurs exigeants de littérature médicale ou producteurs-consommateurs. Je ne peux manquer de réserver une mention particulière à nos hôtes non français mais francophones, qui sont venus quelquefois de fort loin pour défendre sans doute la francophonie, mais aussi et surtout la qualité de nos publications médicales.

L'implantation géographique de ce Colloque m'a désigné pour cet exposé introductif. Sachez cependant que la voix que vous entendez est double. La mienne, bien sûr, pour m'être intéressé depuis une dizaine d'années à la qualité de l'écriture médicale, mais aussi celle du Professeur J. HERAN de Strasbourg, dont vous connaissez le magnifique travail de recherche pédagogique. C'est avec tremblement et humilité que nous avons abordé l'organisation de ce colloque: comment et pourquoi des amateurs y seraient mieux qualifiés que des professionnels? Ce sont ces derniers qui nous ont, en dernière analyse, poussé dans cette aventure: aucun d'entre eux n'aurait eu l'audace de s'y lancer sans craindre de réveiller les vieux démons de la concurrence.

Au cours de ce colloque, le présent des périodiques médicaux francophones sera jugé sans pessimisme exagéré, mais non plus sans indulgence. Pourtant, le nombre de ces périodiques est rassurant. En France seule, près de trois cents titres sont offerts, dont on peut considérer que deux cents ont une grande ou moyenne diffusion. Quelle que soit l'analyse qui sera faite dans ce colloque de leur santé financière, nul ne pourra prétendre que le malaise vient de leur pénurie, peut-être même du contraire.

Sans négliger la littérature médicale tertiaire, dite encore de formation post-universitaire, retenons la littérature médicale primaire, d'information scientifique, qui est la plus spectaculaire et qui joue le rôle de locomotive pour toute la médecine francophone. Est-elle lue? Et si elle est lue, est-elle appréciée? Des enquêtes de lecture ont été faites, elles vous seront rapportées au cours de ce colloque. En nous limitant aux périodiques d'information scientifique, leur audience se juge de différentes manières: le rapport entre le tirage et les abonnements, le nombre d'abonnés étrangers et particulièrement des bibliothèques universitaires et hospitalières, etc... L'INSTITUTE OF SCIENTIFIC INFORMATION publie depuis quelques années un Index de Citations. La citation ultérieure d'un article médical par un autre auteur est le signe, en effet, de son intérêt. Quel que soit le mode d'évaluation, l'audience des périodiques médicaux francophones baisse dans le monde. Le nombre de fois où un article français est ultérieurement cité par un autre auteur dans la littérature mondiale est dangereusement bas. Nous avons tous été impressionnés par la statistique publiée par GARFIELD, Current Contents (17), 29/5/1978 (Fig. n°1), comparant le nombre de citations d'articles français publiés en français et en anglais: 63% de ces articles publiés en anglais sont ultérieurement cités, alors que seulement 51% de ceux publiés en français le sont. Le nombre moyen de citations, indice encore plus significatif, est plus de deux fois supérieur lorsque la publication est en anglais. La moyenne globale des citations de ces articles français (4,4%) est malgré tout inférieure à la moyenne de tous les articles

publiés dans la presse mondiale (5,68%). La brutalité des conclusions de GARFIELD est choquante: les savants français risquent d'être ignorés s'ils n'acceptent pas la langue anglaise comme langue scientifique internationale. On pourrait en discuter quelques détails, tenant à l'indifférence qui frise l'impérialisme des nords-américains pour tout ce qui n'est pas publié aux Etats-Unis mêmes. Nos collègues britanniques s'en plaignent déjà, a fortiori des auteurs français publiés en anglais dans une bonne revue britannique (Fig. n 2) et qui sont, neuf ans après, totalement ignorés dans un article d'une revue américaine qui «invente» la même technique. On pourrait déplorer le risque de disparition de l'identité même des chercheurs (Fig. n 3): le parti pris de l'anglophonie va jusqu'à refuser d'indiquer le lieu (MILANO) de l'Institut qui publie! On pourrait se lamenter de constater que des journaux trilingues passent rapidement à l'anglais exclusif. On pourrait craindre que les éditeurs de livres médicaux ne succombent aussi au mal anglais qui déjà les touche. Ne dit-on pas que certains professeurs en Médecine en sont réduits en début d'année, à conseiller à leurs étudiants des manuels écrits en anglais? Etant plus diffusés, ils sont toujours de prix inférieur et souvent de meilleure qualité (en passant, que nos collègues conseillent plutôt à leurs étudiants de consulter le Guide pratique des Etudes Médicales de J. HERAN!). Je passe sur les retombées dangereuses pour les industries pharmaceutiques, l'électronique et l'ingéniérie médicale françaises, qui n'auraient d'avenir que dans les multinationales.

Acceptons toutefois de reconnaître que la défense de la langue française n'est pas obligatoirement et exclusivement l'affaire des médecins. Le but assigné à ce colloque est plus simple: améliorer les qualités de rédaction et de publication des articles médicaux écrits par des francophones. Tant mieux si cela sert la langue française. Mais l'essentiel est d'apprendre dès maintenant à mieux écrire et à mieux publier pour encore mieux chercher. Qu'on se rassure, cette préoccupation est aussi celle de nos modèles anglo-américains. Dix-neuf responsables de grands périodiques se sont réunis à VANCOUVER en Janvier 1978, pour convenir de l'uniformisation de certaines règles de rédaction et de fabrication de textes médicaux (Annexe). Cette convention, dite de VANCOUVER, sera discutée au cours de la dernière Table Ronde.

L'éditologie médicale française est encore balbutiante. Il convient tout d'abord de s'entendre sur certains termes. Et d'abord ceux qui désignent les responsables d'un périodique médical. L'organigramme proposé par L. DEBAKEY (Tableau n° I) n'est pas exempt d'ambiguités. Le Tableau II propose les concordances les mieux acceptées.

Il est possible de se faire connaître même quand on publie en français. Cet extrait d'une lettre (Avril 1978) du Professeur Roger GUILLEMIN, Prix Nobel de Médecine, l'atteste: „J'ai voulu, pour diverses raisons, que chacun de mes travaux princeps soit publié en français, aux Comptes-Rendus hebdomadaires des séances de l'Académie des Sciences. Ce que j'ai fait. Or, publiés en français, dans un journal totalement francophone, ces travaux sont reconnus et cités dans la littérature mondiale, autant que d'autres travaux publiés en anglais, dans des revues soit uniquement anglophones soit internationales". Notre but est que ceci soit possible plus souvent et pour plus de périodiques médicaux. Y parvenir dans 5, 10, 15 ans, le temps n'importe que dans la mesure où il n'aide que ceux qui sont décidés à entreprendre. N'étant pas les premiers à tenter cette réhabilitation des périodiques médicaux, nous y trouvons une raison supplémentaire pour souhaiter que ce colloque ne se perde pas dans les sables. La dernière Table Ronde, après avoir esquissé ou mieux établi la Charte de Qualité, devrait déboucher sur l'élaboration d'un organisme permanent ou d'un groupe de travail investi de deux missions corrélatives: organiser l'enseignement de la rédaction médicale aux étudiants en médecine et aux chercheurs, et former ou recycler les responsables des périodiques médicaux. En d'autres termes, établir des règles et veiller à leur application.

BEFACT FORTE

B1	B2	B6	B12
250 mg	10 mg	250 mg	20 mcg

Flacons de 25 et 100 dragées

Indications

Polynévrites d'origine toxique (en particulier : alcoolique ou consécutive à un traitement par l'Isoniazide).

Névrites, algies, zona, syndrome neuroleptique, etc.

Asthénies, myopathies, crampes musculaires, etc.

Carence d'origine alimentaire ou médicamenteuse (antibiotiques).

Posologie

1 à 4 dragées par jour, au moment des repas.

Sté Anonyme LABORATOIRES S.M.B.
rue de la Pastorale 26-28
1080 — BRUXELLES

ultra-levure gélules

MICROBIOTHÉRAPIE

- **Prophylaxie et traitement des accidents des antibiotiques**
- **Diarrhées — Colites — Entérocolites**

" Forme lyophilisée Saccharomyces Boulardii 17. 1 milliard de germes vivants par gélule.

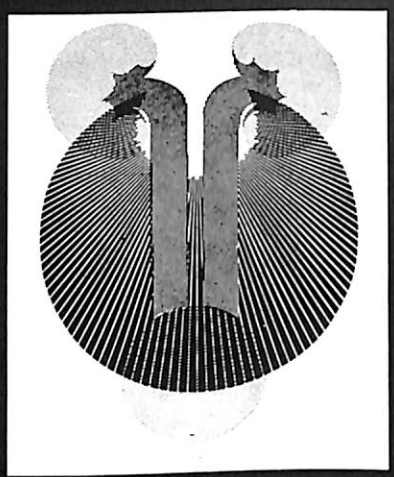
Posologie et mode d'emploi :
Ingérer 1 à 4 gélules par jour

Concessionnaire
au Grand-Duché de Luxembourg
Établissements HANFF Frères
LUXEMBOURG

Laboratoires BIOCODEX, 19, rue Barbès, 92120 MONTROUGE, Tél. : 656-67-89

Harnweginfekte

kompromisslos und spezifisch behandeln



Urospasmon®

Hohe Erregerempfindlichkeit bei geringem Risiko – daher auch bei Banalinfekten einsetzbar

Urospasmon®

besonders geeignet zur Behandlung des schmerzhaften Infekts

Urospasmon® sine

besonders angezeigt beim chronischen Infekt und zur Langzeittherapie

Indikationen: Akute und chronische Harnweginfektionen, Pyelonephritis, zur Infektionsprophylaxe bei diagnostischen und operativen Eingriffen in der Urologie
Kontraindikationen: Eingeschränkte Nierenfunktion mit erhöhten Rest-N-Werten, Oligurie, Anurie, Uramie, Polyneuropathie, Sulfonamid- und Nitrofurantoin-Überempfindlichkeit, schwere Leberparenchymschaden. Anwendung während der ersten 3 Lebensmonate. Keine hexamethylentetraminhaltigen und zusätzlich bei UROSPASMON keine schwefel- und quecksilberhaltigen Präparate gleichzeitig verabreichen.
Mögliche Nebenwirkungen: Gastrointestinale Störwirkungen, Kopfschmerzen, Allergien, Fieberschübe, Exanthem, Cholestase, pulmonale Reaktionen, anaphylaktische Erscheinungen, Anamien, Paraesthesien
Hinweise: Um die erforderliche tägliche Harnmenge von 1,5 l zu gewährleisten, ist es zweckmäßig, eine Durchspulungstherapie mit SOLUBITRAT (Basis-Information umseitig) durch zuführen, das kein Hexamethylentetramin enthält. Weitere Informationen enthalten die wissenschaftlichen Prospekte

Urospasmon®

Zusammensetzung:
1 Tablette: Nitrofurantoin 50 mg, Sulfadiazin 150 mg, Phenazopyridin 50 mg

Handelsformen
20 Tabletten
50 Tabletten
Anstaltspackungen

Urospasmon® sine

Zusammensetzung:
1 Kapsel = Nitrofurantoin 50 mg, Sulfadiazin 150 mg

Handelsformen
20 Kapseln
50 Kapseln
Anstaltspackungen

Urospasmon® sine pro infantibus

Zusammensetzung:
1 Kapsel: Nitrofurantoin 12,5 mg, Sulfadiazin 37,5 mg

Handelsform
50 Kapseln
Anstaltspackung

HEUMANN Arzneimittel
NÜRNBERG

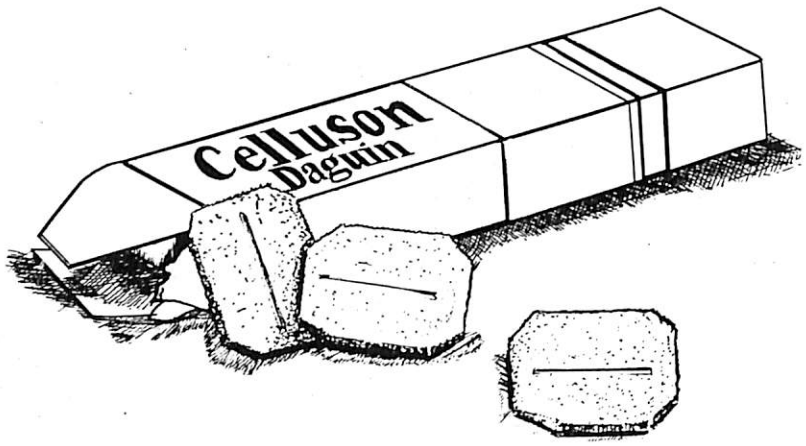
Stand Mai 1978

Littérature et échantillons: Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A., Luxembourg

Labo. COCHARD

Celluson

Daguin



Biscuits diététiques à base de son
pour faciliter le transit intestinal

Distribué par les Laboratoires STELLA
B-4600 CHENEE

stella

CITATIONS D'ARTICLES PUBLIES EN 1973 (JUSQU'EN 1976)

(17376 articles)

	Art. cités	N. citations	Moy. citations	Cités > 20 fois
10112 en France	5151 (51%)	14230	2,76	22
7264 hors de France (61% en Anglais)	4572 (63%)	28951	6,3	248
TOTAL : 17376	9723	43181	4,4 (5,68)	

E. Garfield - Science Citation Index

Current Contents, 29 Mai 1978

FIG. 1

ANN. THOR. SURG., 1978, 25 : 155-7

A Method for Direct Coronary Sinus Flow Measurement and Blood Sampling in the Dog

Paul R. Liebman, M.D., Michael T. Patten, M.D.,
and Herbert B. Hechtman, M.D.

BRITISH J. SURG., 1969, 56 : 618

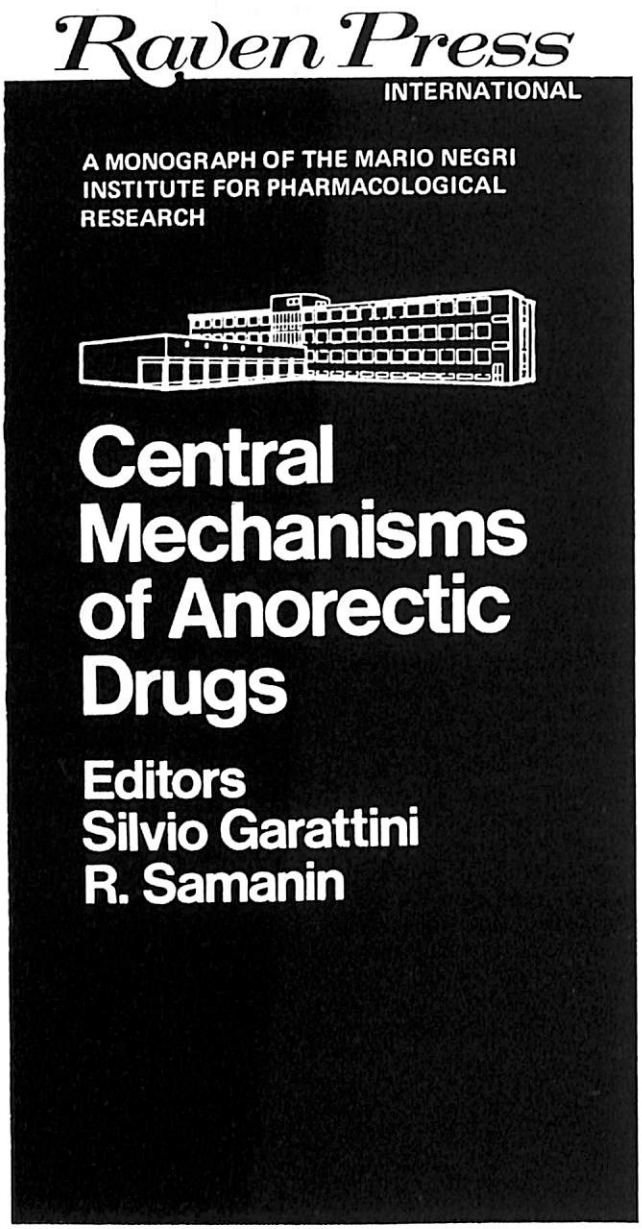
21. A Method of Assessment of the Subtotal Coronary Blood-flow: C. MARCHAL, R. ROYER, J. P. BERTRAND, and R. BENICHOUX, Laboratoire de Chirurgie Expérimentale, Faculté de Médecine de Nancy, France.

FIG. 2

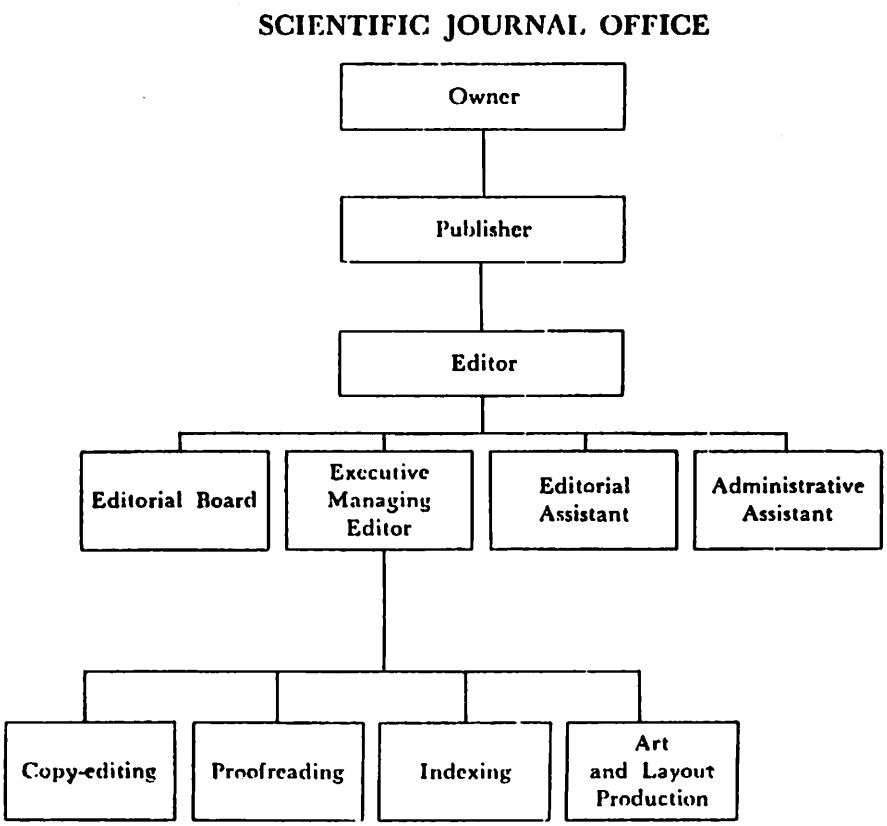
FIG. 3

LA PERTE D'IDENTITE

(Impossible de localiser le Mario Negri Institute)



Organizational chart



Loïs DEBAKEY:

THE SCIENTIFIC JOURNAL

Tableau I

CONCORDANCES

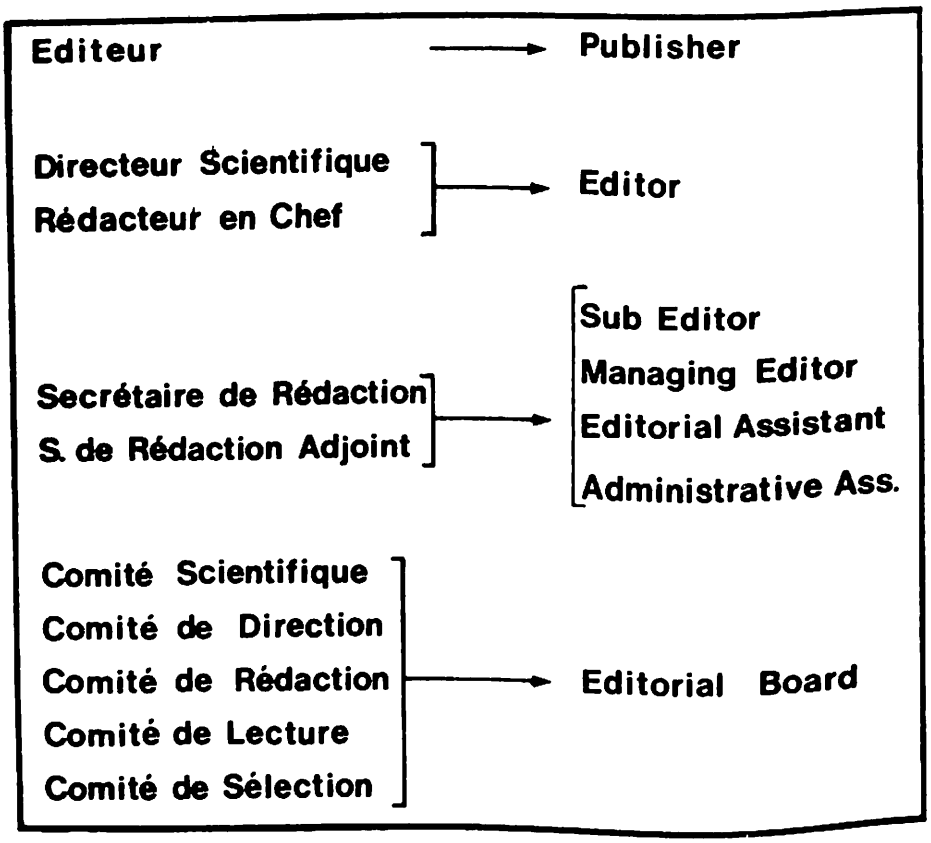


Tableau II

Table ronde N° 1 :

Organisation des périodiques médicaux scientifiques

Président: Prof. J. LEQUIME (Bruxelles)

Modérateur: Prof. M. LEGRAIN (Paris)

Membres: Dr V. CHEVALIER (Bruxelles), Mme R. GERDAY (Paris), Prof. J. M. GILGENKRANTZ (Nancy), Prof. M. HERLANT (Bruxelles), Prof. Ag. M. HUGUIER (Paris).

Prof. J. LEQUIME (Bruxelles):

L'organisation des périodiques médicaux scientifiques pose, à l'heure présente, des problèmes extrêmement complexes. Tout d'abord, les périodiques médicaux se sont multipliés d'une façon extrême dans les divers pays au cours des vingt dernières années. Pour ne prendre qu'un exemple, jusqu'il y a trente ans environ, il n'y avait aux Etats-Unis qu'une seule revue importante de cardiologie: l'AMERICAN HEART JOURNAL; à l'heure présente, l'AMERICAN HEART JOURNAL existe toujours mais on a vu apparaître d'autres revues de classe internationale: CIRCULATION, CIRCULATION RESEARCH, AMERICAN JOURNAL OF CARDIOLOGY, JOURNAL OF ELECTROCARDIOGRAPHY, etc... Il en est de même dans tous les domaines de la médecine et ceci résulte essentiellement du nombre grandissant de chercheurs et de la nécessaire spécialisation. Bien entendu, les problèmes d'organisation des périodiques médicaux sont différents quand il s'agit de revues qui se veulent un caractère international ou d'autres, non moins indispensables, qui ont un caractère national ou même régional, ces dernières souvent axées sur une université déterminée. Il conviendra donc, suivant le document de travail élaboré par le Professeur LEGRAIN, d'examiner tour à tour et d'une façon succinte les objectifs d'un journal scientifique, la matière de ce journal, l'organisation d'une revue, l'évaluation de la qualité du journal et enfin l'avenir et plus particulièrement l'avenir des périodiques de langue française.

Je remercie vivement mes collègues qui ont accepté de faire partie de la Table Ronde et je leur demanderai de donner leur avis concernant les différents points que je viens d'évoquer. En terminant, je voudrais féliciter le Professeur BENICHOUX et ses collaborateurs de l'initiative qu'ils ont prise en organisant ce colloque qui vient à son heure et qui nous permettra d'établir un état présent de cette question.

Au cours de ma carrière de physiopathologiste et de cardiologue, j'ai eu à m'occuper de divers périodiques; il y a bien longtemps, j'ai créé les ACTA CLINICA BELGICA et d'autre part, les ACTA CARDIOLOGICA, revue internationale dont je suis le rédacteur en chef. J'appartiens par ailleurs à l'Editorial Board de l'AMERICAN HEART JOURNAL, de CARDIOLOGY, de BRUXELLES MEDICAL et d'autres périodiques. C'est à dire que j'ai vécu de très près les difficultés rencontrées par ces divers journaux et que je suis particulièrement intéressé par ce colloque. Je demanderai donc à mes collègues de donner leur avis sur les diverses questions que j'ai évoquées.

Dr. V. CHEVALIER (Bruxelles):

Il est certain que les revues de langue française subissent actuellement un handicap important auquel nous devons essayer de remédier. Il me paraît que c'est l'accumulation continue de milliers de petites améliorations qui nous permettront avec beaucoup de patience, de remonter le courant.

Monsieur LEGRAIN, je pense que les lettres à l'éditeur sont de bonnes choses à condition qu'elles s'attaquent soit vraiment à la revue soit vraiment à l'article. Vous parlez d'enquêtes de qualité. Je crois que le lecteur est très souvent ignorant des problèmes que rencontrent les éditeurs des revues et je crois que vous pourriez transformer en lettres à l'éditeur, les lettres que vous recevez à propos de la qualité et qui paraissent constructives. Vous demandez qu'il y ait un résumé en anglais. Je répondrais d'abord qu'il faut un bon résumé, ensuite le traduire en anglais, et le mettre au début et pas à la fin. C'est une amorce, un appât pour faire lire ce qui suit. Je voudrais aussi insister sur l'utilité, dans les congrès, de la diapositive en langue anglaise. Je ne me prononcerais pas sur l'opportunité de la mise en anglais des articles. Je veux simplement parler de la qualité nécessaire de cette traduction et rejoindre une opinion émise ce matin. Il y a des gens qui sont faits pour cela, et il faut les payer en conséquence. Il faudrait même à l'échelon européen, établir la liste des gens qui sont capables de le faire. J'insiste sur la nécessité d'abord d'une bonne rédaction de l'article dans sa langue originale. En ce qui concerne le comité de sélection, il doit être composé d'un petit nombre de membres dévoués munis de pouvoir spéciaux.

Ils doivent répondre rapidement, objectivement, en ignorant le nom de l'auteur, ce dernier ignorant le nom des arbitres. Quant au taux de rejet des articles, il y aura lieu de distinguer entre le rejet examen et le rejet concours. Le rejet examen consiste à voir si l'article est admissible. Quant au rejet concours, il concerne une sélection en fonction de la place disponible. Et pour terminer, je voudrais insister sur l'importance de la qualité de la fabrication d'une revue, ce qui est le privilège d'un bon professionnel de l'édition. Bien sûr, les scientifiques n'aiment pas qu'on donne de l'importance au contenant par rapport au contenu. Mais comment voulez-vous savoir que vous allez boire une bouteille de MOUTON-ROTSCHILD si on ne l'a pas mis sur l'étiquette?

Prof. Ag. M. HUGIER (Paris):

Je vais vous paraître probablement très prétentieux en disant que j'ose espérer reconnaître du MOUTON ROTSCHILD même s'il n'y a pas d'étiquette sur la bouteille, après l'avoir bu, bien entendu. Je vais me placer délibérément en dehors des questions posées par Mr LEGRAIN dans la mesure où un grand nombre d'entre elles relèvent de la compétence des équipes de direction des revues. Je crois que le plus important est un résumé qui soit un résumé bien fait. La deuxième remarque concerne la comparaison fréquemment faite entre les publications francophones et anglo-américaines. Elle ne peut jamais être objective, car on ne peut jamais comparer réellement des articles différents. Il vaut mieux essayer d'améliorer ce que l'on fait, et c'est délibérement dans cet état d'esprit que je voudrais placer mes réflexions. Il me semble qu'une grande partie des critiques que l'on peut faire aux articles médicaux francophones concernent quelques confusions. Tout d'abord, une confusion des genres. Confusion entre l'article médical scientifique, le compte rendu de recherche, la lettre à l'éditeur et d'autre part, les revues et les articles à visée didactique, qui s'adressent à des lecteurs différents. Cette confusion vient sans doute de notre formation au concours de l'internat. On risque ainsi dans un article dit scientifique de ne trouver que quelques paragraphes qui sont vraiment un compte-rendu de recherche, ce qui évidemment décourage le lecteur. La deuxième confusion est une confusion de style, car le français préfère le style littéraire. Or là encore, la rédaction scientifique et la rédaction littéraire sont deux choses différentes. Un de nos collègues a même pu écrire qu'un article scientifique devait être construit en défendant une thèse, en soutenant une antithèse, puis en faisant une synthèse. La science n'est pas de la philosophie. On cherche souvent, dans des articles médicaux scientifiques, à trouver plusieurs synonymes à un même mot, en appelant une maladie de trois, quatre à cinq noms différents. Mais que pensera le lecteur étranger qui croira à plusieurs maladies différentes, parce que tout simplement, l'auteur a voulu

faire un effet de style. De même, autre exemple, nous mélangeons le temps des verbes: le malade est entré à telle date, il aura tels examens, il lui a été fait ceci, il sort tel jour. Le lecteur étranger ne comprend plus rien. Inversement, il ne faut pas tomber dans un style scientifique trop abstrait, trop elliptique, et il faut rester accessible aux lecteurs. Les plus grands scientifiques sont toujours ceux qui s'expriment de la façon la plus simple. La troisième confusion qui découle des précédentes est une confusion des chapitres. Au lieu de respecter la séquence: matériel et méhodes, résultats et discussion, certains auteurs français se posent un problème et cherchent d'emblée à le résoudre en fonction de leur conception intellectuelle. Ceci est à mon avis l'inverse même de la démarche scientifique, qui doit au contraire analyser des faits et ensuite seulement en tirer des conslusions.

Que doit être un bon article médical scientifique? C'est WOODFORD à qui l'on posait la question, qui répondait que le bon modèle était l'Indicateur de Chemin de Fer. Il a toutes les vertus du bon article médical scientifique: il est exact, concis, clair. L'exactitude: que dirions-nous d'un indicateur de chemin de fer qui nous dirait, demain soir le train part de NANCY en fin d'après midi. Or, c'est ce que nous faisons communément, comme l'a rappelé tout à l'heure Mme GERDAY, nous parlons souvent de la «majorité des cas», d'une «faible minorité» des malades, d'une «tumeur volumineuse» quand nous n'employons pas des comparaisons agricoles «de la taille d'une cerise». Messieurs, s'agit-il d'une cerise «bigarreau» ou d'une cerise anglaise? La deuxième vertu de l'indicateur de chemin de fer est indiscutablement la concision. Et que dirions-nous d'un indicateur de chemin de fer dans lequel on nous décrirait le bureau du chef de gare de la gare de NANCY ou la couverture en tuile ou en ardoise du toit de la gare de NANCY. Ce n'est pas ce que nous demandons à un indicateur de chemin de fer. De même, nous ne demandons pas à un article médical scientifique ces périphrases ou ces choses qui n'ont rien à voir avec l'objectif de l'article. Qu'importe lorsque l'on parle d'une tumeur chez un malade de savoir que ce malade a eu quinze ans auparavant une fracture ouverte de la jambe? La troisième qualité de l'annuaire de chemin de fer est indiscutablement la clarté. Et là, il me paraît fondamental de s'adapter aux lecteurs auxquels on s'adresse sinon, dès la première phrase, l'article ne sera pas lu. Mon ami FARFOR compare volontiers la rédaction médicale et son contenu à un aquarium et aux poissons que contient un aquarium. En soi, la paroi de l'aquarium n'a aucune importance. Elle doit même être aussi peu visible que possible, telle une glace parfaite. Le contenu de l'article est le poisson, la vitre de l'aquarium est la rédaction médicale. Si la rédaction médicale est obscure, si beau soit le poisson, on ne le verra pas. On n'arrivera pas à le découvrir et je dirais même qu'au contraire une vitre parfaitement translucide obligera l'auteur à mettre dans l'aquarium, si possible, un joli poisson.

Après ces remarques fondamentales, le problème de la langue dans laquelle est écrit un article me paraît relativement secondaire, dans la mesure où un article mal rédigé en français s'il est traduit en anglais sera tout aussi mal écrit. Après avoir été critique, je voudrais quand même être plus positif. L'organisation des périodiques médicaux doit passer par un double contrôle: contrôle de l'intérêt scientifique de l'article, c'est le poisson dans l'aquarium, puis contrôle de la clarté de la vitre de l'aquarium, d'est à dire le contrôle de la rédaction de cet article. C'est ce qui existe dans les pays anglo-saxons dans le «Medical editing», inconnu en France. Ce contrôle de la rédaction ne s'improvise pas et ne peut être fait par des amateurs aussi enthousiastes et dévoués soient-ils. Il est du ressort des professionnels de la rédaction médicale avec une formation spécialisée.

Mme GERDAY (Paris):

Tout à l'heure, j'ai fait remarquer quelques imperfections dans la présentation des faits scientifiques, mais maintenant nous nous trouvons devant un dilemne. En effet, pour

les chercheurs, les données doivent être rigoureuses et souvent très détaillées. Est-il alors souhaitable d'allonger un article scientifique? Certaines revues mettent en réserve les documents trop détaillés non publiés pour les mettre à la disposition de ceux qui en font la demande.

Prof.M. HERLANT (Bruxelles):

Je n'assiste à ce colloque qu'à titre de délégué de l'Académie Royale de Médecine de Belgique. D'autre part, je ne suis pas clinicien, mais fondamentaliste et également membre du comité de direction des ANNALES D'ENDOCRINOLOGIE. Il y a trois ans, j'ai participé à la réforme de cette revue. Je ne vous parlerai aujourd'hui que de l'incidence de la langue anglaise. Des membres de notre comité et non des moindres, ont souhaité à ce moment-là que les ANNALES D'ENDOCRINOLOGIE, revue francophone depuis sa fondation, soit désormais publiée en anglais. Cette suggestion n'a pas été retenue. D'autres membres ont voulu que les articles soient bilingues, et nous avons longuement discuté de l'application pratique de cette mesure. Et nous sommes arrivés à la conclusion qu'elle était impossible parce qu'il fallait engager des traducteurs scientifiques de qualité, donc très chers. Nous sommes alors revenus à la solution des auteurs anglophones publiant en anglais et bien entendu des auteurs francophones publiant en français. Je m'empresse de préciser que depuis que ces mesures ont été prises, les ANNALES D'ENDOCRINOLOGIE se portent bien et publient encore des articles de grande valeur. Mais il y a peut-être une petite lacune. Les résumés en anglais sont peut-être un peu courts et pas assez explicites. Je crois que les résumés anglais devraient être plus longs. D'autre part, notre comité de lecture est objectif et sévére et rejette à peu près 30 % disons des articles présentés. Ce comité est entièrement secret.

Il y a enfin un point délicat que je voudrais aborder. Un point qui peut paraître indécent auprès d'auteurs francophones, c'est la déontologie qui doit régner dans les comités de lecture. Un exemple fâcheux et récent m'a démontré que parfois il se glisse dans les comités de lecture des personnes peu délicates qui s'empressent de prendre connaissance avant même leur publication de découvertes, pour essayer de se les approprier. Alors je crois qu'il est nécessaire d'établir des règles de déontologie stricte.

Prof. J. LEQUIME:

Je voudrais maintenant demander à Mr. LEGRAIN de donner son avis sur les différents problèmes d'autant qu'il a été l'auteur du questionnaire qui a été envoyé aux différents membres de la table ronde.

Prof. GILGENKRANTZ (Nancy):

Je pense qu'il est peut-être préférable que je dise de suite quelques mots. Je tiens tout d'abord à m'excuser, et je vous demande beaucoup d'indulgence, parce que le Professeur DI MATTEO m'a téléphoné en me demandant de le remplacer au pied levé. Il m'a donné par téléphone très vite quelques unes des idées qu'il avait l'intention de vous soumettre, alors je vais essayer de ne pas trahir sa pensée. Le questionnaire de Mr. LEGRAIN est un questionnaire excessivement vaste et il est difficile d'y répondre d'une façon globale. En effet, il faudrait peut-être déjà définir l'objectif de la revue médicale scientifique ou du périodique médical scientifique avant de vouloir essayer de définir ce que doit être le comité de lecture: quelle peut être la langue utilisée? Quel genre de lecteurs? Ce sont par conséquent déjà les motivations de la revue et son objectif qu'il faudrait définir. Si on envisage le problème sous cet angle, on pourrait proposer très schématiquement trois types de revues. La première est une revue dite d'information scientifique bien sûr, mais de caractère loco-régional et national. Le problème de la langue ne se pose pas. Seule la façon de travailler du comité de rédaction est peut-être intéressante. Peut-être faudrait-il y mêler un certain nombre d'abonnés, renouvelés tous les deux ans, qui seraient les

témoins de la vie du journal, et les représentants des lecteurs. Le deuxième type de revue est l'organe d'une société scientifique. Les ARCHIVES DES MALADIES DU COEUR ET DES VAISSEAUX, qui sont l'organe de la Société Française de Cardiologie ont un comité de lecture qui n'est en effet qu'un centre de tri. Le comité s'attache d'abord à la forme pour être sûr que l'on respecte certaines conditions propres au journal lui-même. Puis le comité envoie l'article à un seul référé anonyme, l'article étant lui-même anonyme. Quant au résumé, après avoir renoncé au résumé en espagnol, nous exigeons que le résumé en anglais soit suffisamment long. Reste la troisième variété qui est la revue hautement scientifique. Son objectif n'est plus national; il est manifestement international. Toutes les revues de type international éditées en France devraient être, tout du moins c'est ma propre opinion, bilingues. C'est à dire que l'auteur qui écrit en anglais doit être publié en anglais et son résumé traduit en français. Si l'auteur est français, il s'exprime dans sa langue avec un résumé anglais.

Prof. J. LEQUIME (Bruxelles):

Je voudrais, à propos de l'organisation des périodiques médicaux, dire quelques mots sur notre façon de faire aux Acta Cardiologica, journal international de Cardiologie. Cette revue qui paraît tous les deux mois a été créée en 1946. Elle est consacrée à l'étude des problèmes cardio-vasculaires et a un caractère international. Elle publie des travaux originaux physiologiques, anatomiques et cliniques. Elle s'accompagne, dans chaque numéro, d'un éditorial. Une rubrique spéciale est consacrée à l'analyse des livres envoyés à la rédaction, une autre aux lettres à l'éditeur. La publication de thèses importantes et de travaux de grand développement est réalisée sous forme de supplementum dans des conditions à convenir avec le secrétaire de rédaction. La revue a peu à peu obtenu un succès grandissant et est largement diffusée dans le monde. Deux dixièmes seulement de ses numéros sont distribués aux abonnés belges. Les huit autres dixièmes sont envoyés aux abonnés disséminés dans le monde entier.

La revue possède deux éditeurs en chef, deux éditeurs associés, ces derniers étant nommés pour trois ans et ayant un mandat renouvelable, un comité scientifique international composé de personnalités de premier plan et un comité de rédaction dont le rôle est capital pour l'acceptation des travaux. Ce comité de rédaction comprend des membres choisis en raison de leur compétence dans tel ou tel domaine de la Cardiologie; le mandat de ses membres est de trois ans et il est éventuellement renouvelable.

Les langues utilisées dans la revue sont l'anglais et le français. Chaque article est précédé d'un résumé rédigé dans la langue de l'article et suivi d'un résumé dans l'autre langue. L'éditorial est consacré à un sujet d'actualité; il est sollicité par la rédaction auprès de cardiologues particulièrement qualifiés; il ne doit pas comprendre plus de 4 à 6 pages, ni s'accompagner de bibliographie ou de figures.

La revue donne aussi de façon brève un compte-rendu des communications présentées à la Société Belge de Cardiologie; elle rend compte de l'activité de la Société Internationale de Cardiologie et de ses conseils scientifiques, de la Société Européenne de Cardiologie et de l'Organisation Mondiale de la Santé. Enfin, elle donne tous renseignements concernant les colloques et symposia internationaux de Cardiologie.

Le mécanisme d'acceptation des articles (à l'exception des éditoriaux) est le suivant: le travail reçu en trois exemplaires est soumis par le secrétaire de rédaction à deux membres du comité de rédaction choisis pour leur compétence dans le domaine de l'article envoyé. Ils disposent d'un mois pour rédiger leurs remarques et considérations diverses tant pour ce qui concerne la forme que le fond du travail. Ils donnent leur conclusions. D'après celles-ci, l'article est refusé ou renvoyé aux auteurs avec les remarques faites et une demande de modification du travail. Dans le cas où les deux lecteurs

sont d'un avis opposé, un troisième expert est désigné appartenant soit au comité de rédaction soit au conseil scientifique international.

Après la réponse de celui-ci, les éditeurs en chef décident souverainement de l'acceptation ou du refus du travail. Les auteurs, s'ils ne sont pas d'accord avec les remarques faites, peuvent défendre leur point de vue qui est à nouveau soumis aux lecteurs. Cette procédure qui peut paraître lourde est en fait celle utilisée dans la plupart des revues de standing international; sa durée ne dépasse pas trois mois, même dans les cas les plus compliqués.

Cette façon de faire nous paraît bénéfique. Elle a permis à la langue française de conserver un rôle honorable dans la revue. Il est évidemment indispensable que les résumés dans les deux langues soient suffisamment explicites et permettent de se faire une idée précise de la teneur des articles. Le résumé espagnol que nous ajoutions jusqu'il y a quelques années, a été supprimé comme inutile, les lecteurs d'une revue internationale étant capables de lire l'anglais ou le français. Quant aux supplementa, ils sont rédigés en anglais ou en français, au choix des auteurs, mais ici aussi ils doivent s'accompagner dans la langue autre que celle de la matière du supplementum d'un résumé particulièrement détaillé dans l'autre langue.

Nous pensons sincèrement avec le recul des années que l'organisation de notre périodique est saine et peut servir de modèle à des revues du même ordre.

Voilà ce que je voulais dire concernant les ACTA CARDIOLOGICA et maintenant, je vais demander à Mr. LEGRAIN de bien vouloir prendre la parole.

Prof. M. LEGRAIN:

Je vous remercie Monsieur le Président. Effectivement, en liaison directe avec Mr. LEQUIME, nous avons préparé cette table ronde et rédigé un questionnaire en fonction de notre expérience personnelle d'auteur, mais aussi de responsabilités rédactionnelles nationales et internationales. Pour ma part, je voudrais revenir tout d'abord sur le problème de la mauvaise qualité des matériaux qui arrivent au comité de rédaction. En effet, l'enseignement à la base de la rédaction n'est pas fait. Pour que ce système de formation se mette en place, il faut qu'il y ait une pression et pour cela, il faut que les articles soient rejetés. Pour que les articles soient rejetés, il faut qu'il y ait un comité qui fasse son travail, c'est le rôle du comité de lecture, qui doit coordonner les conclusions des juges. En effet, il n'est pas possible que le comité de lecture assure la totalité de la correction des manuscrits, faute de temps, et dans la majorité des cas, de compétence. Ce travail de coordination consistera à recevoir les articles, les distribuer aux juges adéquats et enfin à donner la forme finale de la réponse aux auteurs. Donc, ce comité de lecture est un comité hautement qualifié au plan de la responsabilité mais pas obligatoirement au plan de la compétence. Il doit travailler avec des arbitres choisis aussi bien dans les pays francophones qu'à l'étranger. Ces arbitres doivent travailler sur une grille et un canevas bien détaillé et préalablement établi par le comité de lecture. Le comité de lecture prend sa décision de rejet, d'acceptation ou de modification, en l'explicitant dans une ou plusieurs pages de commentaires adressées aux auteurs. Ces commentaires porteront sur le fond, la forme, la bibliographie, etc... Ces commentaires risquent d'être mal faits hors d'un cadre bien défini. Autre point, les journaux francophones sont ennuyeux. Les journaux scientifiques anglophones sont parfois amusants. Pourquoi le sont-ils? Parce qu'à partir d'articles extrêmement rigoureux au plan scientifique, il y a des éditoriaux signés ou non signés. On ne peut qu'admirer certaines études critiques faites à partir de un, deux ou même trois mémoires originaux. Il peut y avoir des commentaires sur l'évolution scientifique de notre profession, sur l'évolution sociale, etc... Il faut encourager les tentatives de ce genre qui apparaissent dans les journaux francophones, mais qui n'atteignent pas à mon avis, le

niveau de la presse anglophone. Donc, le journal doit être vivant, et c'est également vrai des journaux spécialisés.

Je voudrais maintenant aborder le problème de la francophonie. La francophonie représente 3 à 4 % de l'humanité, et pourtant, le retentissement scientifique, culturel et technique de cette francophonie va très au-delà de ces 4 %. Il y a donc un problème de diffusion pour cette communauté restreinte. A partir de cet horizon chiffré, il y a deux niveaux de journaux scientifiques: le niveau national et local et le niveau de diffusion internationale. Tous les critères de qualité discutés précédemment sont connus aux deux niveaux, la différence est seulement le fait de l'originalité. Il ne peut pas y avoir de deuxième étage à la fusée si le premier étage n'est pas bon. Ceux qui publient au niveau national doivent accepter les exigences de la sélection et être formés aux règles internationales de rédaction scientifique. Au niveau national, c'est bien entendu la langue française qui doit être utilisée. Le problème des résumés en anglais est accessoire. Au niveau du journal de diffusion internationale, je vois d'abord un grand journal de médecine, citons-le, du type LA NOUVELLE PRESSE MEDICALE. Nous avons également place pour un grand journal mensuel de mémoires, aucun actuellement ne joue ce rôle. Il nous manque l'équivalent du NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE en français. Troisièmement, il peut y avoir place pour des journaux spécialisés francophones ou bilingues, et quatrièmement pour un journal fournissant le compte-rendu de communications de haut niveau scientifique, du type COMPTE RENDU DE L'ACADEMIE DES SCIENCES. Pour ces journaux, la langue française peut être exclusivement utilisée, avec un résumé en anglais. Ce qui importe, c'est que dans toutes les bibliothèques du monde, il y ait au moins un bon journal francophone, comme il doit y avoir un journal germanophone ou hispanophone. Ce journal francophone vivra non pas par ses abonnements étrangers mais bien entendu par sa clientèle francophone.

Maintenant, il y a des journaux qui se veulent à diffusion internationale. Penser que 3 % de la population du monde va défendre son message scientifique par le biais de la langue française est un leurre. Je pense qu'il s'agit d'un combat totalement d'arrière garde. Il nous faut utiliser la langue scientifique internationale, qui permette les échanges. Imaginez que nous soyons obligés de lire le japonais, le russe, l'allemand, etc... Cette langue aurait pu être le français. Mais il se trouve et nous ne pouvons y revenir, que c'est l'anglais. Pour nous imposer dans le monde scientifique international, il faut publier dans des journaux anglophones des articles de qualité. Je pense aussi que la francophonie doit imiter la germanophonie, qui a su créer une édition médicale dynamique en anglais. Ces publications en anglais réalisées par des éditeurs français, avec des comités de rédaction appartenant en partie à la francophonie, joueront le rôle de locomotives pour le reste des publications francophones.

Reste le problème du bilinguisme. Je voudrais d'abord dire mon respect et mon admiration pour ce qui a été présenté ce matin, et qu'évoquait Mr LEQUIME. Grâce à l'énergie de certains hommes, dans les limites de certains créneaux techniques, on peut momentanément défendre des journaux bilingues. Mais sincèrement, je ne crois pas à leur avenir. Si ces journaux ont une large diffusion, 90 % des manuscrits seront bien entendu envoyés directement en anglais pour des raisons démographiques, et la diffusion des articles en français restera faible. Sauf cas très particulier, le bilinguisme dans le même journal n'est pas la meilleure défense, à mon avis, de la francophonie. Je préférerais plutôt une double édition en français et en anglais.

Ce qui compte, c'est que les travaux scientifiques de la francophonie soient de bonne qualité. Ce sont les étrangers qui viennent dans nos laboratoires et qui apprennent le français, qui deviennent les vrais vecteurs de la francophonie. Ce n'est pas parce qu'une majorité d'articles de premier rang seront publiés dans des journaux anglophones que la francophonie disparaîtra. Ce qui compte, c'est qu'il y ait des Anglais, des Américains,

des Scandinaves qui viennent dans des labos en Belgique, en Suisse, en France etc...

Dr VICARI (Nancy):

Je voudrais faire une première remarque. J'ai l'impression que l'on parle de deux choses voisines, mais différentes en matière de bilinguisme. Il y a les revues qui publient, au choix, en français **ou** en anglais et où cette dernière finit par dominer. A l'opposé, nous essayons de développer un bilinguisme différent avec chaque article en français **et** en anglais. Il faut faire cette distinction en matière de bilinguisme, et porter au-delà de nos frontières, chaque fois que cela est possible, le français en tant que tel.

Prof. E. BERTRAND (Abidjan):

Je voudrais faire une remarque concernant le continent africain, dans lequel la francophonie n'a pas encore perdu sur le plan de la communication scientifique. On dit que les journaux de référence offerts aux consommateurs médicaux sont, pour la plupart, anglophones. Eh bien, en Afrique cela n'est pas le cas, car c'est le vide. Il y a tout juste deux journaux de médecine qui sont francophones. La place de la francophonie n'y est pas perdue, bien au contraire, et il faut même mettre en place des journaux médicaux ouverts aux anglophones africains. Ce bilinguisme serait sans risque car actuellement, il y a un appel pour les communications horizontales inter-africaines. Nous en avons fait l'expérience avec un journal qui s'appelle: CARDIOLOGIE TROPICALE, TROPICAL CARDIOLOGY. Je dois dire que la réponse des auteurs anglophones a été extrêmement satisfaisante et que d'emblée, ce journal d'amateurs a reçu des articles anglophones, et a reçu des abonnements d'universités anglophones. Je voulais simplement souligner que dans certaines régions du monde, la francophonie n'a pas entièrement perdu.

Prof. P. MAINGUET (Louvain):

Je voudrais faire remarquer que si la francophonie c'est 3% de la population mondiale, compte tenu de l'analphabétisme fort répandu, ce n'est certainement pas 3 % de la population qui lit et qui écrit, quelle que soit la langue. Donc je crois qu'il ne faudrait pas faire naître un sentiment de découragement, dû à une faiblesse quantitative qui n'est pas obligatoirement qualitative. D'autre part, je confirme que le bilinguisme parallèle: français et anglais est utile parce qu'il permet une expression à ceux qui ne sont pas anglophones. Il joue aussi le rôle de locomotive dans le domaine de la qualité en enseignant la rédaction médicale par la pratique des échanges avec les auteurs.

Prof. E. RAZAFIMAHALEO (Kremlin-Bicêtre):

J'ai un certain nombre de remarques à faire. Tout d'abord, je crois qu'il y a une espèce de brouillard qui plane sur ce congrès et qui doit être levé. C'est pour cela d'ailleurs que sommes réunis ici. Seulement, lorsque nous avons entendu, tout au début de ce Colloque, la lecture des recommandations de la Commission Boursin, rendant le français obligatoire pour les périodiques locaux et nationaux, il y a eu un petit brouhaha. Pourquoi? Il y avait une approbation satisfaite de quelques uns, mais surtout il y avait un septicisme à peine voilé pour d'autres. Nous sommes responsables de cette disparition de la langue française dans les périodiques médicaux scientifiques. Depuis quelques temps, on a porté aux nues la langue anglaise, j'ai même entendu tout à l'heure mettre en question le taux de citation des Comptes-Rendus de l'ACADEMIE DES SCIENCES, aux Etats-Unis. Et pourtant, Mr BENICHOUX a rappelé l'exemple du Professeur GUILLEMIN, Prix Nobel, qui a fait ses plus importantes publications dans les Comptes-Rendus de l'ACADEMIE DES SCIENCES. Ce périodique n'est dénigré que depuis un certain temps, plus précisément depuis que le CNRS et l'INSERM ont décidé

que, puisqu'il n'y avait pas de comité de lecture, la publication perdait de sa valeur.

Je plaide en faveur de la francophonie. N'enseignez pas aux jeunes chercheurs la rédaction anglaise, mais la rédaction française.

Prof. O. NUSSAUME (Dakar):

Je voudrais répondre à mon collègue BERTRAND d'Abidjan pour dire qu'il faut quand même veiller à cette francophonie qui risque aussi d'être perdue en Afrique. Il y a six mois, s'est tenu à Dakar un colloque sur l'avenir de la francophonie dans le domaine médical et nos collègues africains sont arrivés à la conclusion qu'ils allaient peut-être, pour être lus, en arriver à publier en anglais.

Prof. J.L. PARROT (Paris):

Mr CHEVALIER a fait allusion à la langue parlée dans les congrès internationaux. Si cela m'est permis, je voudrais faire deux remarques. Tout d'abord, je voudrais dire que la langue parlée anglaise n'est pas une langue internationale. Nous connaissons tous des quantités d'exemples et nous savons tous qu'un collègue d'Oxford ne comprendra que difficilement un collègue texan. A ce propos, je voudrais citer une anecdote vécue dans un Congrès International à Tokyo. J'ai vu un collègue américain renoncer à comprendre le collègue japonais qui croyait parler américain et prendre l'interprétation française. L'autre remarque, c'est que je ne pense pas raisonnable dans un congrès international, qui se tient dans un pays francophone, d'interdire la langue française. Ceci arrive quelquefois. Ceci était prévu pour le congrès international de Pharmacologie, qui s'est tenu à Paris il y a un an. Il y a eu tellement de protestations que la chose n'a pas été possible. Douze équipes d'interprétation simultanée ont été utilisées, à la grande satisfaction des trois mille congressistes.

Mme HERLANT (Bruxelles):

Je suis administrateur délégué des ARCHIVES BELGES DE BIOLOGIE. Je voudrais vous parler des résumés anglais que l'on place à la suite des articles français. J'ai eu récemment l'occasion d'assister à une réunion internationale d'éditeurs de revues scientifiques, qui se tenait à Paris. J'ai alors posé aux participants américains la question de savoir s'il était vrai qu'ils ne lisaient pas délibérément les articles écrits en français. Le plus grand nombre a répondu: «Nous ne sommes évidemment pas très habitués à lire le français. Nous commençons par lire le résumé anglais, et ensuite nous lisons ou nous ne lisons pas l'article. Mais très souvent, quand nous avons fini de lire le résumé anglais, nous ne savons pas ce qu'il y a dans l'article. Alors automatiquement, nous ne le lisons pas. En conclusion, il est absolument nécessaire d'avoir un résumé anglais plus long, en bon anglais.

Prof. R. BENICHOUX (Nancy):

On est bien obligé de schématiser. Je suis pour la francophonie, et pourtant je publie en anglais. Mr LEGRAIN est pour l'anglophonie et pourtant il défend aussi la langue française. Je crois que nous devons faire à la fois une part à l'émotion mais quand même laisser une place à la raison. Comment ne pas être ému de voir la langue française défendue par des voix si diverses et venant d'horizons géographiques si différents. Je pense au Professeur BUZEU qui est rédacteur en chef des ARCHIVES DE L'UNION MEDICALE BALKANIQUE, et qui défend de belle manière, vous l'avez vu, la langue française. Comment ne pas remercier le Professeur RAZAFIMAHALEO de défendre aussi la langue française et comment ne pas penser à l'Afrique, continent vierge où une place est à prendre. On parle de marketing, disons plutôt créneau, pourquoi ne pas essayer d'occuper ce créneau? Mais il faut se rendre à l'évidence et là l'émotion doit cesser, pour le moment la langue scientifique la plus utilisée est la langue anglaise. Je veux reprendre une comparaison stratégique. Rappelons la

Bataille de la Marne, au cours de la Première Guerre Mondiale. Tout le monde était très ému, impressionné par l'imminence et les risques de la catastrophe. Le Maréchal JOFFRE disait: «Reprenez donc de ce ragoût, calmez-vous, vous verrez, nous en sortirons». Il en est sorti. Effectivement, nous aussi nous pouvons nous en sortir, mais par le biais de la recherche de la qualité. Et comme dans l'Evangile, le reste viendra par surcroît.

Dr P. DOR (Bruxelles):

Je voudrais faire quelques remarques qui sont non pas le fruit d'une simple spéculation intellectuelle, mais le résultat de mon expérience de rédacteur des ACTA CHIRURGICA BELGICA. Si nous voulons défendre la langue française, nous devons le faire non pas d'une façon romantique, mais nous baser sur des critères de qualité. Il y a d'abord la qualité de la présentation et comme Mr CHEVALIER l'a dit tout à l'heure c'est le domaine des experts, des techniciens et on peut arriver ainsi à une meilleure présentation avec un prix de revient moindre, ce qui n'est pas un élément négligeable. Deuxièmement, il faut veiller à la qualité des articles, et c'est vraiment fondamental. De nombreux orateurs en ont déjà parlé ce matin. Il faut que la sélection de ces articles soit rigoureuse. Je suis toujours effaré de voir combien dans les articles dits «scientifiques», par exemple l'exposé du matériel et des méthodes est tout à fait insuffisant, ainsi que l'exposé des résultats, ou leur interprétation, sans parler de la bibliographie et du mauvais résumé. On peut y remedier car il y a des règles qui permettent de rédiger des articles convenablement, de même qu'il y a aussi des règles qui permettent à un comité de sélection de travailler convenablement. Dans notre revue, nous sommes obligés de publier en français, en néerlandais, et aussi par voie de conséquence un petit peu en anglais. Alors, nous avons pris l'habitude de toujours faire la traduction des résumés dans les trois langues. Pour terminer, je dois dire aussi que nous avons l'habitude de revoir absolument toutes les communications qui sont présentées à la tribune de notre Société de Chirurgie et qui, éventuellement, peuvent être refusées dans le journal. Dans l'ensemble, parmi les travaux soumis aux ACTA CHIRURGICA BELGICA, il y en a 10 % admis directement, 10 % rejetés d'emblée, et 80 % qui sont renvoyés aux auteurs pour correction.

Prof. J. BRUGERE (Paris):

On a parlé tout à l'heure de la langue utilisée dans les congrès. Je voudrais rapporter une anecdote en complément à ce qu'a dit Mr PARROT. Le CNRS a organisé en Juin 1978, Quai Anantole France, un symposium présidé par le Professeur MATHE où la langue anglaise était obligatoire. Ainsi, les français devaient faire leur communication en anglais, enfin la publication sera assurée par la maison SPRINGER.

Prof. J.F. CAVELLAT (Angers):

Je me tourne vers notre ami LEGRAIN. Si un auteur français écrit dans un journal anglais, ne peut-on l'inciter sinon l'obliger à donner à une revue française un reflet français de son article? Il faut quand même que nous défendions un petit peu nos nationaux et que nous donnions à nos étudiants souvent très paresseux, la possibilité de lire un texte de valeur qu'ils n'iront pas chercher dans un journal anglais.

Prof. M. LEGRAIN:

Ma réponse sera simple. Pourquoi parler de donner simplement un résumé à un journal français? On est obligé de constater que lorsqu'un bon papier, fait par un francophone est publié en anglais dans une revue de niveau international, il ressort quasi automatiquement en français, et souvent plusieurs fois.

Je lève la séance en remerciant tous les membres de la Table Ronde.

Table ronde N° 2:

Organisation des périodiques médicaux formateurs

Président: DR. G. SCHARF (Woippy)

Membres: Melle Cl. BEGON (Paris), Prof. Ag. A. BUZEU (Bucarest), Dr. B. DUPORTET (Lyon), Prof. A. LARCAN (Nancy), Prof. Ag. J. P. LEROY (Tours).

Document Préparatoire :

Quelle priorité accorderiez-vous aux trois missions de la Presse dite de Formation:

1°) La transmission des connaissances scientifiques nouvelles et la réactualisation des connaissances anciennes (le «savoir») et la culture médicale?

2°) la transmission des **aptitudes** techniques et des démarches de prévention, de dépistage, de diagnostic et de thérapeutique correctes (le «savoir-faire»)?

3°) la transmission des **attitudes** psychologiquement adaptées à chaque individu malade (le «savoir-être»)?

Il est de plus en plus admis aujourd'hui que toute démarche pédagogique, donc aussi la F.M.C., ne saurait être efficace que si elle est conçue (selon la «pédagogie par objectifs») selon le schéma:

1) Détection des besoins

2) Définition des objectifs

3) Programme pour atteindre les objectifs

4) Evaluation des résultats

A – Pensez-vous que la Presse formatrice doive, elle aussi, dans sa conception, ses articles et sa présentation, se soumettre à ce schéma?

B – Ou croyez-vous:
– que ce procédé, appliqué à la Presse, n'est pas pertinent, donc irréalisable?
– qu'il est pertinent, mais à condition d'être adapté à un éventuel caractère spécifique de la Presse formatrice? Dans ce dernier cas, en quoi consiste ce caractère spécifique? Comment en tenir compte dans l'adaptation du schéma «Besoins, Objectifs, Programme, Evaluation»?

Au cas où vous approuvez ce schéma, éventuellement adapté à la Presse formatrice comment pensez-vous que l'on pourrait concrètement:

I – DETECTER LES BESOINS: Distinguer entre la **demande** (sondages, correspondance des lecteurs) et **besoins réels,** souvent ignorés des lecteurs, car non-conscients des «scotomes» car «on ne sait pas qu'on ne sait pas». La demande et les besoins étant très divers, car provenant des médecins à type d'exercice différent (généralistes, spécialistes) à implantation différente (médecins urbains, de campagne, de montagne) etc... Comment la Presse devrait-elle en tenir compte? Faudrait-il envisager un périodique pour chaque catégorie?

II – FIXER LES OBJECTIFS

Les objectifs, dérivés des besoins, doivent être énoncés en termes de changement de comportement. Ex: «Que doit savoir le lecteur ou savoir faire **après** lecture d'un article,

en plus de ce qu'il ne savait pas **avant** la lecture? Ceci, bien entendu, en veillant à la **pertinence** des objectifs choisis qui doivent être adaptés à des situations professionnelles. Croyez-vous que la Presse formatrice tient actuellement compte de ce procédé? (Le périodique pour l'auteur ou le périodique pour le lecteur?). Un autre facteur, souvent négligé, est celui du «niveau pré-requis». Ainsi arrive-t-il de rencontrer des articles sur les troubles du rythme cardiaque, sans que le lecteur soit averti **dès le début** de l'article, que ces lignes s'adressent à des lecteurs qui maîtrisent l'électrocardiographie élémentaire. Ne pensez-vous pas que le manque d'un tel avertissement décourage certains lecteurs?

III – ETABLIR LE PROGRAMME

Les objectifs une fois fixés, il est nécessaire de décider d'un programme à court, moyen et long terme en vue de les atteindre.
Ex.: Les médecins de telle région industrielle ne semblent pas savoir dépister, diagnostiquer et traiter correctement la bronchite chronique. Comment, par un article ou une série d'articles, les rendre **capables** de le faire?

Ceci renvoie au **choix des articles.** Croyez-vous qu'il soit possible de faire acquérir et maîtriser une **technique** par un simple article? Par ex.: Est-il pertinent d'écrire un article, même bien illustré, sur le traitement d'un ongle incarné? (Celui qui sait le faire n'a pas besoin de lire cet article et celui qui ne sait pas le faire, le saura-t-il après la lecture?)

Pour ce qui est du contenu et de la présentation des articles: l'information nouvelle pourrait, par exemple, porter sur le «Scanner». Croyez-vous que le meilleur article consacré à ce sujet soit un exposé scientifique complet du principe et des résultats ou bien la reproduction d'images commentées de coupes au Scanner? Il en est de même de la fibroscopie, etc...

D'une manière générale, pensez-vous que **comprendre** veut forcément dire **apprendre?** Et surtout **savoir appliquer** ce que l'on aura compris? Que tout comme **parler** ne signifie pas forcément **enseigner** et **écouter** pas forcément **apprendre, écrire** ne veut pas forcément dire **enseigner,** et **lire** pas forcément **apprendre?**

Considérez-vous que le processus d'enseignement/apprentissage ne soit que d'ordre purement intellectuel ou pensez-vous qu'il fait appel, surtout en médecine, à la sphère affective, émotionnelle? Dans cette dernière optique, que pensez-vous de l'«intrusion» de procédés impliquant la sphère émotive (humour, style «dramatisant», etc...) dans la rédaction d'articles de formation professionnelle? Corrélativement, comment en voyez-vous l'illustration (bandes dessinées, photographies émouvantes, stressantes, schémas en quadrichromie, etc...)? Pensez-vous que certains éléments du processus enseignement/apprentissage peuvent faire l'objet d'un «feuilleton», c'est à dire d'une série d'articles conçus selon une démarche graduée, permettant au lecteur de se rendre compte lui-même de ses progrès dans l'acquisition des connaissances proposées?

Choix des auteurs.

Pensez-vous «qu'enseigne le mieux celui qui en sait le plus?» que par conséquent il convient de faire appel à une «vedette» dans la rédaction d'un article?

Choix des Membres du Comité de Lecture

Quelles doivent être les qualités requises pour un membre de comité de lecture: sa notoriété, sa compétence dans sa spécialité, sa formation pédagogique? et dans ce cas: que veut dire «formation pédagogique»? le fait d'être, lui-même, la «cible» à laquelle sont destinés les articles (il peut donc témoigner si la lecture des articles lui a effectivement profité). (La qualification d'«article intéressant» n'a pédagogiquement parlant aucune valeur).

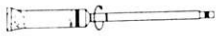
un antimycosique vaginal qui respecte la patiente

composition
2 % de nitrate de miconazole (R 14 889)
propriétés
Gyno-Daktarin est un dérivé synthétique du 1-phénétyl-imidazole qui exerce à la fois une activité antifongique puissante sur les dermatophytes et les *Candida* et une activité antibactérienne sur les bacilles et les coques gram-positifs. Gyno-Daktarin exerce généralement une action très rapide sur le prurit qui accompagne fréquemment les infections provoquées par des dermatophytes et des *Candida*, et ce dès avant l'apparition de l'action curative.
indications
Infections vulvo-vaginales par *Candida*.
En raison de son action antibactérienne sur les bactéries gram-positives, Gyno-Daktarin peut être utilisé pour le traitement des mycoses surinfectées par ces microorganismes.
posologie et mode d'administration
Introduire 1 fois par jour (le soir avant le coucher) le contenu d'un applicateur (± 5 g de crème) profondément dans le vagin.
Le traitement sera poursuivi pendant au moins 10 jours, même si le prurit et les pertes blanches ont disparu après 3 jours.
effets secondaires
Le traitement local par Gyno-Daktarin est très bien toléré.
L'introduction de l'applicateur vaginal est indolore et facile à exécuter.
Gyno-Daktarin ne tache ni la peau ni les vêtements.
contre-indications
Aucune connue.
présentation
Tube de 78 mg de crème + 16 applicateurs à usage unique.
La durée de conservation de ce produit est limitée : voir la date de péremption sur l'emballage.
formula
Miconazoli nitras 20 mg, ethylen. glycol. stearas, ethylen. glycol. stearas polyoxyethylenat., glycerid. oleic. polyoxyethylenat., paraffin. liquid., tert. butylhydroxyanisol., acid. benzoic., aqua q.s. ad 1 g.
mode d'emploi
Pour ouvrir le tube, dévisser le capuchon et enlever l'anneau de plastique; ensuite visser complètement le capuchon sur le tube afin de perforer la fermeture en aluminium.

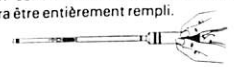
①

Visser l'applicateur sur le tube à la place du capuchon.

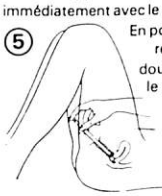
②

③ 

Presser légèrement le tube à son extrémité inférieure pour faire pénétrer la crème dans l'applicateur. Si le piston offre une résistance, le tirer prudemment. Sauf prescription contraire du médecin traitant, l'applicateur devra être entièrement rempli.

④ 

Enlever l'applicateur du tube que l'on rebouchera immédiatement avec le capuchon.

⑤ 

En position couchée, les genoux relevés et écartés, introduire doucement l'applicateur dans le vagin aussi profondément que possible. Enfoncer complètement le piston. Retirer ensuite l'applicateur sans toucher au piston et jeter.

TRADE MARK
Gyno-Daktarin
JANSSEN

• ne tache pas • ne colore pas • efficace

une fois par jour, de préférence le soir, pendant 14 jours.

le traitement ne doit pas être interrompu pendant les règles.

JANSSEN PHARMACEUTICA

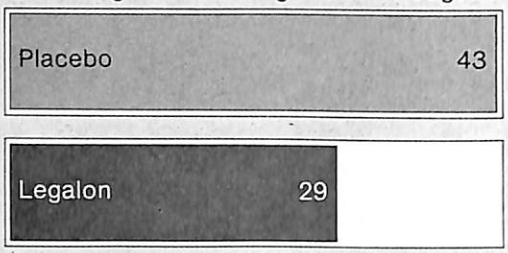
© JANSSEN PHARMACEUTICA 1978

Wirksamkeit in Doppelblindstudien 1977

Legalon®

bei akuter Virushepatitis*

notwendige Behandlungsdauer in Tagen

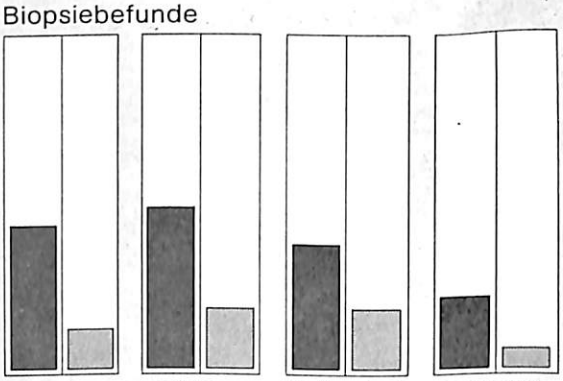


Bei Patienten mit normalem linearem GPT-Verlauf (n = 20) war die Zeit bis zur Normalisierung signifikant kürzer ($P \leq 0{,}05$). . . . Bei Patienten mit „abnormem Verlauf" (rebound effect) (n = 20) ist die Rückfallhäufigkeit der GPT-Aktivitäten signifikant vermindert ($P < 0{,}05$). . . . Vergleichende Studien auf der Basis anderer biologischer Tests (GOT, OCT, Gesamtbilirubin) bestätigen die für GPT erhaltenen Ergebnisse.

*PLOMTEUX, G., A. ALBERT und C. HEUSGHEM: IRCS Medical Science **5**, 259 (1977)

bei chronischer Hepatitis*

Biopsiebefunde



Legalon (19) Placebo (17) n = 36

Die signifikante Überlegenheit von Silymarin in der Beeinflussung der mesenchymal-entzündlichen Reaktion innerhalb des Leberparenchyms ($p < 0{,}05$) und Hinweise für eine solche Überlegenheit hinsichtlich der Beeinflussung der entzündlichen Reaktion im Leberbindegewebe, der Ausbildung von Mottenfraßnekrosen und der parenchymatösen Alteration sind sicherlich bemerkenswert.

*KIESEWETTER, E., I. LEODOLTER und H. THALER: Leber, Magen, Darm **7**, 318 (1977)

MADAUS

Legalon – Legalon 70

Zusammensetzung: 1 Dragée Legalon enthält 35 mg Silymarin, 1 Dragée Legalon 70 enthält 70 mg Silymarin. Indikationen: Akute Hepatitis, Chronisch-persistierende und chronisch-aggressive Hepatitis, Leberzirrhose, toxisch-metabolische Leberschäden (z. B. Fettleber); als Leberzellschutz bei Zufuhr leberbelastender Stoffe. Kontraindikationen und Nebenwirkungen: Bisher nicht bekannt. Dosierung: In schweren Fällen 3mal täglich 2 Dragées Legalon 70, zur Nachbehandlung und als Initialdosierung bei mittelschweren Fällen 3mal täglich 1 Dragée Legalon 70, in leichteren Fällen 3mal täglich 1 Dragée Legalon zu 35 mg. Weitere Hinweise siehe wissenschaftlichen Prospekt. Handelsformen: Legalon: O. P. mit 80/400 Dragées; Legalon 70: O. P. mit 80/400 Dragées.

Dr. Madaus & Co., Köln · Integral s.a. · 25, rue d'Epernay · Luxembourg 37816L

En conséquence, quelles personnalités proposeriez-vous pour la constitution d'un Comité de Lecture et dans quelle proportion? Comment ce comité de lecture devrait-il fonctionner? Que penser des monographies (le point sur une question) exhaustives, étant donné que le praticien n'est jamais confronté à une «question» mais à des «situations»? Comment en tenir compte? Quel doit être le rapport publicité /texte rédactionnel dans une revue formatrice, afin de ne pas décourager le lecteur dès sa réception, par le volume et l'agacement ressenti par le foisonnement des pages de publicité?

Un praticien généraliste devrait-il recevoir un seul ou plusieurs périodiques pour profiter effectivement de la lecture, compte tenu de ce qu'en fait il lit d'une manière anarchique?

IV – EVALUATION

Toute démarche pédagogique risque d'être inopérante si un feedback constant ne renseigne pas ses promoteurs sur le changement de comportement effectif des enseignés. Il s'agit d'un processus d'évaluation pour savoir si les objectifs fixés ont été atteints. Dans l'affirmative: on peut continuer sans rien modifier. Dans la négative: il faut se poser plusieurs questions:
– les objectifs correspondaient-ils à des besoins réels? Ont-ils été pertinents, adaptés à la situation et aux activités professionnelles? Si oui:
– les moyens pour atteindre ces objectifs, c'est à dire le Programme, les auteurs, le style, les illustrations, etc... ont-ils été adaptés en vue d'atteindre les objectifs?

Comment pensez-vous que l'on puisse parvenir à cette évaluation? Dans cet ordre d'idées, considérez-vous que la satisfaction exprimée «cela a été très intéressant, très instructif», «on apprend toujours quelque chose» suffise à renseigner sur le changement effectif de comportement? Si non: quels procédés proposez-vous?

Considérez-vous enfin que le taux satisfaisant d'abonnements, voire son taux croissant, constitue une méthode d'évaluation satisfaisante de la qualité pédagogique d'un périodique? (un peu comme le taux d'entrées à un film constituerait ou ne constituerait pas un jugement sur sa qualité?)

Presse formatrice et Formation Médicale Continue

Qu'on l'admette ou non, la Formation Médicale Continue française est devenue aujourd'hui un «fait associatif». Autrement dit, elle a tendance à considérer que la conception, la promotion et l'organisation de la F.M.C. doivent être laissées à l'entière initiative d'Associations de F.M.C. (400 environ en France).

Le rôle de l'Université est conçu à trois niveaux d'intervention:

1) Détecter en collaboration avec les «usagers» de la F.M.C. les besoins **(Que** faut-il enseigner?)

2) Réfléchir, toujours en compagnie des demandeurs de F.M.C. sur les procédés pédagogiques à employer (**Comment** faut-il transmettre les connaissances, techniques et comportements, en appliquant une pédagogie scientifique, une pédagogie pour adultes?).

3) Participer à la construction d'instruments d'évaluation:
«Les objectifs fixés ont-ils été effectivement atteints?»

En conséquence, comment voyez-vous une articulation effective, vivante, entre la Presse Formatrice et les Associations de F.M.C.?
Pensez-vous qu'il suffise de demander aux promoteurs de la F.M.C. de bien vouloir «envoyer des comptes-rendus de ce qui se passe chez eux» et cela d'une manière bénévole, ce qui n'est que rarement réalisé, ou de «couvrir» telle conférence magistrale dans le cadre de la F.M.C. pour rendre compte de ce qui s'y était dit? Si non, que proposez-vous?

Est-il, à votre avis, dans la mission de la Presse formatrice d'organiser elle-même des activités de F.M.C. (séminaires, cours, stages, etc...)?

De nos jours, n'importe qui, n'importe quelle personnalité, n'importe quel laboratoire, voire n'importe quel homme d'affaires, a le droit d'éditer une revue qu'il désigne lui-même comme étant formatrice. Ceci amène un foisonnement regrettable qui provoque chez les lecteurs un grand découragement et un très mauvais usage d'un très utile moyen de leurs information et formation. Etes-vous pour un statut juridique de la Presse médicale formatrice?

PRESIDENT: Dr G. SCHARF (Woippy):

J'ai été chargé de l'animation de cette Table Ronde en ma qualité de généraliste, c'est à dire l'homme cible de toute presse de formation médicale continue, du moins pour les 80 %. Ensuite, en tant que porte-parole de l'UNAFORMEC (Union Médicale des Organisations de Formation Médicale Continue) où je suis chargé du département de Pédagogie. Notre Table Ronde a été un peu modifiée. En effet, je dois vous présenter les excuses du Professeur J.P. ESCANDE, du Dr C. KOUPERNIK, du Professeur Agrégé A. NIZET de Liège et nous regrettons que Mr le Dr A. CASTAIGNE n'ait pas fait savoir qu'il ne pourrait pas être présent aujourd'hui. Par contre, le Dr RENTCHNICK qui s'est excusé, nous a envoyé la lettre suivante, que je prie mon ami DUPORTET de bien vouloir nous lire.

Dr B. DUPORTET (Lyon):

La lecture de cette lettre me pose un problème et je vais m'efforcer de la faire en mettant dans mon ton le moins de remarques implicites. La lettre est adressée au Docteur SCHARF et lui dit en substance: «Je n'avais pas demandé de faire partie de votre Table Ronde mais d'une autre, malheureusement supprimée, sur le foisonnement des revues médicales. Je vais néanmoins vous dire en quelques mots ce que je pense. Les questions que vous posez, même si elles sont très intéressantes, conduisent à publier finalement des revues particulièrement ennuyeuses, ce qui est bien la caractéristique des revues de formation. Il manque toute une dimension journalistique à votre questionnaire et ce sont les revues anglo-saxonnes qui ont su combiner avantageusement l'aspect scientifique post-gradué et journalistique des revues médicales, et nous nous sommes inspirés de ce modèle pour «MEDECINE ET HYGIENE». Enfin, je voudrais attirer votre attention sur un phénomène particulier. En SUISSE, le jeune médecin, spécialiste ou non, ne s'installe pas avant d'avoir pratiqué dans les hôpitaux pendant dix ans. Il est donc particulièrement exigeant en ce qui concerne le niveau des revues post-graduées. Pendant quelques années, il n'en a pas besoin car il lit couramment les revues américaines. Par la suite, il lui suffira de lire de temps à autres dans sa revue scientifique habituelle quelques articles, genre post-gradué, sans qu'il se sente obligé de s'abonner à une revue spécialisée mais seulement dans l'enseignement post-universitaire. Par conséquent, beaucoup de questions posées sont sans objet dans les conditions de la Suisse.

Dr G. SCHARF (Woippy):

Mesdames et Messieurs, vous êtes tous à cette Table Ronde des dirigeants de revues de formation qui ne cherchent pas seulement des abonnés, mais qui cherchent des lecteurs et vous demandez et devriez demander que ces lecteurs, après lecture, changent de comportement dans leurs activités de prévention, de dépistage, de diagnostic, de traitement. Autrement dit, vous êtes responsables de l'élévation de niveau de leurs compétences. C'est le seul but de la formation médicale continue.

En fait, à l'encontre de ce qui s'est passé hier, c'est à dire de la presse scientifique qui n'est tenue qu'aux moyens et diffuse à tout vent comme l'image du Larousse, la presse formatrice est éthiquement parlant, tenue au

résultat, c'est à dire au changement de comportement. Les médecins dans la salle savent bien faire la différence entre être tenu aux moyens et être tenu aux résultats. En effet, que diriez-vous d'un cultivateur qui sème au printemps et qui, pendant l'été, ne s'intéresse pas à l'état de sa récolte, et qui de toute manière en automne ne se rendra pas compte de ce qu'il a récolté; s'il a bien récolté et s'il a mal récolté n'est-ce pas dû au fait qu'il a peut-être bien ou mal semé?

L'avènement d'une formation médicale structurée de plus en plus exigeante, provoque actuellement une mutation. Elle a transformé une partie de la presse médicale, de presse d'information en presse de formation. Il s'agit donc de passer de l'enseignement par écrit à l'étude de l'apprentissage. Autrement dit, si vous voulez par exemple inciter le confrère lecteur à apprendre la technique de dépistage, il va falloir vous pencher sur la technique de l'apprentissage. Il faut donc passer de l'art à la technique, c'est comme en médecine. Car ce qui importe, ce n'est pas ce que l'enseignant a écrit, a donné, mais ce que l'enseigné a reçu. Ceci n'est pas toujours respecté. Pour finir, dire ou écrire ne signifie pas forcément être compris. Compris ne signifie pas forcément appris. Appris ne signifie pas forcément accepté. Accepté ne signifie pas forcément appliqué. Et appliquer ne signifie pas forcément persévérer dans l'application!

Quant à la méthode de travail de notre Table Ronde, nous proposons de procéder chapitre par chapitre selon le document de réflexion que vous avez reçu. Après chaque chapitre, les membres de la Table Ronde prennent la parole et ensuite, chapitre par chapitre, les personnes dans la salle pourront prendre la parole à leur tour. Et bien, si vous le voulez bien, nous allons commencer tout de suite. Qui a à dire quelque chose quant à la mission de la presse de formation?

Prof. Ag. J. LEROY (Tours):

Monsieur SCHARF, d'abord moi je suis tout à fait d'accord sur la façon dont vous présentez les trois missions de la presse dite de formation. D'abord la transmission des connaissances scientifiques nouvelles, puis la transmission des aptitudes, et enfin la transmission des attitudes. Je voudrais quand même à ce point faire une petite remarque. Ceci, c'est le grand canevas que l'on applique d'une façon générale aux problèmes de la formation. Mais je crois qu'il faut éviter de considérer, sous peine d'erreur grave et de grande déception, que la presse de formation médicale continue est un appareil à tout faire. La revue de formation n'est qu'un instrument parmi d'autres. Nous savons très bien que certains objectifs sont couverts par certains instruments et d'autres objectifs par d'autres instruments. Par exemple, le journal est merveilleux pour les objectifs dits du cognitif, à savoir la compréhension, la mémorisation, la solution du problème. Mais en ce qui concerne les problèmes du psychomoteur enfin, des attitudes, je pense que la presse est très mal préparée. Il faut qu'elle le dise très courageusement. Ce n'est pas là qu'elle peut exceller. Il existe d'autres moyens de formation permanente et en particulier, les stages hospitaliers, en fin de compte les petits groupes avec des moyens techniques propres à l'apprentissage et c'est pour cela qu'un journal de formation continue ne devrait jamais être seul, mais il doit être accroché à la formation continue de sa région.

Dr B. DUPORTET (Lyon):

Si je peux me permettre d'ajouter quelque chose à ce que vient de dire de manière très précise le Dr LEROY, c'est qu'effectivement, il ne faut pas demander à la presse de tout faire. Et je pense également qu'il ne faudrait pas lui demander de se substituer en tant qu'alibi, à la carence d'un certain nombre d'autres professionnels de la formation. Et je pense en particulier qu'au niveau de la transmission des attitudes, et de la transmission de l'aptitude à réaliser un geste précis, il serait tout à fait détestable que l'on voie des enseignants dire à leurs étudiants: «Lisez donc cela dans le numéro 30 des CAHIERS MEDICAUX de la PRESSE MEDICALE», et

que cela les dispense d'expliquer, de commenter, d'interpréter et de rectifier l'erreur dans l'exécution d'un geste. Or, en vérité, nous le constatons déjà au niveau des cours polycopiés, et il serait très tentant que cela se reproduise au niveau de la presse. Je pense donc qu'il convient, que les comités de rédaction soient extrêmement vigilants dans la définition de leur propre doctrine et qu'ils refusent délibérément le rôle d'alibi ou de faire valoir.

Dr G. SCHARF (Woippy):

Vous savez très bien qu'une bonne partie de la presse s'astreint à nous expliquer par exemple comment on dépiste un cancer du col avec la spatule d'AYRE, ce qui à mon avis, est tout à fait inopérant, ou comment on fait une ponction du genou: parce que celui qui sait le faire n'a pas besoin de le lire et que celui qui ne sait pas le faire, ce n'est pas en le lisant qu'il saura le faire. A moins d'être un confrère vraiment très adroit.
Qui demande la parole?

Prof. A. LARCAN (Nancy):

Dans le même sens, je pense que l'an 2000 sera évidemment peut-être la fin de l'ère de GUTENBERG décrite par MAC UHAN, et que nous entrerons alors peut-être dans l'ère de l'audio-visuel. Mais nous sommes encore dans celui du fait écrit, du fait compris, du fait intellectuel et c'est le rôle des revues, quel qu'en soit le niveau, quelle qu'en soit la diffusion, d'apporter un message et quelquefois une certaine méthodologie.

En ce qui concerne les aptitudes techniques, je suis de votre avis Monsieur, qu'en effet il ne suffit pas de lire une fiche technique encore que cela puisse quelquefois aider. Il faut en matière de technique voir et agir soi-même sous le contrôle de quelqu'un. Quant au problème des attitudes psychologiques, les journaux ne peuvent rien. Seul l'exemple est contagieux.

Melle Claude BEGON (Paris):

Pour les aptitudes techniques, je suis d'un avis un peu contraire. Une expérience tout à fait récente me prouve qu'il est possible dans un texte, à condition de changer la forme de nos publications, et je crois que le problème de la forme sera capital pour les revues de formation médicale continue, il est possible d'acquérir, à travers un texte écrit, des attitudes techniques. L'exemple que je vais citer est celui des dépistages des affections orthopédiques à la naissance. Nous avons procédé de la façon suivante: nous sommes allés dans un centre d'orthopédie infantile et pendant plusieurs jours avec un photographe et un magnétophone, nous avons assisté à plusieurs consultations en interrogeant à chaque fois les médecins sur les gestes qu'ils faisaient. Nous avons ramassé quelque mille photos, une dizaine d'heures d'enregistrement et c'est en partant de ces documents pris sur le terrain que nous avons construit un article sur le dépistage des affections orthopédiques à la naissance.

Je crois que c'est dans ce type de technique, qui ne demande ni gros matériel ni gros investissement financier, que le texte écrit peut vraiment apporter quelque chose. Donc c'est peut-être limité, mais dans la mesure où la prévention par exemple va prendre une importance considérable dans les années qui viennent, il y a un certain nombre de gestes que le texte écrit peut apprendre ou répéter à condition toutefois d'en changer complètement la présentation et la forme.

Prof. Ag. J. LEROY (Tours):

Oui, je veux moduler ce que je disais tout à l'heure. Tout le monde connait les fiches techniques: moi j'ai appris à faire des ponctions de veine sous-clavière à partir d'articles, et tout le monde connaît le médecin de papier qui a permis à travers le monde à des tas de gens, de faire de petites interventions en lisant de gauche à droite. Mais je pense que ce n'est pas particulièrement le rôle de la presse médicale d'apprendre des gestes qui peuvent être appris ailleurs.

Dr B. DUPORTET (Lyon):

Je voudrais aussi apporter un élément dans cette discussion qui me paraît tout à fait fondamental parce que je crois que le problème des gestes et des techniques est au cœur de la presse médicale de formation. Nous nous sommes préoccupés aux CAHIERS MEDICAUX de définir effectivement les modes d'intervention que nous pouvions avoir valablement dans cette affaire, et nous avons défini, au niveau des gestes que les médecins doivent pratiquer ou connaître, deux niveaux d'intervention: d'abord les gestes de médecine courante: en poser les indications, les exécuter. Ensuite, les gestes plus spécialisés: en savoir les indications mais savoir ensuite qui peut les faire. Ainsi, dans ce dernier cas, le praticien pourra aider un malade qui viendra en dernier recours lui demander conseil et lui faire part d'incidents et de problèmes psychologiques et dont il n'osera pas parler au spécialiste. Incidemment, il pourra aussi porter un jugement sur l'évolution socio-économique de la Médecine dont on sait qu'elle est conditionnée par l'évolution des actes de haute technicité.

Dr G. SCHARF (Woippy):

Voici, quant à nous je pense, le mot de la fin, à moins que Mr DETILLEUX veuille ajouter quelque chose?

Dr DETILLEUX (Paris):

Je suis tout à fait d'accord avec votre tentative de classer des objectifs. Je me demande s'il n'y a pas un certain degré de confusion dans les genres, dans les fonctions, en ce qui concerne la formation médicale. Il est un fait que la formation des médecins et des étudiants médecins, connaît des lacunes énormes et le fait qu'elles soient maintenant connues et dénoncées n'a pas forcément procuré des solutions pour réformer obligatoirement ces situations. La conséquence est que les jeunes médecins sont atteints de ces lacunes de formation et que la presse de formation médicale continue s'efforce de les combler. Je crois que c'est une tâche qu'elle doit se donner, tout en continuant de regretter les lacunes de la formation.

Dr G. SCHARF (Woippy):

Mr BUZEU, est-ce que vous avez quelque chose à ajouter?

Prof. Ag. M.P. BUZEU (Bucarest):

Avant la séance, j'ai prévenu Monsieur le Président SCHARF que je serais peut-être un peu au-dessus de la mêlée. Je me bornerai à vous donner quelques informations sur notre publication «ARCHIVES DE L'UNION MEDICALE BALKANIQUE». Tout d'abord, depuis trois années, cette revue ne publie plus que les comptes-rendus des manifestations scientifiques que nous organisons tous les deux ans: LA SEMAINE MEDICALE BALKANIQUE. Nous en sommes à la seizième manifestation. La dernière a eu lieu il y a un mois et demi à ATHENES, la prochaine dans deux ans aura lieu à BUCAREST. Nous organisons une séance plénière sur un grand problème, en général en relation avec la santé publique et quatorze sessions de spécialistes. Vous vous rendez compte des difficultés pour rassembler ce matériel scientifique dans un programme définitif qui a parfois 200 pages. En alternance avec la SEMAINE MEDICALE BALKANIQUE, nous avons les JOURNEES MEDICALES BALKANIQUES autour de deux ou trois thèmes choisis en collaboration avec l'Association Internationale pour la Recherche Médicale, dont le siège est à PARIS. Enfin, de temps en temps, sont organisés des cours internationaux de perfectionnement, notamment dans des Facultés de Médecine provinciales. Ainsi sont constitués les matériaux publiés dans les ARCHIVES DE L'UNION MEDICALE BALKANIQUE. J'ai un secrétariat scientifique mais chaque comité national choisit les rapporteurs et les conférenciers pour chaque thème. Et chaque comité national désigne un rédacteur qui travaille auprès du secrétariat général pour rassembler les textes. Ces derniers sont publiés in extenso ou en

abrégé ou même sous forme de résumé. Enfin chaque article a un titre et un résumé en langue anglaise.

Dr G. SCHARF (Woippy):

Je vous remercie Mr BUZEU pour ces informations. Il ne nous reste qu'une heure et nous avons à peine entamé les sujets. Je voudrais toutefois demander à la salle, pour ne pas la museler, si elle a quelque chose à ajouter.

Mr M. HODARA (Paris):

Je serai bref avec d'abord une information et ensuite un point de vue personnel. Nous savons que la formation médicale continue type GAZETTE MEDICALE DE FRANCE est rapidement périmée. Dès 1979, nous allons réactualiser le certificat de cardiologie d'une façon beaucoup plus condensée. Maintenant mon point de vue. Eh bien, je ne suis pas du tout d'accord avec vous Messieurs lorsque vous affirmez que les problèmes psychologiques ne sont pas abordés dans nos revues. Le groupe BALINT n'aurait jamais été connu par les médecins si plusieurs revues, dont la GAZETTE MEDICALE bien entendu, n'en n'avaient parlé. Si vous n'avertissez pas le médecin que l'énurésie soulève un problème psychologique ou de psychothérapie éventuelle, vous manquez à votre mission.

Dr G. SCHARF (Woippy):

Il semble se dégager un consensus un peu nuancé disant que le rôle de la presse formatrice est effectivement la transmission d'informations mais aussi une réactualisation de techniques.

Je voudrais aussi nuancer un petit peu ce qui a été dit de la transmission des attitudes psychologiques. Je me félicite de ce que le Président de l'Institut Lorrain de Formation Continue soit dans la salle. Eh bien, il vient d'écrire un article qui nous a beaucoup impressionnés. Il nous a expliqué que lorsque l'on est appelé à 2 heures du matin auprès d'un malade qui fait une crise d'asthme, techniquement, on devrait sauter sur sa seringue de THEOPHYLLINE ou d'HEMISUCCINATE et cependant psychologiquement en tant que généraliste, connaissant son malade, on devrait s'asseoir au chevet du lit et rassurer le malade.

Si vous voulez bien, nous allons passer au chapitre suivant et qui est fondamental parce que c'est la démarche générale de toute pédagogie moderne. Faut-il commencer, avant de publier, par détecter les besoins, ensuite en fixer les objectifs, y adapter le programme journalistiquement parlant et ensuite évaluer, c'est à dire voir dans quel état est la récolte?

Qui demande la parole à ce sujet?

Dr B. DUPORTET (Lyon):

En ce qui concerne le schéma pédagogique, il me semble comme d'ailleurs dans toutes les situations, qu'il doit être amendé en ce qui concerne ses modalités d'application à tel ou tel secteur de l'information. Je pense que si la détection des besoins et la définition des objectifs sont évidents au niveau d'une presse médicale, il ne peut s'agir que d'objectifs généraux. Il ne faut pas croire qu'on pourra définir les objectifs particuliers à chaque catégorie de lecteurs. Ceci pour plusieurs raisons. Si pour ceux qui ont bien voulu souscrire aux enquêtes de lecture effectuées par le CESSIM, et ils ne sont pas aussi nombreux qu'on peut le penser, il est clair que la distribution des publics et des revues médicales est extrêmement hétérogène. Elle est hétérogène en ce qui concerne la qualification professionnelle et ce n'est pas une des moindres surprises dans ces résultats d'enquêtes, de s'apercevoir que telles revues qui visent des généralistes sont lues par des hospitaliers et telles revues qui visent certains spécialistes sont lues par des généralistes. Je ne parle pas de l'énorme mélange qu'il y a entre la lecture étudiante et la lecture généraliste.

Le deuxième point concerne la dernière intervention qui vient d'avoir lieu et qui pèche par le défaut habituel qui considère que nos lecteurs sont tous dans le même état de connaissance et qu'ils ont tous le même âge. Or si l'on prend la distribution des lecteurs de chaque revue, on s'aperçoit qu'il y en a qui sont sortis de la Faculté depuis moins de deux ans et qu'il y en a un nombre presque équivalent depuis trente ans. Or, je demande à tous les théoriciens de la pédagogie par objectifs de faire le bilan des connaissances et des gestes nouveaux qui sont apparus dans la pratique médicale au cours des trente dernières années. Si on ne tient pas compte de ces différents paramètres, on ne peut pas parler valablement de presse de formation.

Melle Claude BEGON (Paris):

Je voudrais faire quelques remarques. Les quatre définitions qui sont données dans le programme provisoire sont certainement tout à fait valables pour la formation médicale continue orale. Je suis tout à fait d'accord avec Mr DUPORTET, il faut considérablement l'amender pour la presse écrite pour une excellente raison. C'est que l'investissement psychologique et intellectuel qui se met dans un livre ou dans un écrit quelconque est complètement différent pour le langage parlé. C'est vrai qu'il y a des lacunes, c'est vrai aussi qu'il n'est pas possible de savoir à l'avance ce dont les gens vont avoir besoin. Il faut donc que la presse soit une sorte de refuge en plus d'être un complément absolument nécessaire à la formation médicale orale, refuge où chaque médecin pourra trouver le besoin qu'il n'aura jamais verbalisé et contre lequel un jour ou l'autre il va se heurter.

Prof. Ag. J. LEROY (Tours):

Quand on fait une étude des besoins en formation médicale continue, on a l'habitude de les classer sous trois rubriques: les besoins exprimés, les besoins, fatalement non exprimés, de notions ignorées, enfin les problèmes de santé. Nous avons fini, après de nombreux tâtonnements, par mettre au point à coté de formes plus classiques, une formation continue par téléphone, qui couvre dix départements de Centre de la France. Ce système s'appelle SVP Médecine. Et je crois bien que nous sommes les seuls en France ou en Europe à le faire fonctionner. Nous nous sommes aperçus qu'il était extrêmement intéressant parce qu'il nous permettait de connaître les points sur lesquels les médecins étaient en panne.

Dr G. SCHARF (Woippy):

Je remercie Mr LEROY.

Je crois que nous serons tous d'accord pour constater que nous n'allons pas terminer notre programme ambitieux. Alors sautons aux choses les plus importantes, peut-être les plus angoissantes. Toutefois, il y a toujours et très souvent une confusion regrettable entre les désirs exprimés par le médecin et ses «scotomes». Si on m'interrogeait sur ce que je voudrais qu'on me traite, je dirais la cardiologie. Je me sens mal en cardiologie. Ce qui ne veut pas dire que je sois tellement fort en endocrinologie. Ceci est mon désir. Mais quels sont mes besoins? Il y a des techniques pédagogiques qui savent faire émerger les besoins et ceci est possible et est applicable même à la presse, à condition, je m'excuse de prendre parti, qu'on attribue un rôle fondamental à la presse régionale. Il y a une pathologie dominante régionale. Il y a une formation régionale: en principe tous les jeunes médecins ont été formés, bien ou mal, mais d'une manière régionale. Et bien on peut, ce n'est pas le moment de dire ici comment, on peut trouver le plus petit dénominateur commun qui puisse satisfaire la majorité des médecins. Alors, si vous le voulez bien, à moins que la salle ait quelque chose d'essentiel à ajouter, nous pouvons aller un peu plus loin.

Monsieur GRILLIAT, s'il vous plaît.

Prof. GRILLIAT (Nancy):

A écouter les membres de la Table Ronde, je me suis demandé si on parlait bien de la même chose. En effet, on dit que les objectifs de la grande presse étaient difficiles à établir. Effectivement, je crois que cette dernière est nettement au-dessus de nos têtes. Et puis, j'ai entendu mon ami LEROY parler de son expérience de Tours. Cette dernière a ceci de particulier qu'elle est très proche d'un groupe médical défini. Nous ressentons aussi cela à Nancy. Nous avons NANCY MEDICAL POST-UNIVERSITAIRE, qui est un bulletin de liaison de formation médicale continue. Il est dans une certaine mesure comme à Tours, l'expression d'un groupe médical vivant, avec des objectifs précis. La définition de ces derniers est possible parce que nous pouvons les faire ressortir des réunions de la Semaine de Formation Médicale Continue, ainsi que d'enquêtes dans les U.E.R. de Médecine. Nous avons fait des enquêtes pour savoir ce que les médecins lisaient. En gros, ils lisent le «CONCOURS MEDICAL» et «NANCY MEDICAL POST-UNIVERSITAIRE».

Dr G. SCHARF (Woippy):

Merci, Mr. GRILLIAT. Nous allons donc continuer. On peut résumer que nous sommes en pleine recherche. Personne n'a l'intention ici ou ailleurs d'apporter une recette toute faite, elle ne sera jamais toute faite, mais cela mérite une recherche, et elle est en cours puisque cette Table Ronde a précisément pour mission d'éveiller un petit peu la curiosité de ceux qui sont responsables et peut-être aussi de les mettre devant leurs responsabilités. C'est fini, on ne diffuse plus n'importe quoi à tout vent. Je crois que tout le monde sera d'accord. Voulez-vous que l'on continue?

Dr M. DETILLEUX (Paris):

Je fais une courte remarque sur l'hétérogénéité du corps médical et les conséquences qu'elle a au niveau de la définition des objectifs des journaux de formation. Vous avez souligné la grande hétérogénéité du corps médical qui est surprenante parce que non seulement elle est diverse, mais parce que ses catégories ne se répartissent pas exactement comme on l'aurait attendu. Cette diversité, il y a autant de raisons de s'en féliciter, que de la déplorer. La question est de savoir quelle impact elle a au plan de la conception d'un journal médical; en clair, doit-on suivre cette diversité, voire la favoriser, l'accentuer, ou doit-on au contraire un peu la négliger. Je crois qu'on se fait trop de soucis à ce niveau-là et qu'on peut très bien la négliger, du moins dans un créneau, et particulièrement celui de la thérapeutique. La «LETTRE MEDICALE» passe pour être un journal de médecins généralistes. Effectivement, la plupart des abonnés sont des généralistes. Pourtant, le terme de généraliste n'a jamais été employé dans la «LETTRE MEDICALE». Je ne vois pas pourquoi, s'agissant de beaucoup d'informations à caractère thérapeutique, il faudrait les différencier. Les connaissances acquises sur la toxicité d'un médicament, par exemple le bismuth, sont valables pour tout le monde.

Prf. Ag. J. LEROY (Tours):

Je suis tout à fait d'accord avec DETILLEUX, mais cependant je voudrais ajouter un point. Dans ce camaïeu de personnalités médicales, il y a quelque chose à souligner: l'existence de grandes difficultés de langage. Les universitaires ont du mal à comprendre les problèmes des médecins qui ont quitté depuis 15 ou 20 ans les Facultés de Médecine. Quand nous faisons des enquêtes auprès de ces médecins, ils nous reprochent ces journaux qui «nous tombent des mains, que nous sommes incapables de lire...»

Dr G. SCHARF (Woippy):

Je dois exprimer un regret. Nous sommes ici, moi exclu, un aéropage qui décide souverainement de quoi a besoin le généralisée. Il n'y a pas de généraliste dans la salle et la voix du peuple n'est pas entendue. Je pense

que c'est une erreur méthodologique. Je ne peux pas prétendre être le porte-parole des généralistes français. Je suis tout au plus mon porte-parole et peut-être le porte-parole d'une association que j'anime. Et je pense que cela fausse un peu les débats.

Prof. E. BERTRAND (Abidjan):

Concernant les objectifs, je voudrais faire une remarque. On l'a dit, on ne sait pas ce dont on a besoin. On se base sur la formation qu'on a reçue pour exprimer les besoins qu'on ressent. La médecine préventive, tout le monde le dit, c'est important. J'appartiens à un milieu cardiologique où il y a une grande reconversion vers la médecine préventive y compris pour les techniciens les plus affirmés. Or, dans les journaux médicaux, on ne voit pas traiter de façon rationnelle, pédagogique ce sujet qui est à l'ordre du jour. D'autre part, je suis frappé par l'absence de confiance qu'on fait aux médecins généralistes, et j'allais en faire la remarque à Mr SCHARF, qui se traduit par la fourniture de moyens pédagogiques de plus en plus perfectionnés aux médecins, l'extrême étant le téléphone dans son cabinet. L'école est triste, il y a un effort à faire, et ce n'est pas en supprimant tout effort de la part du médecin qu'on résoudra le problème. Il faut que la presse ait conscience qu'elle ne peut pas tout apporter et que le médecin de son côté doit faire un effort.

Dr G. SCHARF (Woippy):

Je voudrais demander à la Table Ronde et à la salle ce qu'elle pense, dans la rédaction des articles, de ce que nous appelons le niveau pré-requis. Par exemple, un jour, un confrère m'a demandé ce qu'était la torsade de pointe. «Que penses-tu toi même?», dis je, j'aime bien renvoyer les questions. Il me répond que c'est la pointe du cœur qui est un peu tordue. C'est un terme qui n'est pas très précis. Et puis, un jour on a vu dans une revue, une série d'articles sur la torsade de pointe. De nombreux confrères se sont littéralement jetés dessus. Déception. La torsade de pointe est quelque chose d'hyperspécialisé et je pense qu'il est intellectuellement malhonnête de ne pas prévenir en tête de l'article «Ecoutez, confrères, si vous vous attaquez à cet article, arrangez vous pour posséder d'abord de bons éléments d'électro-cardiographie...»

J'ai lu un article sur les troubles du rythme qui était excellent; excellent pour un lecteur familier de l'électrocardiogramme, mais décevant pour les autres lecteurs, non spécialisés. Il y a un gachis dans la presse qui écrit des articles sensationnels mais qui sont déprimants pour les lecteurs qui mesurent sur leur supposée incompétence l'immense compétence qu'on leur sert.

Dr B. DUPORTET (Lyon):

Est-ce que je peux répondre quand même sur la torsade de pointe? Je pense que cela ne faisait de mystère pour personne. Le clin d'œil de Mr SCHARF indiquait clairement que les CAHIERS MEDICAUX étaient concernés par sa remarque. Je dois dire d'abord que les remarques fort pertinentes qu'il nous a adressées font partie de celles beaucoup trop rares que nous recevons, qui sont motivées et instructives pour un comité de rédaction. Il est bien clair qu'en ce qui concerne les connaissances fondamentales, il y a des différences considérables entre ceux qui sont sortis de la faculté il y a cinq ans et ceux qui l'ont quitté plus tôt. Je dois dire en ce qui concerne la technique rédactionnelle, qu'il est plus important de s'efforcer de donner, chemin faisant, les clés qui permettent d'entrer dans le texte en explicitant le vocabulaire et en rappelant les concepts. Cela vaut mieux que de figer au départ un certain public, parce que je crois que la vocation de la presse est d'apporter également à des gens qui n'en sont pas à priori les destinataires, une information dont ils auront éventuellement un jour le plus grand besoin. Et je crois que c'est ce qui différencie fondamentalement l'enseignant dans un amphithéâtre avec une population rigoureusement définie et pour lequel un objectif

précis peut être fixé, d'une revue médicale dont il est extrêmement difficile de savoir par qui et comment elle sera consommée.

Melle Claude BEGON (Paris):

Je voudrais également faire deux remarques. Nous avons longuement parlé hier des résumés des sommaires. Je crois que pour vos torsades de pointe, c'est un exemple parfait de ce que doit être un très bon résumé. En fin de compte, un très bon résumé, s'il est suffisamment long, même s'il concerne un article très calé ou trop calé, peut apporter au médecin généraliste qui le lit quelque chose dont il se souviendra. La deuxième remarque que je voudrais faire, car je procède toujours comme à l'époque des peintres pointillistes par petites touches, il y a quelque chose qui m'inquiète. C'est la sous-prolétarisation de l'information à laquelle nous risquons d'arriver petit à petit.

Dr M. HODARA (Paris):

Eh bien, l'exemple de la torsade de pointe (je suis cardioloque) est tout à fait exemplaire pour montrer la différence entre une information et une formation. Il faut parler de la torsade de pointe, comme information de sorte que le généraliste puisse comprendre un compte-rendu de l'hôpital ou du cardiologue disant: «Votre malade a failli mourir car il a fait une torsade de pointe. Vous lui aviez donné trop de diurétiques, il était en hypokaliémie et une simple perfusion de potassium l'a sauvé de la mort». Cà c'est l'information. Et à côté, c'est la formation. C'est ce qu'a fait la GAZETTE par exemple dans une rubrique.

Prof. A. LARCAN (Nancy):

Dans le cadre d'une revue régionale qui par la force des choses est générale, le problème est de faire passer le message du spécialiste non seulement pour le spécialiste de même spécialité mais aussi pour les généralistes et les autres spécialistes. Le problème de l'électrocardiogramme revient à tout moment. J'ai souvenir, il y a deux numéros, d'avoir reçu un article qui était excellent, sur le syndrome de WOLF-PARKINSON-WHITE. J'ai été obligé, car réellement je pensais que même le meilleur spécialiste hospitalier non cardiologue ne pouvait pas le lire, de demander que cet article soit précédé par une note d'initiation.

Quand on lit une revue, que l'on soit généraliste ou spécialiste hospitalier etc..., on lit en général les titres et on sera attiré dans un premier temps par ce que l'on connaît ou ce que l'on croit connaître. Le praticien sera attiré par le titre qui correspond à un malade dont il a le contrôle. Le praticien ne posera jamais une valve mais aura toujours à l'esprit la surveillance d'un porteur de valve ou d'un implanté. Au delà de ces deux premières motivations qui sautent à l'œil, il y a quand même la motivation plus volontaire de culture. Il y a deux sortes de culture médicale: la culture qui correspond à un besoin, culture utilitaire. Il y a d'autre part la culture médicale générale et scientifique qu'il ne faut pas oublier et je rejoins tout à fait ce que dit Melle BEGON. Il faut quand même que nous nous mettions au niveau supérieur et que dans les revues médicales il y ait la possibilité pour le médecin d'être au courant du mouvement biologique, du mouvement général scientifique.

Dr G. SCHARF (Woippy):

Merci Mr LARCAN. Avant de donner la parole à Mr MARCHAL, il faut que je dise moi-même quelque chose. J'applaudis des deux mains ce recyclage, mais je m'inscris en faux quant à la prétention d'enseigner l'électrocardiographie même élémentaire, uniquement sur papier. Il faut savoir faire, mais il faut aussi savoir se tromper et il faut pouvoir discuter avec des confrères. Je suis désolé, je ne pense pas qu'on puisse faire du ski avec un manuel à la main ou apprendre à nager ou à piloter un avion même primitif, je ne le crois pas et quand je le dis, j'en ai une certaine expérience. Amicalement, je donnerai mes conseils à mon ami HODARA de

maintenir tout peut-être, sauf cela. C'est une technique, on l'a dit tout à l'heure, une technique ne s'enseigne pas par le papier.

Mr G.A. MARCHAL (Paris):

Je n'ai pas de journal. Je voudrais vous faire quelques remarques à la fois attristées et provocantes. Il y a une dimension que vous laissez toujours de côté. C'est celle du médecin que vous oubliez de considérer comme un homme. Vous parlez toujours d'une abstraction, c'est à dire d'un homme qui est docteur en médecine, comme s'il n'était pas autre chose. J'ai beaucoup aimé ce qu'a dit Mr LARCAN qui montrait bien toutes les nuances de la chose. Vous nous proposez des formules du genre melting pot, dans lesquelles il y aurait tout et l'homme y trouverait ce qu'il veut et nous savons pourtant que nous nous décidons pour des raisons qui ne sont pas toutes rationnelles. Le drame c'est de vouloir considérer que le médecin n'est qu'un homme rationnel. Il a sa part de rationnel et sa part d'irrationnel. Il faut qu'il y ait rencontre entre un homme médecin et un journal pour qu'il aille dans le sens qui est le sien. Je vous assure que c'est vraiment très important de penser à cela, sinon on travaille en abstraction et c'est là que je vais être provocant, on fait parfois des objets morts. Ce qui est nécessaire pour un homme vivant qui n'est pas une encyclopédie, c'est qu'il y ait un objet qui suscite en lui des réactions dont ne soit même pas exclue l'affectivité. Car ce qui est important, ce n'est pas tant ce que l'on dit que ce qu'on fait pour quelqu'un. Il vaut mieux qu'un journal ait une formule identifiable, qu'il puisse aller vers un homme qui va s'y retrouver et à partir de cela s'y intéressera. A partir de cela, tout est bon. Vos formules ne sont pas assez intrigantes ni provocantes. La presse pourrait être interpellante. Elle est souvent simplement un ensemble de mots mis les uns après les autres. Et je voudrais rendre hommage au JOURNAL DE MEDECINE de Tours, qui cultive la diversité. Et ne nous épargnons pas, même pas l'humour. Ce qui est terrible c'est le journal inerte et frigide.

Dr G. SCHARF (Woippy):

Merci Mr MARCHAL. Je suis heureux que ce soit un non médecin qui ait soulevé le non rationnel, et qu'il ait fait appel à cette sphère immense qui nous entoure ainsi que nos malades, la sphère affective qui ne doit pas être absente de nos préoccupations.

Dr F. REGNIER (Nancy):

Moi je voudrais faire une remarque qui rejoint en partie ce que vient de dire Mr MARCHAL et ce qu'a dit le Professeur LARCAN. Les changements qui s'opérent dans notre société sont à la fois soumis à une poussée de l'innovation technologique et à une retenue de la part des demandeurs du marché. Or, est-ce que la presse médicale de formation continue ne s'inscrit-elle pas justement dans ce double courant, une demande des lecteurs, mais aussi une poussée de l'innovation. Quand la valve de STARR n'existait pas, on n'en parlait pas. Depuis qu'elle existe, c'est un certain nombre de connaissances qu'il faut véhiculer. Autrement dit, il y a quelque chose qui ne peut pas être simplement situé au niveau de l'identification des besoins, c'est à dire de la demande mais tenir compte de l'innovation, qu'elle soit diagnostique ou thérapeutique.

Prof. P. MAINGUET (Louvain):

Je voudrais faire une proposition constructive. Dans les universités belges, il a été créé des titres de Maîtres de stages en médecine générale. Quand un enseignement post-universitaire est constitué dans le cadre d'une université, ils sont consultés de deux points de vue: sur les notions nouvelles qu'il faudra aborder et la partie didactique de l'enseignement en médecine générale. Les périodiques médicaux de formation ne pourraient-ils suivre cet exemple?

Dr P. Cœur (Lyon):

Je voudrais partir d'un exemple pour aboutir à une proposition. L'exemple est le

suivant: on m'a demandé de faire une émission télévisée qui paraît le dimanche matin à 9 heures pour les praticiens. Il s'agit d'un public dont on ignore à peu près tout car on ne sait pas bien qui regarde. Et je me suis aperçu que cette émission que j'avais conçue pour des praticiens avait été regardée par beaucoup de biologistes puisqu'il s'agissait des apports et des pièges de l'hémogramme, de la numération formule. Pour la faire, j'étais entouré de deux médecins que je considérais comme un peu opposés: l'un était de mon âge, praticien de banlieue parisienne, l'autre aurait pu être mon père et exerçait dans la campagne lyonnaise. Je me suis aperçu que certains mots que je considérais comme simples, comme acquis, ne l'étaient pas. Je prends l'exemple de la thalassémie. La proposition que je voudrais vous faire est celle-ci: c'est que le comité de lecture d'une revue comprenne un praticien du niveau le plus bas. Celui-ci ferait part de ses remarques, de ses difficultés de compréhension et on pourrait ajouter à l'article un glossaire.

Prof. Ag. J. LEROY (Tours):

Juste pour répondre au Professeur MAINQUET. Il faut que vous sachiez qu'il existe également dans pratiquement toutes les Facultés maintenant en France, des Maîtres de stages qui ont diverses fonctions enseignantes dans les C.H.U. Bien entendu, la formation permanente des C.H.U. se fait la main dans la main avec ces Maîtres de stages.

Dr BOISSEL (Nancy):

Les réflexions de cette Table Ronde de discussion sont d'une ambiguité qui me gêne. On a l'impression que nous discutons en ce moment pour savoir quelle doit être la meilleure façon de préparer un grand bond en avant et d'élever 100000 médecins à un niveau assez élevé, non déterminé encore. Or, je crois que cela ne tient pas compte des réalités humaines. Lorsqu'on enseigne aux étudiants, on s'aperçoit que 25 % d'entre eux pourraient à la limite se passer d'enseignants, car ils auront toujours la curiosité d'apprendre ce qui leur manque, tandis qu'un pourcentage beaucoup plus élevé se désintéressera totalement de l'enseignement qui lui est donné ou le suivra passivement. Il y a un groupe intermédiaire, qui est très minime, que l'on retrouvera après. Ce sont ceux-là qui viendront vous dire: «Je n'ai peut-être pas suivi de façon très précise ce que l'on m'a appris, je n'ai pas voulu apprendre la palpation des seins, par exemple, pouvez-vous me l'enseigner?» Ceux-là justifient un perfectionnement post-universitaire, mais c'est un groupe minime. Vous aurez toujours le même pourcentage de gens non motivés par un apprentissage quelconque. Et je crois que si vous voulez faire une formation médicale continue uniforme qui ne tienne pas compte de ces problèmes, on risque quelques inconvénients.

Dr G. SCHARF (Woippy):

Merci. Toutefois, pour prendre en compte vos réactions, je crois que nous devons procéder d'une manière différente. Il n'est pas dit que tout ce que nous faisons soit tellement bien et qu'il ne faille pas l'améliorer. Or, je ne sais plus qui a dit: «Il n'est pas vrai que nous n'osons pas parce que les choses sont difficiles. Les choses sont difficiles parce que nous n'osons pas». Alors il faudrait peut-être un petit peu avancer et dire «Eh bien, on a fait tout ce qu'on a pu, et plus loin, il y a des obstacles. Est-ce que ces obstacles sont insurmontables ou non?» La recherche est faite pour cela. Et la recherche, ce n'est pas que la recherche spatiale ou la recherche hyper-sophistiquée.

Personne ne sera étonné de voir qu'un sujet aussi ambitieux, aux aspects si nombreux, n'ait pu être épuisé dans ce débat. Les participants, qu'ils fussent à la Tribune ou dans la salle, ont tous parlé en hommes responsables.

Il n'est pas question de tirer des conclusions d'une discussion non terminée. Toute-

fois, celle-ci permet, à mon avis, de relancer le débat, mais cette fois en se servant de deux idées importantes qui en émergent:

– quelle est la contribution que la Presse de Formation continue peut apporter en matière d'apprentissage de gestes et d'attitudes relationnelles? Les avis ont divergé, il serait bon d'approfondir cette problèmatique.

– ne pourrait – on concevoir, puisque la Presse de Formation se présente sous une double forme, nationale et régionale, que le rôle spécifique de chacune de ces formes de presse soit un jour défini? La nouveauté étant qu'une presse régionale valable «s'accroche» selon l'expression du Professeur LEROY, à une Formation continue, elle aussi régionale, mais et surtout elle aussi valable.

Table ronde N° 3:

Une charte de qualité et ses modalités d'application

Président: Prof. M. LEGRAIN (Paris)

Modérateur: Prof. J. HERAN (Strasbourg)

Membres: Prof. J.C. SOURNIA (Paris), Mr J.P. ABADIE (Paris), Prof. R. BENICHOUX (Nancy), Prof. F. BESANCON (Paris), Prof. Ag. M. HUGUIER (Paris), Prof. A. LARCAN (Nancy), Prof. P. RABISCHONG (Montpellier), Mr F. THOMAS (Paris).

Prof. M. LEGRAIN (Paris):

Je dois remercier tout d'abord Mr BENICHOUX et Mr HERAN de m'avoir confié tout récemment la responsabilité de cette Table Ronde finale, dont je sens la difficulté et l'importance. Je ne suis pas convaincu que ma spécialisation de néphrologue, voire même ma présidence au Conseil d'Administration de la Lettre Médicale, soient les conditions les plus appropriées pour revendiquer cette responsabilité. J'essaierai néanmoins de garder aux discussions un caractère concret et vivant pour que cette Table Ronde soit un succès.

Je voudrais, en guise d'introduction, rappeler certains faits que j'ai entendus, appris ou réappris à l'occasion de ce Colloque, et qui pourraient peut-être soutendre cette dernière Table Ronde. Nous apprenons qu'il y a environ 300 revues médicales francophones, et je suis de ceux qui pensent qu'un tel chiffre est excessif. Je suis également de ceux qui pensent que si le nombre doit, ou peut diminuer, cela ne peut être que sur la base d'une concurrence à partir de la qualité et par aucune autre mesure. Il n'est peut-être pas inutile de rappeler que le budget de financement de cette presse est en grande partie lié aux annonceurs, partiellement lié aux abonnements et que 250 millions de nouveaux francs sont annuellement distribués à la presse médicale par les annonceurs. Sur ces chiffres, plus d'un tiers revient à la presse des Tabloïdes. Et, effectivement, on peut s'étonner que l'importance prise au cours de ces dernières années par ces revues tabloïdes n'ait pas fait l'objet d'une discussion particulière, car il est évident que les règles de qualité devraient aussi s'appliquer à cette forme de presse. Mais je crois que les organisateurs de ce Colloque pensaient surtout à la littérature médicale primaire et à la littérature tertiaire, dite de formation. Il y a d'autres faits qui méritent d'être soulignés.

Nous avons actuellement une masse considérable de nouveaux médecins ou de médecins en formation. Actuellement, en cinq ans, on forme un tiers du corps médical, alors que, normalement en cinq ans, on en formait un dixième. Tout changement dans le mode de formation est susceptible d'avoir des conséquences considérables au premier ou au deuxième degré.

Au delà du nombre des médecins, il y a en fait les changements de société et les changements de la presse médicale au cours des dernières années reflètent l'évolution scientifique, mais aussi les changements de société. J'ai appris également que ce corps médical consacrait actuellement cinq heures de lecture par semaine à la presse médicale. C'est considérable. Il y a fort à parier que la nouvelle démographie médicale permettra de consacrer plus de temps à la formation et au recyclage. Or, toutes les enquêtes le montrent: 70 % de cette formation ou de ce recyclage se font par la voie écrite, et les systèmes audio-visuels sont dans le domaine médical un relatif fiasco.

Il y a un autre thème sur lequel je voudrais revenir, qui a été abordé à l'instant même par Mr F. BESANCON: c'est le problème de la thérapeutique. Et il est capital, car en définitive, le rôle du médecin c'est de traiter. Au cours des dernières années, les grands progrès thérapeutiques ont bouleversé la médecine, mais en réalité, l'affinement thérapeutique, comme le disait Mr BOURGET, commence, prévention comprise. Or, il faut le reconnaître, il persiste des ambiguités et des malaises dans le domaine de l'information thérapeutique. Mr MARCHAL le disait, il faut dans ce domaine, que les choses soient claires, et que tous les problèmes soient abordés. Il y a des articles thérapeutiques qui sont rédigés pour qu'un médicament se vende. Si c'est clair et net, c'est tout à fait normal. Il y a d'autres articles qui sont rédigés pour critiquer certains médicaments. C'est également normal. On a retrouvé aussi constamment dans les débats une notion importante: la nécessité d'un objectif précis pour un journal. Mais si l'on a parlé d'objectif, on a peut-être oublié la cible, les lecteurs potentiels, et les besoins exprimés par ceux-ci.

En définitive, je voudrais revenir, parce que c'était le débat de la première Table Ronde à laquelle je participais, sur la nécessité du rayonnement d'un périodique. Au sens d'un rayonnement d'abord dans notre pays ou dans les pays francophones. Il faut tout de même pouvoir se respecter soi-même, et le journal que l'on fait est un peu l'image de ce que l'on est. Et puis deuxièmement, il y a un rayonnement international. Alors, sans vouloir ouvrir avec Mr PERRIN un débat sur les carences globales ou partielles de notre presse médicale, ne jouons pas les satisfaits, et félicitons ceux qui ont donné des coups de boutoir pour changer le système. Nous sommes d'ailleurs convaincus qu'on peut encore faire beaucoup mieux. C'est autour de ce schéma général que cette Table Ronde sur la Charte de Qualité va pouvoir commencer. Et je crois que Mr HUGUIER voudrait revenir sur certains domaines déjà abordés hier.

Prof. M. HUGUIER (Paris):

Je vais essayer d'être concis. A l'évidence, ces problèmes de presse médicale touchent de très nombreux partenaires et je crois qu'un des enseignements que je retiens personnellement de ces journées est le dynamisme de ces partenaires. Il est inconcevable qu'il y a dix ans, on ait pu avec un tel succès, et je m'associe aux remerciements qui ont été adressés à Mr BENICHOUX, organiser de telles journées. J'ai eu le sentiment qu'il y avait dans les préoccupations des uns et des autres des points divergents mais aussi des points convergents. Ce matin, à la Table Ronde présidée par le Docteur SCHARF, j'ai eu l'impression que, lorsque les médecins essayaient de déterminer les objectifs et les missions d'une revue médicale, ils outrepassaient un petit peu leurs compétences, car ces objectifs et ces missions relevaient du marketting du journal. Excusez-moi pour ce terme, j'oubliais que Mr SOURNIA était à côté de moi. Par contre, en ce qui concerne l'aspect médical du problème, je crois que l'objectif est univoque, celui d'un message qui transmet le progrès médical. Il n'y a pas d'autres objectifs, à mon avis. Et je crois que la transmission de ce message doit être aussi scientifique que possible, même s'il est spécialisé. A qui s'adresse ce message? On l'a dit, à une population que des sondages révèlent très hétérogène. En fait, il faut surtout se rappeler qu'on s'adresse à des médecins adultes et non pas à des enfants; pas à des gens qu'on cherche à infantiliser. Le moyen pour faire ce lien entre la transmission d'un message qui doit avoir toujours une bonne qualité scientifique et d'autre part des lecteurs qu'on considère comme des médecins adultes est le rôle premier de la rédaction médicale, c'est-à-dire de jeter un pont entre le langage du spécialiste et ceux qui reçoivent le message. Cette espèce de pont est le point commun entre la presse médicale spécialisée et les articles médiaux de la grande presse qui ont été évoqués à la Table Ronde d'hier soir.

Prof. M. LEGRAIN

Je vous remercie Mr HUGUIER, et je crois que sur le même point, Mr SOURNIA souhaitait intervenir justement pour analyser les conditions d'amélioration de la qualité du journal médical.

Prof. J.C. SOURNIA (Paris):

Mr BENICHOUX a donné à cette Table Ronde un titre ambitieux, non seulement pour cet après-midi, mais vraisemblablement pour les mois et les années qui vont venir, parce qu'il a eu l'idée d'une «Charte de Qualité» des périodiques médicaux. A mes yeux, une Charte de Qualité représente un certain nombre de principes techniques et moraux auxquels doivent répondre les périodiques médicaux. Autrement dit, un peu comme les Droits de l'Homme et du Citoyen, cette Charte de Qualité devrait rassembler les grands principes tenant sur une page, de façon à ce que les auteurs, les lanceurs ou les animateurs d'une revue, de même que les lecteurs ou les gens qui aident avec leur argent ou leur bienveillance ces périodiques, sachent que ceux qui animent la revue s'engagent à observer à chaque instant la Charte. Il est beaucoup plus difficile d'écrire une page que 25. Ainsi, parmi tous les articles, les plus importants devraient concerner le Comité de Rédaction. Sur ce point, je serai bref, car on l'a déjà évoqué. Qu'un périodique médical ait besoin d'un Comité de Rédaction n'est nullement évident. Plus importante est la composition de ce Comité de rédaction. Il doit comprendre à la fois des personnes qualifiées, je me garde bien de dire des personnes spécialisées ni universitaires, mais qualifiées dans le message qu'elles veulent faire passer; et en même temps des usagers, pour éviter de mouliner à vide sans savoir le résultat de l'activité de la revue. Donc des personnes qualifiées et des usagers, et ensuite tout le monde doit savoir que le Comité a son indépendance technique à l'égard de tous les «financeurs» du périodique. J'emploie volontairement le terme «financeur» qui est plus vaste qu'annonceur, les annonceurs étant des financeurs, mais il peut y en avoir d'autres. Si ces trois critères étaient réunis, l'existence du Comité de rédaction, la présence dans ce Comité de personnes qualifiées et d'usagers, et l'indépendance hautement proclamée à l'égard des financeurs, ce serait déjà la base pour une éventuelle Charte.

Prof. M. LEGRAIN:

Merci Mr SOURNIA. Est-ce que Mr BENICHOUX veut déjà sur ce point, sur ces propositions de Mr SOURNIA apporter un commentaire?

Prof. R. BENICHOUX (Nancy):

On m'a souvent reproché l'ambition du titre de cette Table Ronde: «La Charte de Qualité». Certains même s'en sont offusqués, craignant sans doute une atteinte à la liberté de la presse. On m'a même reproché, peut-être une imprudence de ma part, d'avoir tenté de faire un brouillon de charte de qualité, mais vous l'avez noté: j'ai bien précisé dans un avertissement, qu'il ne s'agissait que d'un brouillon qui n'engageait que moi. Néanmoins l'ambition reste. Il faut que non seulement nous rejoignions et pourquoi pas, que nous dépassions les anglo-américains par la qualité de nos publications. Je veux aussi prolonger la dernière remarque du Professeur SOURNIA, concernant les financeurs. J'en ai souvent discuté avec M. MARCHAL, d'autant plus librement que je ne lui demandais rien que son approbation morale. Lorsqu'il y a presque huit mois, je lui ai fait une visite pour lui demander son appui moral dans cette entreprise, il me l'a donné sans réserves, car il a fort bien compris que producteurs de périodiques et financeurs devaient marcher ensemble. En effet, les financeurs n'ont pas intérêt à ce que la revue aille directement, en classement vertical, dans le panier à papier. Ainsi, grâce à la remarque du Professeur SOURNIA, j'ai l'occasion de remercier M. MARCHAL pour une approbation plus précieuse qu'un apport publicitaire.

Schmerzpatienten – optimal versorgen!

Spasmo-Solugastril® Gel

stoppt Krampf- und Säure-schmerzen spontan und anhaltend

HEUMANN Arzneimittel

Das erste Antacidum+Spasmolyticum-Gel

Zusammensetzung: 1 Beutel Gel: Aluminiumhydroxid (10%ig berechnet auf Al_2O_3) 4,350 g, Calciumcarbonat 0,600 g, Butylonphosphat 0,002 g, Excipientes ad 10,000 g. **Indikationen:** Krampf- und Säureschmerzen bei Gastritis, Gastroduodenitis, Ulcus ventriculi et duodeni, Hyperazidität, Völlegefühl, Sodbrennen und Magenunverträglichkeiten durch Diätfehler. **Kontraindikationen:** Glaukom, Prostatahypertrophie mit Neigung zu Restharnbildung, Stenosen im Bereich des Magen-Darm-Kanals, Tachycardie.
Handelsformen: 20 Beutel, 50 Beutel – Anstaltspackungen.
Hinweise: Bei gleichzeitiger oraler Verabfolgung von Breitbandantibiotika – insbesondere Tetracyclin – sollte berücksichtigt werden, daß die Resorption infolge der adsorptiven Wirkung von Aluminiumhydroxid reduziert sein kann. In seltenen Fällen kann die Verkehrstüchtigkeit beeinträchtigt werden.
Stand Mai 1978

Littérature et échantillons: Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A., Luxembourg

Toxicologie des composants de la Fumée de tabac

Toxique	% dans fumée	Action	Pathologie
Monoxyde de carbone	3 à 4 % cigarette 6 % cigare 2 % pipe	Formation de carboxyhémoglobine, entraînant une hypoxémie	Non toxique pour un coeur sain. Risque pour le muscle cardiaque ischémique.
Substances irritantes : acroléine, éthanol formaldéhyde, etc.		Diminuent l'action des cils de la sphère bronchique. Hypertrophie des cellules produisant le mucus. Bronchoconstriction.	Ralentissement du débit respiratoire et lésions : bronchite chronique. Expectoration, toux. Peu importante chez le sujet sain, marquée chez l'emphysémateux.
Nicotine (passe rapidement de l'air alvéolaire dans le sang)	0,04 à 4 3/8	Augmentation de la lipémie. Modification de l'équilibre acide-base sanguin. Perturbation de la motilité du pylore (reflux vers l'estomac). Stimulation des ganglions parasympathiques. Au niveau du S.N.C., des glandes surrénales, des terminaisons nerveuses : • libération de sérotonine • libération d'adrénaline et noradrénaline Rétrécissement du diamètre des artères ou aggravation de leur état, de l'adhésivité des plaquettes.	Risque d'athérome. Ulcère gastro-duodénal. Effet laxatif. Augmentation du débit cardiaque. Aachycardie et H.T.A. Risque d'infarctus. Risque de thrombose.
Goudrons, dont le benzo-3-4-pyrène, la nitrosamine . . .		Elle est complexe : — inhibition des procesus enzymatiques : blocage des réactions neutralisant l'action des composés métaboliques toxiques, — action immunodépressive : diminution de l'activité des macrophages.	• Cancer du poumon : Fumeur normal (10 cigarettes) : risque x 10 par rapport au non-fumeur; gros fumeur (40 cigaretset) Gros fumeur (40 cigarettes): risque x 20 par rapport au non-fumeur. • Cancer de la bouche, du larynx, de l'oesophage : risque x 4 pour le fumeur. • Cancer de la vessie : risque augmenté. o Cancer du pancréas : risque augmenté.

Das angenehme Phyto-Laxans
- besonders für Adipöse geeignet -

Lipozet® Dragées
mit Kreislaufstütze

Zusammensetzung :

Fol. Sennae 30 mg, Aloe 90 mg, Extr. Fuci 105 mg,
Fol. Orthosiph. 30 mg, Fruct. Crataegi 20, 4 mg,
Khellin D 1 0,3 mg, Camphora D 2 0,3 mg, Sapo med. 20 mg

Dosierung :

1 - 3 x täglich 1 Dragée einnehmen

Packung :

Dose mit 50 Dragées

ALFRED ZWINTSCHER · HEIDELBERG · AZ

INTEGRAL S. A. - Luxembourg - 25, rue d'Epernay

Stimulans der körpereigenen Abwehrsysteme

Esberitox®

Steigerung der zellulären und humoralen Abwehr

Indikationen Esberitox® dient zur Prophylaxe bzw. Therapie akuter und chronischer Infektionskrankheiten bakterieller oder virusbedingter Art, wie banale Infekte und Virusgrippe; Bronchitiden, Pneumonien, Anginen, Laryngitiden, Otitiden. Adnexitis, Parametritis, Cystopyelitis. Rheumatische Erkrankungen; Eingriffe in der Zahnheilkunde. Chronische und allergische Dermatosen, Akne, Verrucae vulgares und juveniles. Auch in Kombination mit anderer Therapie, wie Chemotherapie, Antibiotika, Kortikoide. **Zusammensetzung** 20 ml Esberitox liquid. enthalten: Herb. Thujae occid. rec. 1 ml Perc. 1=5, Rad. Baptis. tinct. 2 ml Perc. 1=5, Rad. Echin. ang. et purp. 1+1 3 ml Perc. 1=10; Apis mellif. D 4 2 ml, Crotal. D 6 3 ml, Silic. D 4 3 ml, Laches. D 6 6 ml. 1 Tablette entspricht 0,5 ml Liquidum mit einem Vitamin-C-Gehalt von 0,02 g/Tabl. 2 ml Ampullenflüssigkeit entsprechen 1 ml Liquidum. 1 Suppositorium entspricht 0,5 ml Liquidum. **Dosierung** Oral: 3mal täglich 20–50 Tropfen unverdünnt perlingual oder 1–3 Tabletten lutschen. Kinder und Säuglinge, je nach Alter, 3mal täglich 10–30 Tropfen oder ½–1½ Tabletten. Parenteral: i.m. täglich 0,5–2,0 ml; i.v. Beginn mit täglich 0,2 ml, allmähliche Steigerung unter Kontrolle der Reaktionslage bis zu 2,0 ml. Wie bei jeder unspezifischen Reiztherapie sind Temperaturerhöhungen möglich, die zum therapeutischen Wirkungsbild gehören; dies tritt vorwiegend bei i.v. Applikation ein; diese empfiehlt sich daher insbesondere bei chronischen Erkrankungen, die eine stärkere Reizwirkung erfordern. Rektal: Säuglingen 1–2 Zäpfchen, Kindern ab 1 Jahr täglich 2–3 Zäpfchen einführen, Erwachsene 3mal täglich 1 Zäpfchen. **Darreichungsformen und Packungsgrößen** Liquidum 20 ml, 50 ml, Bündelp. 500 ml; Tabletten 50 St., 125 St., 1000 St.; Ampullen 5x2 ml, 100x2 ml; Suppositorien 10 St., 100 St.

Schaper & Brümmer
D-3320 Salzgitter-Ringelheim
Pharmacie LEGROS
52, Grande-rue, Luxembourg

Prof. M. LEGRAIN:

Merci M. BENICHOUX. Ouvrons la discussion, car je pense qu'un certain nombre de goulets, de problèmes techniques méritent discussion. Parmi ces problèmes, il y a finalement cette Charte de Qualité, non pas au plan du concept, mais au plan de la réalisation concrète de la revue. Il y a un point, je crois, très important et sur lequel M. BESANCON souhaitait intervenir: c'est sur la rapidité de la publication. On va lui donner la parole sur ce point.

Prof. F. BESANCON (Paris):

Je crois que c'est aussi rapidement dit que rapide à comprendre. En effet, la rapidité de l'information est aussi un critère de qualité et si nous avons trop peu parlé des tabloïdes aujourd'hui, nous pouvons tout de même dire qu'à ce titre, ils donnent une leçon à la presse médicale traditionnelle. Le second point qui m'intéressè dans la rapidité, c'est qu'elle est un critère évaluable. Car les autres critères de qualité sont très difficiles à évaluer. Par exemple, un Comité de publication existe-t'il sur le papier ou fonctionne-t'il réellement? Comment l'évaluer? Par exemple encore, l'indépendance technique vis-à-vis des financeurs: existe-t-elle réellement ou n'est-elle qu'une apparence? C'est pour cela que parmi les critères que nous aurons à définir, j'attacherai toujours beaucoup d'importance à ceux qui sont facilement évaluables. La vitesse en est un parmi d'autres.

Prof. M. LEGRAIN:

Monsieur ABADIE, je crois que vous souhaitiez aussi intervenir sur ce point.

Monsieur J.P. ABADIE (Paris):

Oui, parce qu'en particulier pour les revues primaires, il y a quand même un partenaire très important qui a été oublié jusqu'à présent: ce sont les éditeurs de revues primaires. Les éditeurs de revues de formation post-universitaire ont été largement représentés ici et ils ont prouvé qu'ils sont maintenant des professionnels qui font de bonnes revues. Malheureusement, au niveau de l'édition primaire, je crois qu'il y a eu un certain nombre de problèmes en France et je dois dire que si la France et la langue française ont connu de tels problèmes, c'est parce qu'il a manqué dans le phénomène de la création et du fonctionnement des revues primaires un maillon très important qui était le rôle de l'éditeur non pas en tant qu'imprimeur, mais en tant que technicien, d'un terme qui a déjà été employé ici, en particulier par M. BENICHOUX, dans l'éditologie. Or, je me suis rendu compte, par rapport à nos confrères étrangers, que la France avait pris, de ce point de vue là, un retard très important qu'on peut évaluer à une dizaine d'années. Je me souviens il y a quatre ans, dans mes premiers contacts avec les maisons d'édition de niveau international, américaines, allemandes ou néerlandaises, avoir eu quelques problèmes de compréhension parce que ces gens là avaient à leur disposition des techniques que j'ignorais totalement. Ils utilisaient des termes qui pour moi ne signifiaient absolument rien, et en particulier le «copy editor», qu'on peut traduire par le «préparateur de copies», ou le «réviseur de copies», qui est la personne qui une fois que le Comité de rédaction ou le Comité de sélection, le rédacteur en chef, les secrétaires de rédaction ont fait leur travail, intervient pour rendre un article vraiment utilisable par n'importe quel auditoire international. Ce réviseur va, par exemple, vérifier si les références sont correctement écrites, parce qu'une référence bibliographique mal rédigée aura du mal à passer dans les systèmes informatisés. Il en serait ainsi d'une foule de détails qui font qu'un texte tout à fait excellent sur le plan du fond et parfois de la forme, devient vraiment un texte parfaitement publiable et divulgable dans le monde entier. Je crois, en conséquence, que les éditeurs français ont eu une grande part de responsabilité dans le retard des publications primaires françaises. Mais je pense que depuis quelques années, il y a eu une prise de conscience des éditeurs français, en

même temps que le milieu universitaire français s'ouvrait davantage au monde étranger. Nous avons pris des contacts avec d'autres confrères, et je crois que nous avons quand même appris énormément. Le problème qui se pose alors est de savoir si ce retard sera facile à combler. Personnellement, je pense que oui, à condition que nous soyons aidés dans cette tâche par la Communauté Scientifique Française. Quel est, en effet le problème qui se pose à un éditeur français? C'est qu'il a réussi à acquérir un certain nombre de techniques, au niveau de la diffusion des revues, des techniques d'impression et enfin en matière d'éditologie. Mais tout cela n'est pas suffisant pour faire une revue, au niveau international en tout cas. Une bonne revue n'existe que si elle a les meilleurs articles. Or, pour l'instant, nous sommes dans une espèce de cercle vicieux, et je ne vois pas tellement la façon d'arriver à le rompre, sinon par une immense profession de foi. En effet, les auteurs français, les meilleurs d'entre eux, ont publié leurs meilleurs papiers dans les revues étrangères, laissant, et je crois que tout le monde l'a avoué, leurs articles de second ordre pour les revues françaises. Ce qui fait que, forcèment, les revues étrangères ont été davantage citées que les revues françaises. Cela ne fait qu'inciter davantage les auteurs français à se faire publier dans les revues étrangères et ainsi le retard des publications françaises ne cesse de se creuser. Comment arriver maintenant à rompre ce cercle vicieux, qui est extrêmement dangereux? Il faudrait choisir les domaines dans lesquels la France, les pays francophones, voire les autres pays européens ont des compétences reconnues au niveau international et décider de lancer une revue dans ces spécialités. Il faudrait arriver à convaincre un certain nombre d'auteurs français ou francophones les plus importants, ainsi que certains organismes comme le C.N.R.S. et l'I.N.S.E.R.M. à participer à cette revue et d'y publier leurs articles tout en sachant que la première, la deuxième voire la troisième année, les citations de leurs articles seront moins nombreuses que si ces articles avaient été publiés dans des revues étrangères américaines ou autres. Je crois que si la France, ses chercheurs et ses organismes de recherche ne sont pas prêts à faire cet effort et cet acte de foi, les revues primaires françaises, de niveau international, auront de grandes difficultés demain.

Prof. M. LEGRAIN:

Je vous remercie Monsieur ABADIE. Dans votre intervention, on retrouve des thèmes déjà abordés hier sur la recherche de cette qualité et de cette diffusion internationale. Personnellement, je suis absolument convaincu que s'il n'y a pas une maison d'édition francophone qui accepte, aidée par la collectivité scientifique francophone, de combattre, nous serons dans une situation extrêmement difficile, non seulement pour la survie de notre langue, mais aussi pour celle de l'édition française. Je crois alors que dans ce domaine Mr RABISCHONG pourrait intervenir et je voudrais lui demander d'intervenir sur deux points: d'abord sur les normes de la nomenclature anatomique, ensuite sur son expérience vécue d'une publication bilingue de niveau scientifique international.

Prof. P. RABISCHONG (Montpellier):

Je vous remercie, Mr le Président, et je voudrais aussi remercier mon ami BENICHOUX de me permettre de participer à cette Table Ronde. Nous avons effectivement créé en France, il y a plusieurs années un Collège Médical français des Professeurs d'Anatomie qui groupe tous les professeurs d'anatomie, et nous avons essayé pendant quatre ans de trouver un éditeur français qui accepte de courir le risque de publier une revue d'anatomie clinique. Nous sommes en effet frappés par le fossé qui existe entre le fondamentaliste et le clinicien. L'anatomie a beaucoup évolué et nous avons essayé de la rendre plus adaptée aux nécessités cliniques. Aucun éditeur français n'ayant accepté, nous avons été obligés de nous tourner vers un éditeur allemand, SPRINGER en l'occurence, qui a accepté de publier une revue d'un aspect extérieur et intérieur

excellent, avec d'ailleurs un certain nombre de contraintes qui nous ont beaucoup appris. C'est sans doute une des rares revues qui soit publiée à la fois en langue française et en langue anglaise, ce qui nous pose des problèmes considérables. C'est parce que actuellement en France, la traduction d'articles français en anglais est d'une difficulté notoire. Et je crois qu'il ne faut pas sous estimer ce problème. On trouve en effet d'excellents traducteurs, mais à des prix absolument exorbitants. Par ailleurs, le style français n'est pas du tout le style anglo-saxon, et il est très difficile de demander à des auteurs français d'écrire dans ce style où les phrases sont courtes, où les noms propres disparaissent progressivement et où la ronflette littéraire fait place à un style beaucoup plus dépouillé qui n'est pas forcément plus efficace, pas forcément plus agréable à lire, mais qui en tout cas, est le style anglo-saxon. Nous avons actuellement les pires difficultés pour traduire les articles français en anglais. De la même façon, les articles anglais seront traduits en français et nous avons dans les prochains numéros une participation internationale qui pose aussi des problèmes, car le nouveau style n'est pas celui auquel nous sommes habitués. Je crois donc que c'est un des problèmes qui nous apprendra beaucoup dans l'avenir. Par ailleurs, SPRINGER a accepté de prendre un autre risque, qui est de publier à la fin de cette revue une microcarte qui comporte 36 images couleur qui sont la reproduction en couleur des images en noir et blanc du texte. Je crois que c'est une des voies originales, et je regrette que nous n'ayons pas eu en France cette possibilité de promouvoir des idées nouvelles. Je pense en effet que cette microcarte, qui peut être à la fois coupée en diapositive 24×36 ou mise dans un lecteur de microcartes est sûrement une formule d'avenir. Le deuxième point, c'est que la nomenclature anatomique internationale doit être utilisée exclusivement. Le Collège Médical Français des Professeurs d'Anatomie a fait un gros effort ces dernières années sous la direction du Professeur BARONNE de Lyon pour promouvoir une francisation de la nomenclature latine internationale ou Parisiana nomina anatomica. Dans tous les articles, dans cette revue, nous avons fait l'effort, chaque fois qu'un nom anatomique est exprimé en français, de le mettre entre parenthèses en latin. Je crois qu'il est absolument fondamental que toutes les publications quelles qu'elles soient, anatomiques, scientifiques ou médicales, respectent ces règles. Ainsi, dans la nomenclature francisée par exemple, le terme de cubitus n'existe pas. Dans la nomenclature internationale, il doit être remplacé par «ulna». Ceci est une difficulté extraordinaire pour les médecins français d'un certain âge et même d'un âge moins certain, puisque les jeunes générations sont encore éduquées avec cette nomenclature française. Nous espérons néanmoins que dans les dix ans qui viennent, cette nomenclature changera. Mais il est souhaitable que, dès maintenant, dans les publications de haut niveau, la nomenclature anatomique soit utilisée en termes latins entre parenthèses après le terme français. Enfin je voudrais aussi insister sur le fait que les anatomistes français ont un sens très aigu de la propriété, et vous savez qu'il n'y a pas une structure qui ne porte le nom d'un auteur. Je crois que ce sens de la propriété est tout à fait dépassé car nous n'avons pas le droit d'imaginer que, ayant même découvert une structure anatomique, nous puissions laisser notre nom. Et c'est la raison pour laquelle vous savez qu'il n'existe pas de nom propre dans la nomenclature anatomique internationale. C'est la raison pour laquelle aussi il faut absolument secouer cette anatomie de concours qui a tué l'anatomie, jadis anatomie de détails, de micro-détails, de noms propres où on était très heureux de citer le nom d'une artère et d'un nerf que personne n'avait cité par ailleurs. Je crois qu'il faut absolument supprimer cette tentation de mettre des noms propres dans la nomenclature anatomique.

Prof. M. LEGRAIN:

Merci Monsieur RABISCHONG. Je crois que Monsier BENICHOUX souhaiterait intervenir sur ce point.

Prof. R. BENICHOUX:

Deux mots pour premièrement m'étonner que l'Association des professeurs d'anatomie en France ne décide pas un beau jour de commencer le curriculum des études médicales en PC1, PC2 avec la nouvelle nomenclature anatomique. Deuxièmement, de toute façon, pour notre Charte de Qualité, nous avons la très ferme intention de demander que, après un certain délai, tous les termes anciens d'anatomie disparaissent, de façon à être compris et traduits en langue différente du français.

Prof. P. RABISCHONG:

A ce propos justement, nous publierons avant quelques mois, deux ou trois mois au maximum, une équivalence des termes anatomiques français dans la nomenclature internationale.

Prof. M. LEGRAIN:

Merci, alors je crois que cet appel à la formation des étudiants m'incite à donner la parole de cette table ronde à Mr HERAN. Vous savez tout ce qu'il a fait pour l'enseignement des étudiants et il est déjà intervenu dans ce sens.

Prof. J. HERAN (Strasbourg):

Comme vous l'ont dit Messieurs SOURNIA et LEGRAIN, nos étudiants d'aujourd'hui constitueront le tiers des médecins de demain. Il y a une explosion démographique chez les étudiants en médecine dont il faut tenir compte y compris dans la presse médicale française. Et d'ailleurs, il y a deux éditeurs qui ont déjà compris la chose. Puisque vous le savez peut-être, il existe déjà depuis très peu de temps, deux revues qui s'adressent électivement aux nouveaux médecins. Il y en a une qui s'appelle «Nouveaux Médecins» et l'autre qui s'appelle «La revue du Jeune Médecin». Ainsi, deux éditeurs ont compris qu'il y avait un marché, et je ne dis pas du tout cela dans un but péjoratif. L'étudiant donc est le médecin de demain et je crois, après dix ans de travail avec les étudiants, pouvoir dire qu'il y a indiscutablement un besoin documentaire de l'étudiant et ceci dès la troisième année des études. Or, comme les études durent sept ans, donc en moins de quatre – cinq ans, un étudiant du début du deuxième cycle sera médecin. Par conséquent, il y a là une population qu'il faut satisfaire. Il y a d'ailleurs un sous-titre qu'il faut signaler. Une des deux revues précédemment citées a comme sous-titre: «De ce qu'ils sont presque, à ce qu'ils seront». Donc vous voyez, il y a vraiment un lien entre l'étudiant et le jeune médecin. Bien sûr, il y a eu des tentatives de revues pour étudiants. Il y en a une extrêmement méritoire faite par MASSON, il y a quelques années, appellée: «Les Cahiers Intégrés de Médecine». Malheureusement, ceci a coûté fort cher à MASSON qui a été obligé de l'interrompre. Pourquoi? Et bien tout simplement parce que les annonceurs ont boudé les Cahiers Intégrés de Médecine. Les étudiants, croyant à tort que l'édition médicale n'est pas chère, ont à leur tour boudé les abonnements qu'ils trouvaient trop chers.

Il y a effectivement un vide documentaire chez les étudiants. Ce vide documentaire, j'y reviens, est essentiellement la faute de l'enseignement traditionnel. Il n'y a peut-être pas de carence dans la presse médicale, mais il y a certainement une carence dans l'enseignement traditionnel; je crois que tous les enseignants en sont conscients et le disent. Bien sûr, il y a des revues, deux à ma connaissance, qui sont écrites pour les étudiants mais elles ne publient que des questions d'internat et je crois quand même que la question d'internat est une forme mineure de documentation, en tout cas une forme essentiellement passive d'enseignement médical.

Monsieur le Doyen PIGUET hier nous a dit que dans son enquête, 50 % de ces lecteurs généralistes, lisent les questions d'internat. Et c'est très important. Ceci montre donc que cette littérature pour étudiants n'est pas

faite que pour eux. D'autre part, la presse du généraliste n'est pas lue uniquement par le généraliste; elle est aussi lue par les spécialistes. Quand j'ai publié mon bulletin pédagogique destiné aux étudiants, dans la Revue du Praticien, j'ai reçu d'assez nombreuses lettres de généralistes me disant qu'ils lisaient ces feuilles écrites pour les étudiants. Y a-t'il un besoin pour des périodiques médicaux spécifiques aux étudiants? Ce besoin n'est pas exprimé.

Mais indiscutablement, il y a un malaise chez les étudiants avec une frustration documentaire dont nous sommes, nous les enseignants, responsables. Je crois en conséquence qu'il serait normal que, comme il y a une presse pour généralistes et une pour le nouveau médecin, il y ait enfin une presse destinée vraiment à l'étudiant, c'est à dire un tiers des médecins de demain.

Prof. M. LEGRAIN:

Merci Monsieur HERAN pour ce plaidoyer en faveur des étudiants. Maintenant je donne la parole au Professeur LARCAN sur le thème suivant: la recherche de la qualité au niveau d'une revue de faculté.

Prof. A. LARCAN (Nancy):

Monsieur le Président, Mon Cher Ami, en quelques mots, puisqu'un certain nombre de confrères ont déjà présenté leur revue médicale, en particulier leur revue de faculté et de C.H.U., je parlerai des ANNALES MEDICALES DE NANCY. Il s'agit d'une revue très ancienne qui a fêté son centenaire. Cette ancienneté est à l'origine de traditions, ce qui est un avantage mais peut-être aussi cause de sclérose. Nous voulons que ce périodique soit la «façade» de notre Faculté, son organe d'expression, et qu'il collecte l'essentiel des travaux de la Faculté, ainsi que les comptes-rendus des réunions des sociétés régionales. A ce point de vue, je reconnais qu'il y a quelques difficultés, pour certaines disciplines qui s'expriment rarement chez nous parce qu'elles ont leur organe à l'échelon national, en particulier les pédiatres. J'espère que cette lacune sera bientôt comblée. Enfin, étant donné que nous nous adressons à un public de caractère très général, il est souhaitable que les articles n'aient pas un caractère trop hyperspécialisé et soient quand même compréhensibles sinon de l'épouse... ou même de la femme de ménage, mais par des lecteurs ayant une certaine culture médicale. C'est probablement là que le rôle du Comité de rédaction et de sélection est le plus difficile. Il n'en reste pas moins que la plupart des spécialités peuvent être regroupées dans des numéros semi-spécialisés. Je termine en ce qui concerne le comité de rédaction. Il nous a semblé qu'à l'échelon d'une faculté comme la nôtre où les écoles peu nombreuses ne peuvent pas s'autocritiquer, qu'il valait mieux faire confiance à la responsabilité d'un chef d'école. Le rôle de la rédaction est alors plus une critique de forme qu'une critique de fond. Ceci fait que nous n'avons pas un coefficient de rejet total important, mais seulement un coefficient très important d'articles qui sont reconfiés aux auteurs pour modifications. Les rapports entre cette presse régionale et les périodiques nationaux spécialisés ou non et les «tabloïdes» sont plus difficiles à préciser. Il y a des retombées à tous les niveaux par des comptes-rendus, des analyses des Annales locales paraissent dans la NOUVELLE PRESSE MEDICALE, LA SEMAINE DES HOPITAUX, LA REVUE DU PRATICIEN, etc... Il en est de même des citations dans les bibliographies nationales ou internationales. Deuxième problème beaucoup plus important: comment faire passer un message d'importance nationale ou internationale à l'échelon local? De deux façons, soit en demandant après publication à l'échelon national ou international qu'une seconde mouture nous soit réservée, de façon à être portée à la connaissance des lecteurs locaux qui ne lisent pas obligatoirement les revues de très haut niveau, ou au contraire en priorité, en nous demandant un tour de passage très rapide dans le journal local, permettant une prise de rang et une citation dans d'autres publications plus approfondies. Je termine avec le problème des relations avec les

tabloïdes, qui concerne par exemple les séminaires locaux, qui doivent avoir un compte-rendu dès le lendemain. Aucun journal, aucune revue ne peut donner de compte-rendu comme peut le donner le QUOTIDIEN DU MEDECIN. C'est son rôle que de donner un compte-rendu immédiat, comme il en donnera un demain de la réunion d'aujourd'hui. Mais secondairement, quand la revue a paru, le «tabloïde» peut parfaitement donner une analyse d'articles de la revue locale ou loco-régionale au même titre que d'une revue nationale.

Prof. M. LEGRAIN:

Je vous remercie. Je pense qu'après tous ces exposés et avant de revenir directement aux règles de qualité, avec Messieurs HUGUIER et BENICHOUX, il faut que l'on donne la parole à l'auditoire pour connaître les suggestions, précisions ou critiques destinées à assurer pour l'avenir une meilleure qualité de notre presse médicale.

Madame LAPLAINE-MONTHEARD – LE QUOTIDIEN DU MEDECIN (Paris):

Je voudrais dire de ce Colloque qui va bientôt se terminer et qui a rencontré le succès que chacun a pu apprécier, que j'ai été frappée par sa nécessité. Je pense que si Mr BENICHOUX a réuni toutes ces personnalités de la presse ici, c'est parce qu'il l'avait ressenti le premier peut-être. Mais je crois que beaucoup de points ont été évoqués, beaucoup de solutions proposées, mais tout cela restera lettre morte si cette belle charte que vous êtes en train de mettre sur pied, si tous les points particuliers qui ont été dénoncés hier et aujourd'hui ne font pas l'objet d'autres colloques qui, ceux-là devront être travaillés plus en profondeur. Je vois très bien la suite de ce Colloque sous la forme de petits séminaires réunissant certains membres de la presse selon leur spécificité, de façon à ce que chacun règle les problèmes techniques les concernant de façon précise et ensuite faire le bilan de l'ensemble des résultats. Ce bilan pourrait ensuite faire l'objet d'une grande réunion générale. Je pense que, ici, pendant ces deux jours, les grandes bases ont été mises sur pied, que tous les problèmes ont été évoqués, ceux de la francophonie, ceux de la presse médicale de formation, et j'ai craint un certain temps qu'on ne parle pas du tout des tabloïdes, puisque nous ne figurions pas au programme, mais je pense qu'il n'y a aucune malveillance de la part des organisateurs. D'ailleurs depuis ce matin, nous y avons fait allusion, à plusieurs reprises et effectivement, c'est un phénomène de presse nouveau et important, et il faut un certain temps pour que les phénomènes soient digérés. La presse médicale française est une institution très ancienne, qui est confrontée tout d'un coup à un phénomène nouveau. Et j'avoue qu'une chose m'a frappée également, c'est que ce phénomène nouveau est très important et vous l'avez même spontanément souligné. Il me semble que beaucoup de leçons pourront en être tirées au niveau du contenu rédactionnel des journaux et sur la façon dont les périodiques médicaux classiques sont réalisés à l'heure actuelle.

Prof. M. LEGRAIN:

Je vous remercie et je crois qu'il n'y a pas de secret pour dire qu'il y aura un suivi de tout cela et nous en reparlons dans un instant.

Monsieur R. MHABOULI (Paris):

Moi je termine des études médicales. Je suis tunisien, je compte donc rentrer en Tunisie et animer des revues de médecine et j'aimerais savoir quelle est la meilleure filière à suivre et quels sont les bons réflexes à avoir pour pouvoir présenter un périodique de qualité de langue française.

Prof. M. LEGRAIN:

Vous voulez dire la façon de les diffuser. Et bien je crois que cela va être aussi l'objet typiquement de la structure qu'on souhaite-

rait mettre en place et bien entendu ouvert à toute la francophonie. Donc, la question que vous posez devrait trouver une solution dans les propositions qui vont être faites dans un instant.

Monsieur G.A. MARCHAL (Paris):

Cela tiendra en quelques phrases. Premièrement, j'ai été ravi de savoir que nous appartenions à l'UDF, ce qui est assez nouveau: l'Union des Financiers, ou des Financeurs. Je voudrais une fois pour toutes exorciser le problème de l'indépendance. Il n'y a pas de revue convenable et non hypocrite qui ne soit pas capable d'assurer son indépendance. J'en ai assez d'entendre toujours soupçonner les annonceurs comme capables d'acheter la terre entière. On ne peut pas être acheté ainsi. Ces rapports hypocrites doivent cesser. Si j'avais à exprimer des recommandations, je dirais ceci: je crois que Mr SOURNIA a raison en disant qu'on peut faire une charte avec une page de principes, suivie de statuts d'application avec un certain nombre d'éléments pratiques. Il a été dit tout à l'heure par Mr ABADIE quelque chose d'essentiel. Si vous n'acceptez pas collectivement de faire, à un moment donné, une revue française de haute qualité aux dépens d'un certain nombre d'autres efforts, je ne dis pas tous, ce jour-là, vous aurez complètement changé le mouvement par votre propre exemple. Et je crois ne pas trop m'avancer en vous disant que les annonceurs vous aideraient peut-être.

Prof. G. ARNULF (Lyon):

Je suis ici en auditeur, presqu'en auditeur américain, car je représente pour l'Europe le journal CARDIO-VASCULAR SURGERY, à la fondation duquel j'ai participé. Je vais vous apporter deux choses. La première est une consolation. Vos problèmes se trouvent aussi de l'autre côté de l'océan. Nous avons eu au journal CARDIO-VASCULAR SURGERY des critiques acerbes, en comité et même, quelquefois devant l'assemblée générale. La deuxième est l'espoir. Vous avez fait une réunion, et mon ami BENICHOUX en a tout le mérite, de critique et de prise de contact des réalités puis maintenant des projets pratiques. Vous voulez égaler l'Amérique mais vous devez la dépasser, et c'est mon espoir.

Prof. M. LEGRAIN:

Merci Monsieur ARNULF. Est-ce qu'il y a d'autres questions?

Prof. F. CAVELLAT (Angers):

Oui, il m'apparaît finalement que nous discutons d'un métier et qu'il est peut-être temps de le reprendre à la base. Vous parliez tout à l'heure de séminaires. Je pense qu'effectivement c'est la voie pour former les futurs auteurs, ne serait-ce qu'au niveau de nos C.H.U., pour former les rédacteurs ou plus exactement les comités de rédaction. Pour ma part, je suis venu à la rédaction un petit peu comme cela, parce qu'il fallait quelqu'un. C'est un métier dans lequel je balbutie depuis plusieurs années. Je suis venu ici pour apprendre un peu quelque chose. Je veux croire que je ne suis pas seul dans ce cas. Il m'apparaît qu'il faudrait au moins créer des structures, des changements sans pour autant que ceux-ci si amènent à la création de ces revues de regroupement dont parlait M. MARCHAL tout à l'heure.

Prof. P. MAINGUET (Bruxelles):

Je voulais sur un plan pratique demander s'il ne serait pas possible de concevoir, puisque chaque revue fait pour son compte ses essais et ses erreurs, des documentations fournies aux revues pour établir comment procéder. Je vais prendre un exemple. Vous avez dit très justement hier qu'il fallait un double courant entre le comité de lecture et l'auteur qui reçoit une réponse, avec des critiques sur le fond, la forme. Nous faisons chacun un peu à notre mode. Il existe certainement des formules. Nous avons co-

pié des formules américaines. Alors est-ce qu'il ne serait pas possible de rassembler les différents exemples de cette information et de les redistribuer ensuite aux revues?

Prof. M. LEGRAIN:

Je vous remercie. Je crois que Monsieur HUGUIER souhaite intervenir et après je donnerai la parole à Monsieur BENICHOUX, qui va essayer de bâtir le futur à partir du présent.

Prof. M. HUGUIER:

Nous cherchons tous, que nous soyons lecteurs, auteurs ou annonceurs, à améliorer encore nos périodiques médicaux. A propos de cette amélioration, objet de cette Table Ronde, je voudrais poser une interrogation et défendre une idée qui ne m'est pas du tout personnelle. L'interrogation est la suivante: je me demande vraiment s'il est souhaitable actuellement d'établir des règles incitatives pour améliorer la forme et le fond des articles médicaux; et ceci pour au moins quatre raisons. La première raison c'est qu'il existe déjà des articles ou des ouvrages sur le même sujet. Parmi les participants de cette Table Ronde, il y en a au moins trois qui ont écrit des ouvrages sur la rédaction médicale et ceci depuis au moins sept ou huit ans. La deuxième raison, c'est qu'on ne peut pas finalement établir dans le détail les mêmes règles incitatives pour un compte-rendu de recherches ou pour un article à visée didactique. La troisième raison, n'est pas tant la rédaction des règles que leur application. Enfin, une quatrième raison, mais cela est peut-être du libéralisme, je me demande s'il ne serait pas préférable dans l'état actuel de la rédaction médicale française, de laisser finalement aux maisons d'édition une certaine marge de liberté, quitte à remettre à plus tard l'uniformisation des conseils aux auteurs, comme l'ont fait quelques journaux américains. Je voudrais maintenant défendre une idée qui, je le répète, n'est pas personnelle, que certains déjà viennent d'esquisser et qui est la suivante: je crois que la valeur de l'article médical passe par un double contrôle. Il y a d'une part un contrôle de la qualité du message scientifique ou didactique qui ne peut être fait que par un comité médical scientifique. Et puis, deuxièmement, il faut le dissocier même si de temps en temps des ténors peuvent rassembler les deux vertus, il y a un contrôle de la qualité de la communication. C'est le travail des rédacteurs médicaux. En pratique, si vous le voulez, je souhaiterais faire la proposition suivante dont nous avons déjà parlé avec Monsieur BENICHOUX et avec Monsieur LEGRAIN. C'est de créer un organisme, un centre de rédaction médicale qui pourrait avoir deux objectifs. Le premier objectif serait d'assurer l'enseignement de la rédaction médicale à trois niveaux. D'une part, un enseignement élémentaire qui pourrait durer deux ou trois heures qui serait fait aux étudiants du IIème cycle pour commencer déjà à les sensibiliser à ce problème, ne serait-ce que parce qu'ils seront tous amenés à rédiger leur thèse de Docteur en Médecine. Un deuxième niveau serait un peu plus élaboré, avec une quinzaine d'heures, pour enseigner la rédaction médicale à tous les médecins qui sont les auteurs de la majorité des articles médicaux publiés dans nos revues. Cet enseignement serait de nature à faciliter considérablement le travail des spécialistes en rédaction médicale. En effet, le troisième niveau serait un enseignement plus sophistiqué. Il répondrait à ce besoin de professionnalisation exprimé ce matin et concernerait la formation ou le recyclage de quelques dizaines, il n'en faut pas plus, de spécialistes en rédaction médicale. Le deuxième objectif de ce centre de rédaction médicale me semble-t-il pourrait être d'aider à la rédaction médicale tous les médecins qui, après avoir bénéficié de l'enseignement précédent de deuxième niveau, souhaiteraient avant de les soumettre aux revues médicales, améliorer la rédaction de leurs articles. Ceci n'est pas non plus une idée originale, puisque c'est ce qui a été créé par exemple à la MAYO CLINIC, ou encore, je l'ai appris hier, au CANADA!

Prof. R. BENICHOUX:

Je vais simplement vous renvoyer au projet de la Charte de Qualité qui vous a été remis et où il est dit que ses missions doivent être quadruples:

1 – Etablir les règles de sélection des articles par le Comité Scientifique

2 – Etablir les règles de publication (fabrication) par l'éditeur. Ceci comporte plusieurs têtes de chapitre. Définir le contrôle de la lisibilité et éventuellement les règles de réécriture par le secrétaire de rédaction. La lisibilité est un terme français déjà ancien qui mérite d'être conservé. Il y a une lisibilité poétique, comme il y a une lisibilité scientifique, et bien sûr c'est cette dernière qui nous intéresse. Viendront ensuite la présentation typographique, la qualité des illustrations, la qualité des reproductions, des courbes, des tableaux, etc...

3 – Etablir les règles d'enseignement de l'écriture médicale aux étudiants et aux chercheurs. Et à ce propos, je ne peux que m'étonner qu'un organisme de recherches comme l'INSERM, ne s'en occupe pas, malgré de multiples sollicitations venues d'horizons divers. S'occuper en même temps de la formation et/ou du recyclage des responsables de revues médicales

4 – Cette dernière mission est encore en pointillé, car elle est réservée à un avenir un peu plus lointain. Préparer les conditions d'une collaboration équilibrée avec les annonceurs publicitaires de façon à supprimer l'hypocrisie actuelle qui effectivement est très mauvaise. Il faut qu'on discute tranquillement, cartes sur table, de toutes ces affaires là. Nous aurons réussi à fournir aux annonceurs des supports de qualité et à ce moment-là, ils en seront aussi contents que nous.

Je vous dois maintenant quelques détails concernant ce Collège. Je préfère le terme de Collège à Centre. N'oublions pas que nous sommes à NANCY et qu'une certaine légende veut que, de NANCY, soit parti un certain régionalisme. Le mot Collège est plus large, plus ouvert, alors qu'un Centre est toujours ponctuel. Nous nous méfions, disons-le honnêtement, du centralisme parisien. Donc ce Collège sera mieux accepté d'autant qu'il ne s'agit pas que de provinciaux français, il s'agit aussi de provinciaux francophones. Quelle serait la mission de ce Collège? La première tâche, la plus urgente serait l'uniformisation des notes aux auteurs, qui partent d'excellentes intentions, mais qui sont si disparates. Imiter ou refaire la Convention de VANCOUVER, et il est malheureux que nous n'ayons pas le temps de l'étudier en détail. J'ai heureusement pris la précaution d'en faire la photocopie et de la faire distribuer. La deuxième tâche serait la rédaction de la charte de qualité, plus élaborée et qui pourrait être distribuée sinon gratuitement, du moins à un prix réduit. Ce collège enfin, s'occuperait de renouveler ce colloque, qui perdrait sa fonction de constat pour devenir un séminaire de formation.

Prof. M. LEGRAIN:

Je vous remercie, Monsieur BENICHOUX. Alors forcément, la création de toute cette organisation de formation et de réflexion nécessite une structure pratique et un financement. Alors je me tourne vers deux personnes, qui sont là bien entendu à titre personnel, mais qui également ont des fonctions éminentes au Ministère de la Santé: Mrs les Professeurs SOURNIA et HUGUIER. Est-ce qu'éventuellement une aide pour un projet, pas du tout pour entrer dans le détail mais dans son principe, pourrait être obtenue?

Prof. J.C. SOURNIA (Paris):

Je peux toujours vous dire que l'on va étudier la question, mais n'oubliez pas que le grand principe du Gouvernement Français, en matière de subventions, est d'aider les gens qui se sont déjà débrouillés eux-mêmes et qui ont montré qu'ils savaient se débrouiller. Le principe «Aide toi, le ciel t'aidera» est toujours valable.

Prof. R. BENICHOUX:

Moi je crois que pour l'organisation de ce colloque nous pouvons apporter la preuve que nous n'avons pratiquement rien demandé. Nous n'avons rien demandé au Ministère. Très simplement, j'en ferai l'inventaire: l'Université nous a donné 2.500 F; l'AUPELF (Association des Universités Partiellement ou Entièrement de Langue Française) a pris en charge le voyage de personnalités étrangères. D'autre part, je peux affirmer à mon ami SOURNIA que le démarrage du COLLEGE DE REDACTION MEDICALE ne lui demandera pas non plus un sou. Par contre, ce que nous souhaitons obtenir du Ministère, c'est une incitation à respecter la charte, de façon à ce que les mauvais, les teigneux, soient pénalisés autrement que par leur insuccès.

Prof. M. LEGRAIN:

Croyez-vous Mr BENICHOUX que ceci puisse être la meilleure forme de progression vers la qualité? Si un groupe en totale indépendance bâtit des règles, saisit des expériences, forme des gens, est-ce que ce n'est pas le poids même de cette activité qui pésera par elle-même? Il me semble que toute réglementation est à écarter car ce n'est sans doute pas le meilleur moyen d'atteindre votre objectif.

Prof. R. BENICHOUX:

Pour calmer les esprits, je m'empresse de préciser que pour le moment, aucune mesure réglementaire n'est demandée. Le Professeur SOURNIA, qui est ici a titre personnel de défenseur de la francophonie, peut attester que rien de tel n'a été demandé au Ministère de la Santé.

Dr B. DUPORTET (Lyon):

Je voudrais essayer de ramener en quelques minutes, l'objet de cette Table Ronde à ce qui a été son objectif initial. Je crois qu'en vérité le grand mérite de Mr BENICHOUX et de Mr HERAN est d'avoir provoqué une réunion qui était la première dans notre pays de ce type. Je pense que cette réunion aura réussi si une déclaration de principe sans règlement coercitif édicte un certain nombre de règles morales qui définissent les conditions de l'exercice de notre métier, qui est un complément de l'enseignement universitaire. Je pense que c'est à cela qu'il faut revenir. J'ai beaucoup apprécié ce qu'a dit Mr SOURNIA au début de la Table Ronde, c'est le seul, excusez-moi Messieurs, qui soit resté dans l'objectif de cette réunion. Je souhaite que la parole soit redonnée aux différents participants et que chacun fasse l'effort de parler du sujet, c'est-à-dire de donner pour chacun d'eux les règles essentielles qui leur paraissent devoir être prises en compte pour l'exercice difficile du métier d'éditeur médical.

Prof. M. LEGRAIN:

Mr RABISCHONG voulait intervenir?

Prof. P. RABISCHONG:

Je voulais simplement dire qu'on ne peut pas former un vieil adulte. Cela me paraît difficile de former un vieil adulte à l'écriture médicale. Par contre, je pense que cela ne coûterait pas d'argent que d'introduire dans le curriculum des études une forme d'entraînement à l'écriture médicale. Je veux dire aussi qu'actuellement, la sélection des étudiants en médecine est bien plus difficile que celle des enseignants. En effet, il n'y a plus d'épreuves pour l'inscription sur la liste d'aptitude; les épreuves n'existent plus. Il est tout à fait regrettable qu'on selectionne des enseignants sans savoir même s'ils sont capables d'exposer une question ou d'écrire un article.

Prof. M. LEGRAIN:

Monsieur RABISCHONG, je m'excuse de vous couper, mais je crois que ce problème a

été largement débattu dans d'autres Tables Rondes déjà. Je crois que nous n'avons pas à y revenir, quelque soit le bien fondé de ce que vous dites.

Prof. P. RABISCHONG:

Mais je pense que l'on pourrait quand même introduire dans cette Charte de Qualité cette recommandation.

Prof. E. BERTRAND (Abidjan):

Je souhaite que cet organisme de traduction dont, à plusieurs reprises, le besoin s'est fait sentir, soit mis à la disposition des différentes rédactions, dans quelque pays que ce soit.

Dr COEUR (Lyon):

Il s'agit finalement d'un contrôle de qualité. Or, on peut faire un parallèle avec ce qui s'est passé dans les laboratoires de biologie où un certain nombre de volontaires se sont associés pour organiser entre eux un contrôle de qualité. Si j'ai bien compris, entre les mots pourtant clairs de Mr SOURNIA, il semble que cette volonté de contrôle des laboratoires et probablement d'autre chose, ait fait son apparition au niveau du Ministère. Je crois qu'il ne faut pas vouloir tout bousculer. Il faut, et nous l'avons fait en venant ici, manifester notre désir de qualité. Etablir une charte trop vite serait une mauvaise chose, il faut laisser mûrir le fruit.

Prof. M. LEGRAIN:

Je vais vous donner mon opinion. Cela n'engage que moi. Peut-être que je suis tout à fait à côté de la plaque. J'accepte d'emblée les critiques qui ont été déjà faites et j'en accepte d'autres. Je crois que, si l'on veut être réaliste, il y a deux points différents. Il y a le but très concret d'améliorer le niveau de tous les journaux, en tenant compte de la cible qu'ils cherchent à atteindre, grâce à des mesures qui ont déjà fait leur preuve. Je pense que le «NEW ENGLAND JOURNAL OF MEDICINE», qui passe pour être un des meilleurs journaux du monde, ne cesse de discuter dans ses colonnes comment il pourrait être meilleur. Nous sommes tous convaincus que beaucoup de journaux francophones bénéficieraient de l'application des mesures rédactionnelles déjà proposées. Pour atteindre ce but, il faut créer des motivations, des exigences. Ce colloque peut y contribuer. Plus difficile est un autre objectif, que l'on a discuté surtout le premier jour, qui est de faire atteindre par l'ensemble de la presse scientifique francophone un niveau de compétitivité internationale. C'est un autre problème, qui est forcément lié au premier, mais qui le dépasse nettement. Cet autre problème se situe à mon avis à deux niveaux. Il y a premièrement la qualité médicale même de la francophonie, c'est la base, c'est le matériau par lequel le rayonnement scientifique peut se faire. Ceci dépasse de beaucoup l'objet de cette Table Ronde. L'autre problème est celui de la langue de présentation de ce matériau de qualité. Faut-il se battre pour une défense francophone exclusive, ou pour un mélange de francophonie et d'anglophonie? Le problème est très complexe et a de nombreuses interprétations culturelles et scientifiques.

Je vois l'heure avancer, et je propose à l'assistance de voter les statuts du collège de Rédaction Médicale, et je donne la parole à Mr BENICHOUX sur ce sujet. Nous souhaitons tous qu'au delà de ce Colloque, il y ait place pour une structure de relais. Cette structure de relais pourra prendre l'initiative d'autres colloques, mais entre les colloques, elle peut prendre déjà des initiatives utiles que la presse médicale, au sens large du terme, se chargera de diffuser. Nous avons un projet écrit de constitution d'un tel Collège. Nous n'avons pas le temps de le discuter. Au plan pratique, ce qu'il faut, c'est donner à Mr BENICHOUX notre confiance, pour qu'il prenne le relais, le suivi de ce colloque dont il a eu l'initiative et dont il faut le remercier avec Mr HERAN. C'est à lui de poursuivre la confrontation par voie de corres-

pondance. Ce dont nous avons besoin, c'est un petit noyau, qui soit un noyau de recherche de la solution technique pour la mise en place de ce Collège. La structure d'association, loi de 1901, en FRANCE est la structure correspondant à ce genre d'objectif, mais ce n'est pas aujourd'hui que nous pouvons approuver les statuts. Nous demandons donc à Mr BENICHOUX de prendre le relais de ce congrès et de trouver la structure association de la loi de 1901 qui soit la mieux appropriée pour arriver à augmenter la qualité de la presse médicale sous ses multiples aspects. L'important est de fixer les objectifs de l'Association. Voulez-vous redire ces objectifs, Mr BENICHOUX, s'il vous plaît?

Prof. R. BENICHOUX:

Il s'agirait d'un Collège de Rédaction et de Communication Médicale, car en effet, il y a d'autres moyens d'échanges que la rédaction. Les objectifs principaux seront:

1 – Etablissement d'une charte de qualité et étude des modalités d'application

2 – Enseignement de la Rédaction médicale aux étudiants en Médecine et aux chercheurs.

3 – Formation et recyclage des responsables de périodiques médicaux.

Prof. M. LEGRAIN:

Je crois que si l'accord se fait là-dessus, et je sollicite d'éventuelles remarques de la part des opposants, si l'accord se fait donc sur ces bases de départ, il me reste la joie et l'honneur de remercier Mr BENICHOUX et Mr HERAN de l'effort qu'ils ont fait depuis le début de l'organisation de ce colloque. Ils portent sans réserve le crédit du succès.

Monsieur BENICHOUX, nous avons vingt minutes d'avance mais nous vous donnons quand même la parole pour clore cette réunion.

Prof. R. BENICHOUX:

Merci Monsieur LEGRAIN. Je vais à nouveau commencer par des remerciements. Remercier à nouveau l'Université de NANCY I, qui a patronné cette réunion. Remercier les Doyens de la Faculté de Médecine qui ont aussi accepté ce patronnage. Remercier l'AUPELF, ce que j'ai déjà fait au début, et que je répète à nouveau, devant Mr BEUTLER, son Secrétaire général. Je voudrais qu'il transmette à son Conseil d'Administration tous nos remerciements pour l'aide qu'il a fourni à ce colloque. Je remercie les francophones venus de si loin et enfin tous les participants de ce colloque, environ 150, parmi lesquels je citerai les premiers, c'est-à-dire les responsables des périodiques. C'est pour nous un honneur particulier que cette présence importante
Par le nombre et par la qualité car nous ne sommes, Jacques HERAN et moi-même que des amateurs et nous avons très longtemps hésité à mettre en route ce colloque, précisément parce que nous avions peur du reproche que nous feraient les professionnels. Nous voulions faire, comme c'est la mode actuellement, une association de consommateurs, éventuellement une association de consommateurs-producteurs, de façon à confronter un peu nos problèmes. Dans mes remerciements, je ne voudrais pas oublier mes collaborateurs à l'INSTITUT DE RECHERCHES CHIRURGICALES, que vous avez vu se démener un peu partout. Je leur dois énormément parce que c'est un énorme travail de mettre en route un pareil colloque. Et ceci uniquement avec des cotisations qui, je l'espère, ne vous ont pas semblé trop lourdes. Je dois encore remercier Jacques HERAN. Comme nous sommes en Lorraine, vous pourriez considérer notre collaboration comme celle d'ERCKMANN et CHATRIAN, ou celle de JEROME et JEAN THARAUD. J. HERAN est en effet un ex-nancéen, transféré à STRASBOURG, mais il a gardé de solides amités chez nous. Je lui dois beaucoup. Je le répète, cet effort ne s'arrête pas vers 17 H 30, lorsque nous aurons réussi à vous mettre dans le car qui vous ménera à la gare. Il faudra que nous mettions sur pied la rédaction du volume du colloque, parce que

nous souhaitons publier toutes les communications et surtout faire le résumé des Tables Rondes. Je remercie à nouveau le Docteur DICATO, Rédacteur en Chef du JOURNAL DES SCIENCES MEDICALES DU GRAND DUCHE DE LUXEMBOURG. Messieurs de France, ne vous offusquez pas. Personne d'entre vous ne s'est levé pour proposer, au moment de la réunion du comité d'organisation en février dernier (voyez si cela remonte loin), de prendre en charge la publication de ces comptes-rendus. Ensuite, viendra la mise sur pied de ce fameux Collège. J'ai beaucoup regretté de n'avoir pas pu assister en 1976 au congrès international de JERUSALEM, où Mr ABADIE représentait la FRANCE, congrès qui avait pour thème la qualité des périodiques scientifiques et en général de l'information scientifique. Si nous considérons que la qualité des périodiques est pour nous une sorte de JERUSALEM céleste, et si nous acceptons que ce congrès se renouvelle, je terminerai en disant:

«L'an prochain à JERUSALEM!»

Communications particulières

ONA

oses inflammatoires
nte, voici le schéma

CALCIGENOL

VITAMINE

Schering

Documentation scientifique: **R. COLES S.A. - 1920 MACHELEN (DIEGEM)** - Tél.: (02) **720 48 20** (l. groupées)

VERIDE S.A. - 1920 MACHELEN (DIEGEM)

79/475-D357-I-fév. 79

CALCIGENOL

VITAMINE

INDICATIONS

Grossesse, allaitement, croissance, fractures, période pubertaire, caries dentaires, ostéoporose, rachitisme, anémie, surmenage physique et intellectuel.

POSOLOGIE

Adultes : 2 à 4 cuillerées à soupe par jour.
Enfants : 2 à 4 cuillerées à dessert par jour.
Nourrissons : 2 à 4 cuillerées à café par jour dans le lait du biberon.
La médication récalcifiante doit être suivie comme ci-dessous :
10 jours : CALCIGENOL VITAMINE
10 jours : CALCIGENOL SIMPLE
10 jours : arrêt du traitement
Traitement à renouveler trois fois.

PRESENTATION

Flacon de 300 cc.
Le CALCIGENOL VITAMINE a un aspect laiteux et un goût agréable qui le fait facilement accepter par les malades, les enfants et même les nourrissons.

FORMULE

Calc. phosphoric. tribasic. sicc. 1,350 g - Vitamin. D2 crist. : 320 U.I. pro cochleare cafeti; 640 U.I. pro cochleare bellar.; 960 U.I. pro cochleare jusculi - Natr. fluoric. 10 mg - Sterculia gumm. - Paraffin. liquid. - Glycerin. - Spirit. - Aurantii essent. - Citri essent. - Ethylvanillin. - Orthosulfimid. benzoic. - Acid. salicylic. - Natr. salicylic. - Natr. benzoic. - Methyl. paraoxybenzoic. - Propyl. paraoxybenzoic. - Aqua ad 100 g.

SBTE, rue du Progrès 1 - 1400 Nivelles.

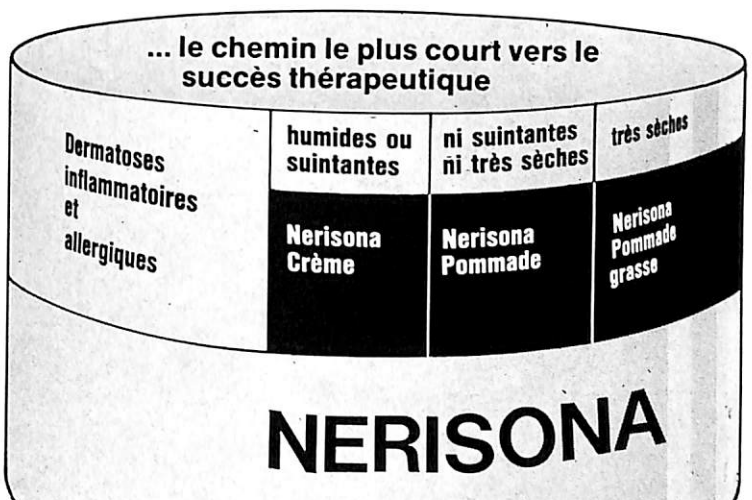
nouvelle approche en corticothérapie topique

NERISONA

à 0,1 % de valérate de diflucortolone

rapport efficacité/tolérance optimal

Dans le traitement de la plupart des dermatoses inflammatoires et allergiques rencontrées en pratique courante, voici le schéma qui mène par...

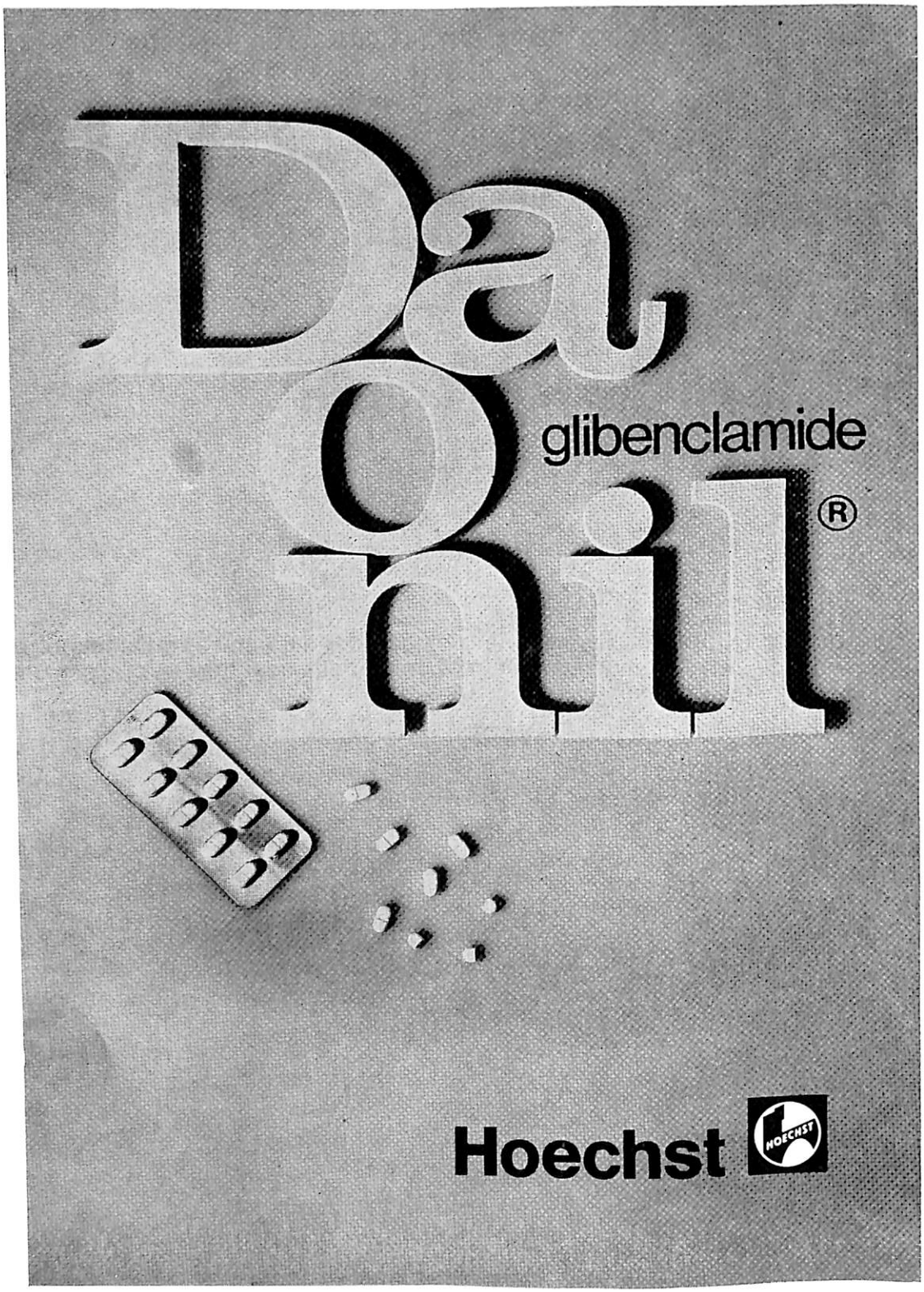


Crème. Diflucortolon-valérat 100 mg. Macrogol-stearat 2000. Vaselin. Polysorbat 80. Natrii dihydrogenophosphas. Carbopol-polymethylen 934. Natr. hydroxyd. Methyl-parahydroxybenzoas. Propyl-parahydroxybenzoas. Aq. purif. ad 100 mg. Pommade. Diflucortolon-valérat 100 mg. Dehymuls E. Vaselin. Paraffin. liquid. Ceracalbo. Aquapurif. q.s. pro 100 g. Pommade grasse. Diflucortolon-valérat 100 mg. Vaselin. Paraffin liquid. Ricin. ol. hydrogenat. Cerasin q.s. pro 100 g. **Propriétés et indications.** Nerisona est un corticoïde de synthèse fluoré, à activité anti-inflammatoire et antiprurigineuse. Il est indiqué dans les affections cutanées inflammatoires et prurigineuses, telles que dermatoses eczématiformes, dermatoses prurigineuses, brûlures ou douleurs cutanées. **Indications.** Toutes les affections cutanées relevant de la corticothérapie locale: dermatite de contact, eczéma de contact, eczéma allergique, eczéma nummuloïde, eczéma séborrhéique, eczéma intertrigineux, eczéma dyshidrosique, eczéma atopique, dermatite des langes, névrodermite (dermatite atopique), pityriasis, lichen ruber plan et verruqueux, lupus erythémateux discoïde, dermatite solaire, piqûres d'insectes (formes graves). **Posologie et mode d'emploi.** Sauf prescription différente du médecin, appliquer Nerisona au début du traitement, en couche mince, la forme thérapeutique de Nerisona qui a le domaine d'application le plus étendu. Nerisona Pommade grasse. Les lésions très sèches et les stades chroniques recouvrent particulièrement réfractaires aux autres formes galéniques. Après application de la forme thérapeutique prescrite, lorsqu'on traite des lésions suintantes, on peut utiliser des pansements occlusifs perméables à la vapeur d'eau (p. ex. Duoderm). Dans ce cas, il faut changer le pansement toutes les 24 heures. Entre deux pansements, il est recommandé de nettoyer la peau à l'eau tiède et au savon doux. Ne pas frotter. Sécher en tamponnant. Si le pansement ne doit généralement pas rester appliqué pendant toute la durée de la grossesse et en cas d'application sur le visage, il faut veiller à ne pas mettre Nerisona en contact avec les muqueuses. **Présentations.** Tubes de 15 g et 30 g. A conserver en dessous de + 25°C.

Documentation scientifique: **R. COLES S.A. - 1920 MACHELEN (DIEGEM)** - Tél.: (02) **720 48 20** (l. groupées)

VERIDE S.A. - 1920 MACHELEN (DIEGEM)

79/475-D357-I-fév. 79


Daonil®
glibenclamide
Hoechst
HOECHST

Le rôle du Bureau National de l'Information Scientifique et Technique (BNIST) en matière d'édition scientifique

Situation présente, état des connaissances et suggestions pour l'avenir

Mr L. CITTI*

La situation de l'édition périodique scientifique ne cesse de préoccuper les Pouvoirs Publics, depuis de nombreuses années.

Les maux dont souffre la production éditoriale nationale ont été diagnostiqués depuis plusieurs années dans de nombreuses analyses, sans que les recommandations formulées à leur suite aient été réellement mises en application.

Lorsque le BNIST, en 1976, a été chargé, par décision ministérielle, de réfléchir aux problèmes de l'édition des périodiques scientifiques français, nous avons été frappés par l'absence de données objectives susceptibles de faciliter l'analyse de la situation actuelle des périodiques scientifiques français.

UN INVENTAIRE DES PERIODIQUES SCIENTIFIQUES FRANCAIS

C'est la raison pour laquelle, le BNIST a lancé un inventaire des périodiques scientifiques – inventaire réalisé par France-Expansion – qui n'est qu'une première étape d'une enquête qui devrait être poursuivie et permettre de connaître l'état actuel de la revue scientifique primaire: nous en communiquons aujourd'hui les principaux résultats, en signalant que ces résultats concernent essentiellement les revues de Sciences Exactes et Naturelles, Sciences Humaines à l'exclusion des Sciences Politiques, économiques et littéraires, ainsi malheureusement que les *sciences médicales et pharmacologiques*. La raison en est que nous manquions d'information nous permettant de distinguer les *revues primaires* des *revues «techniques»* destinées aux praticiens (ces dernières étant probablement en majorité).

A) OBJET DE L'ENQUETE ET METHODOLOGIE

Le but de cet inventaire réalisé durant le premier semestre 1977 était de constituer pour le BNIST un outil de travail de portée générale donnant une «photographie», aussi large et précise que possible, de l'activité éditoriale en France dans les domaines scientifique et technique. Il ne s'agissait pas de constituer un répertoire administratif (sans grand intérêt pour le BNIST) ni une banque de données exhaustive et d'une précision absolue (qui aurait été difficile à exploiter autant qu'à réaliser), mais plutôt un outil de base, polyvalent, que l'on pourrait affiner dans tel ou tel domaine lorsque le besoin ponctuel s'en ferait sentir.

Cet inventaire devait couvrir, en ce qui concerne les revues scientifiques primaires éditées en France, les domaines suivants:

* Président du Bureau National de l'Information Scientifique et Technique (Paris)

– Sciences exactes et Sciences naturelles
– Sciences humaines, à l'exclusion des sciences politiques, économiques et littéraires
– Sciences médicales et pharmacologiques.

Pour les périodiques traitant de ces sciences, il devait fournir des informations:

– administratives
– rédactionnelles
– commerciales
– financières.

Méthode

L'enquête n'avait pas un caractère obligatoire pour les éditeurs, à la différence de nombreux questionnaires administratifs. Par ailleurs, l'enquête visait des revues aux caractéristiques très variées. Cela a conduit à l'élaboration d'un questionnaire très ouvert.

L'initiative et la responsabilité des réponses a été entièrement laissée aux responsables des revues: les informations fournies par eux ont été retranscrites sans interprétation ni contrôle (sauf dans le cas d'incohérence flagrante).

Les personnes interrogées ont fait l'objet de relances systématiques, afin d'assurer un maximum de réponses.

Le fichier de base de cet inventaire a été constitué à l'aide du Répertoire National de la Presse Française (Bibliothèque Nationale), de la liste du Centre de Documentation du CNRS, des listes des différents groupements professionnels. Il recensait environ 1000 titres.

Qualité des informations recueillies

L'ensemble des réponses obtenues sur les revues scientifiques a permis de constituer au total 635 fiches.

Le degré de précision de ces fiches est évidemment variable, selon les revues et selon les rubriques:

– les chiffres sur la diffusion ont été obtenus avec une bonne précision dans 80 % des cas, bien que le questionnaire n'ait pas été orienté particulièrement sur la diffusion à l'étranger. Il s'est avéré que certains responsables de revues d'intérêt local, n'éditant pas eux-mêmes leur revue, ne connaissent même pas ces chiffres. Les gros éditeurs, de qui on pouvait attendre une certaine méfiance, ont en général bien répondu.

– les informations financières ont été beaucoup moins complètes, notamment en ce qui concerne les *subventions.*

– le questionnaire était très ouvert en ce qui concerne les informations «non quantifiables». La structure de le rédaction, par exemple, a été souvent décrite avec peu de précision.

Le contrôle des réponses n'ayant pas été fait dans le plupart des cas, il est probable que cette masse d'informations contient quelques inexactitudes ponctuelles, statistiquement sans influence notable.

Précisons que le but de cette enquête n'était en aucun cas de fournir un jugement de valeur sur le contenu des différentes revues. Elle n'en avait ni la vocation ni les moyens.

Exploitation statistique des résultats de l'enquête

Le dépouillement de cet inventaire et surtout son exploitation statistique ont présenté certaines difficultés:
– la liberté laissée au répondeur quant à la forme de l'information fournie a entraîné une absence de normalisation, et une grande difficulté de quantifier certains types d'information («structure de la rédaction»).

– dans de nombreux cas, il a été difficile, voire impossible de distinguer l'absence

d'information et l'information «zéro» (subventions . . .).

– il était difficile de savoir à priori quelles étaient les grandeurs statistiques significatives et les corrélations à rechercher.

Signalons enfin, que l'analyse des revues *Sciences médicales et pharmacologiques* s'est limitée à l'élaboration de quelques tableaux d'ensemble. La raison en est que nous manquions de l'information nous permettant de distinguer les revues primaires des revues «techniques» destinées aux praticiens (ces dernières étant probablement en majorité).

B) RESULTATS D'ENSEMBLE

a) Dénombrement des titres

Sciences exactes et naturelles:	229
Sciences humaines:	199
Sciences médicales-pharmacologiques:	221

Les matières les plus pauvres en titres sont la CHIMIE (7), l'ASTRONOMIE ASTROPHYSIQUE (8) et l'ANTHROPOLOGIE-ETHNOLOGIE (9). Il faut cependant remarquer que les volumes relatifs de certaines matières en nombre de titres et en nombre total de références sont sensiblement différents.
Exemples:

– l'ETHNOLOGIE occupe respectivement 2,5 % et 8,1 % du volume des «Sciences humaines».

– la CHIMIE occupe respectivement 3 % et 7,4 % du volume des «Sciences exactes et naturelles».

La rubrique la plus fournie est celle des SCIENCES BIOLOGIQUES (90), suivie de HISTOIRE-GEOGRAPHIE (62).

b) Diffusion totale

Globalement on observe une diffusion moyenne par numéro d'environ:

1500 ex. pour les sciences exactes et naturelles
2400 ex. pour les sciences humaines
(5800 ex pour les sciences médicales).

Lorsqu'on exclut les 15 % environ de revues ayant les plus fortes diffusions dans chacune des matières, il reste:

790 ex. pour les sciences exactes et naturelles
960 ex. pour les sciences humaines
(3300 ex. pour les sciences médicales)

autrement dit, ces 15 % de «gros tirage» assurent environ 60 % de la diffusion totale générale.

c) Nombre d'abonnements à l'étranger

Les chiffres se déduisent des précédents avec un facteur à peu près constant de 1/5 environ, sauf pour les sciences médicales où il tombe à 1/10.

Il faut distinguer la PHYSIQUE et la CHIMIE, pour lesquelles les chiffres sont nettement supérieurs à la moyenne.

d) Pourcentage d'abonnements à l'étranger

Le «pourcentage moyen» d'abonnements à l'étranger pour l'ensemble des revues, évalué à 30 % environ, n'a pas une signification très précise. La constatation la plus importante est que *la moitié des revues «sciences exactes et naturelles» diffusent à l'étranger à plus de 40 %*. La proportion est légèrement plus faible pour les «sciences humaines».

e) Langues d'édition

La proportion des revues ne faisant aucune place à une quelconque langue étrangère est de:

50 % pour les sciences exactes et naturelles
80 % pour les sciences humaines.

Pour les autres, *l'anglais* a une priorité quasi-absolue parmi les langues étrangères courantes.

On observe une corrélation assez nette entre la présence de langues étrangères et le pourcentage d'abonnements à l'étranger. Il apparaît que la présence de *résumés en langues étrangères* a moins d'influence que la présence *d'articles en langues étrangères.*

Il faut distinguer une catégorie de revues qui n'ont aucun résumé ni article en langue étrangère et qui ont cependant un pourcentage d'abonnements à l'étranger voisin de 70 %.

f) Structure de la rédaction

La proportion de revues ayant un comité de lecture international est de:

12 % pour les sciences exactes et naturelles

3 % pour les sciences humaines.

On observe une corrélation très nette entre le degré de structuration de la rédaction et le pourcentage d'abonnements à l'étranger.

g) Subventions

Etant donnée l'impression des informations recueillies les résultats statistiques sont assez flous. On peut faire cependant une constatation importante: *il n'y a aucune relation apparente entre la présence de subventions d'une part, et le pourcentage d'abonnements à l'étranger, la structure de la rédaction ou le plurilinguisme d'autre part.*
Une seule restriction à cette affirmation: les revues subventionnées par le C.N.R.S. ont, en général, un bon pourcentage de diffusion à l'étranger. Sans plus.

h) Société d'édition

Les revues se répartissent à peu près également sur trois types de sociétés d'édition:

- S.A. ou S.A.R.L. ou autre société privée
- Associations 1901
- Etablissements publics.

Cet inventaire n'est qu'une première étape et ne peut constituer qu'un outil de départ qu'il convient d'une part de compléter, d'autre part d'affiner.

UNE CELLULE D'EVALUATION ET DE COORDINATION

Cependant, les résultats de cette enquête ont été largement repris, au cours de travaux de la Commission, présidée par le Recteur BOURSIN.

Les recommandations de la Commission BOURSIN ont porté sur 4 points essentiels (voir annexe):

- Qualité scientifique
- Langue de publication
- Production
- Diffusion.

et ont largement été reprises dans une communication que Monsieur AIGRAIN, Secrétaire d'Etat à la Recherche, a fait en Conseil des Ministres le 4 Octobre 1978, qui a proposé, pour rendre ces mesures effectives, la mise en place d'une cellule interministérielle légère qui aurait pour mission:

- de définir la politique et les critères d'aide aux publications;

- instruire les crédits globaux annuels accordés aux organismes de recherche pour l'aide aux publications et contrôler à priori l'utilisation de ces crédits pour subventionner les journaux scientifiques;

- évaluer en permanence si les conditions nécessaires à la fourniture d'une aide de l'Etat sont remplies.

La présentation des résultats d'expérience dans les périodiques médicaux.

Quelques réflexions issues de l'analyse approfondie d'articles de toxicologie expérimentale

Mme R. GERDAY*

I – INTRODUCTION

Notre propos concerne les périodiques de la recherche médicale, et plus particulièrement la recherche expérimentale. En diffusant les résultats des expériences, ces périodiques jouent un rôle incitateur essentiel dans le développement de la recherche scientifique. Les lecteurs comparent les données de l'article à celles déjà publiées, ou à celles qu'ils ont eux-mêmes obtenues. Ils les discutent en fonction des théories existantes, imaginent de nouvelles hypothèses, transposent éventuellement ces idées dans un domaine voisin, tentent de reproduire les résultats publiés ou de vérifier une nouvelle hypothèse de travail. Les articles suscitent ainsi de nouvelles recherches.

Cependant, la comparaison des protocoles expérimentaux et de résultats éventuellement divergents, obtenus par différents laboratoires n'est pas toujours aisée. On sait en effet que le chercheur souhaitant reproduire une expérience publiée peut rarement se contenter d'une simple lecture de l'article. Il doit en général aller sur place apprendre le détail des conditions expérimentales.

La difficulté de comparer des données publiées apparaît avec encore plus d'évidence lorsqu'on analyse les articles de façon systématique et détaillée, afin d'en extraire des résultats précis, pour en charger une banque de données. L'usage de l'informatique oblige en effet à une plus grande rigueur dans la définition et la présentation des données. Un des intérêts de l'informatique, et non des moindres, est d'obliger l'utilisateur à mieux structurer sa pensée et préciser son vocabulaire.

Afin de constituer une banque de données, nous avons analysé de façon approfondie des articles de Toxicologie Expérimentale. Nous avons choisi des articles de périodiques de niveau international, de langue française ou étrangère (principalement anglaise). Nous avons tenté d'extraire des données précises, fiables, et bien structurées. Ce travail a mis en évidence quelques imperfections dans la présentation des données, ce qui rend difficile leur utilisation, tant manuelle qu'informatique.

II – PRESENTATION BREVE DE LA BANQUE DE DONNEES

La Banque de Données en Toxicologie Expérimentale, mise au point à l'INSERM offre un accès immédiat, conversationnel, à toutes les données caractérisant une expérience: protocole expérimental et résultats. Grâce à des opérateurs de synthèse, elle permet aussi de comparer les données de l'ensemble des expériences faites sur un même sujet et de montrer l'influence de

* Chargée de l'Equipe de Recherche Banque de Données INSERM (Paris)

différents paramètres sur les résultats. En fournissant une meilleure maîtrise des données expérimentales, la Banque est donc un instrument de synthèse, de validation et d'aide à la recherche (1) (2).

L'information est entrée dans la Banque sous une forme très structurée:

– Toutes les données sont enregistrées sous forme de valeurs, alphabétiques ou numériques, prises par les différentes variables (dose administrée, espèce animale . . .). Une centaine de classes réparties en 6 grilles permet de définir les conditions expérimentales; près de 800 classes réparties en 30 grilles prévoient l'enregistrement des différents types de résultats possibles.

– Les données d'une même expérience (un même lot d'animaux) sont reliées entre elles par une même numéro d'essai. De plus, les différentes parties de l'expérience sont «datées»: moment de l'administration d'un produit, de l'apparition d'un symptôme, de la mesure d'un résultat . . .

– La référence bibliographique de l'article constitue le seul texte libre

III – LES DIFFICULTES DE L'ANALYSE

L'analyse détaillée d'un article pour extraire les données caractérisant une experience se heurte à plusieurs types de difficultés, liées à la présentation des résultats.

1) **Absence de certaines informations:**

a) En ce qui concerne les **conditions expérimentales,** la principale difficulté surgit de l'omission d'une ou plusieurs informations, soit absolue (absence dans l'article), soit relative (renvoi à des publications antérieures, ce qui allonge et complique le travail de l'analyste). La cause ce cette omission peut être une limitation de la longueur de l'article imposée par l'éditeur; elle peut aussi être due au fait que l'auteur rédige sa publication un certain temps après l'expérimentation, ou bien qu'il connait trop bien son sujet, négligeant des détails qui lui paraissent mineurs ou sous-entendus. Ces omissions limitent souvent de façon importante, les possibilités de réutilisation des résultats, et par conséquent la valeur de ceux-ci.

L'omission la plus fréquemment rencontrée et la plus lourde de conséquences est celle de la définition du **produit administré** (tableau I): le plus souvent, aucune mention n'est faite du degré de pureté, encore moins de la nature et du taux des impuretés, ni même de l'origine (ou du nom du fabricant) ni de la qualité du produit; la fiche d'analyse, pourtant de règle pour l'essai des médicaments, est toujours absente. Or de multiples exemples récents (dioxine, saccharine (3), cyclamates, amarante...) révèlent que bien souvent un effet toxique attribué à une substance est dû en réalité à une impureté. Ainsi, une telle omission pourrait aboutir, par exemple, au retrait injustifié du marché, d'un produit irremplaçable dont il suffirait de modifier le procédé de fabrication.

D'autres omissions concernent la définition des **animaux d'expérience** race, souche, éleveur (tableau II), âge, poids des animaux (tableau III), conditions bactériologiques d'élevage, conditions de vie (alimentation, température, hygrométrie, altitude, latitude...); tous ces facteurs peuvent influencer les résultats.

Enfin, les **conditions temporelles** d'administration (tableau IV) ne sont pas toujours précisées: rythme, durée totale, heure, saison... Or, la chronotoxicologie (4) nous apprend que, par exemple une DL50 n'a de sens que si l'on connaît l'heure d'administration du produit; le pourcentage de mortalité après la même dose d'un produit peut varier entre 20 et 80% à douze heures d'intervalle. Quant à la saison, W.F. BAKER (5) avait déjà observé dès 1915 que le dosage des digitaliques pour la détermination de leur dose léthale pour la grenouille donnait des chiffres tout à fait différents en été et en hiver.

b) au niveau des **résultats:** l'utilisation de termes imprécis tels que «subnormal», «légèrement augmenté» rend difficile la comparaison entre les différents auteurs. Il en est de même de la présentation de résultats trop abrégés: une courbe, non accompagnée d'un tableau de valeurs numériques rend la saisie des données individuelles approximative. Enfin, la significativité des résultats n'est pas toujours précisée. A défaut, le nombre d'animaux par lot fournit une indication sur la valeur des résultats. Malheureusement cette information est souvent absente (tableau V).

2) **Défaut de structuration des informations:**

Une expérimentation toxicologique se décompose le plus souvent en plusieurs essais effectués chacun sur un lot d'animaux identiques et traités identiquement. Ces essais diffèrent entre eux par un petit nombre de paramètres (dose, voie d'administration, espèce animale...). Lorsque chaque lot est identifié par un numéro («numéro d'essai») dans la description des conditions expérimentales et qu'on retrouve le même numéro dans la description des résultats, le travail de l'analyste est relativement aisé. Il est encore plus facile lorsque des tableaux relient sans ambiguité les résultats aux conditions. Il devient très difficile si numérotation et tableaux sont absents, la correspondance entre les deux n'étant alors pas du tout évidente.

3) **Défaut de normalisation des informations:**

Un article peut contenir toutes les données nécessaires et les présenter clairement et sans ambiguité, mais ne fournir que des informations difficilement comparables lorsqu'elles sont présentées sous une forme non normalisée, notamment en ce qui concerne les unités.

Dans les articles que nous avons analysés, **les doses** d'un même produit sont exprimées de multiples façons: g, mole, équivalent, et leurs sous multiples, % de DL50. . . Au prix d'une conversion plus ou moins laborieuse des données de l'article, on peut toutefois comparer ces données. Il est d'autres cas où la conversion et donc la comparaison ne sont plus possibles. Exemple: la dose est exprimée soit en mg/kg de poids corporel, soit en mg/animal, sans indication du poids de ce dernier, soit en mg/kg de régime alimentaire sans indication de la ration alimentaire. Notons toutefois que l'expression par kg de poids corporel est la plus utile, la plus fréquente et gagnerait à être systématiquement utilisée toutes les fois que cela est possible.

Une difficulté analogue apparaît au niveau des **effets.** En biochimie, par exemple, les résultats sont exprimés en g, mole, équivalent et leurs sous multiples, par kg de poids de l'animal, ou par animal, ou par g d'organe frais, ou par g de tissu sec, ou par organe entier, etc... Les comparaisons sont alors quasi impossibles. Il faut noter toutefois l'effort fait par les revues pour recommander aux auteurs l'usage d'unités et d'abréviations standardisées (6), (7). De plus, la généralisation de l'utilisation du Système International d'Unités (S.I.) facilitera déjà considérablement la comparaison des résultats. Enfin, les organismes de recherche, les sociétés savantes, les organisations internationales (8), font actuellement des efforts de standardisation: ainsi CODATA a publié récemment (9) un «Biologists' guide for the presentation of numerical data in the primary literature» et poursuit ses travaux dans cette direction.

Le problème de la normalisation se pose également pour le **vocabulaire:** en histopathologie et en cancérologie particulièrement, l'existence de nombreux synonymes rend l'analyse difficile: il faut alors recourir aux glossaires mis au point par les organismes internationaux et qui sont encore en cours de mise en place.

IV – SUGGESTION DE SOLUTIONS

L'accès à des données précises sur les conditions expérimentales et les résultats est une condition nécessaire pour l'évaluation et la comparaison des informations. Il n'est d'autre part pas souhaitable d'allonger exagérément les articles, et de les alourdir par la répétition de protocoles expérimentaux déjà exposés de façon détaillée dans un article antérieur.

Comment concilier ces deux aspects contradictoires?

– **Une solution possible** est celle adoptée par certains journaux. Exemple: le «Journal of Agricultural and Food Chemistry». Une note à la fin de certains articles informe le lecteur qu'un document contenant des données plus détaillées peut être obtenu sur demande. Ces données sont présentes également à la suite de l'article dans l'édition microfilm du journal. Les articles offrant des compléments d'information sont repérés par astérisque en regard de leur titre dans la table de matières.

– **Une autre solution** est celle choisie par les «International Data Series», dans le domaine des sciences exactes (en particulier en thermodynamique). Ce journal n'édite que des données expérimentales précises. Chaque expérimentation est présentée sur une page unique comportant un cadre rigoureux, dont chaque partie concerne un aspect bien défini (tableau VI): nom de l'auteur, sujet de l'étude, méthodes, tableau des valeurs expérimentales, courbe, étude de significativité, informations complémentaires sur les techniques, références bibliographiques des articles «classiques». Ceux-ci ne comportent alors que les principales caractéristiques de l'expérience et les résultats sous une forme plus synthétique. Par contre, il contienne l'exposé du problème, la discussion et l'interprétation des résultats ainsi que la conclusion. Les articles font à leur tour référence aux données publiées dans les «International Data Series».

Certes, les données biomédicales sont plus complexes que les données thermodynamiques, les paramètres en cause beaucoup plus nombreux et plus difficiles à cerner. Il me semble toutefois qu'une présentation de résultats sous une forme analogue pourrait être utile. Elle permet de bien distinguer les faits expérimentaux observés objectivement d'une part, l'interprétation qui peut en être faite d'autre part. Elle devrait permettre d'obtenir des données plus précises, plus complètes, plus fiables, mieux structurées, susciter l'emploi d'unités et de vocabulaire plus standardisés et permettre donc finalement une meilleure comparaison des résultats. Le déchiffrage relativement aisé des tableaux de résultats, même pour un lecteur étranger, serait peut être même un moyen d'attirer le lecteur vers le journal «classique». L'existence même de ces journaux de données pourrait ainsi améliorer la diffusion des revues de langue française.

BIBLIOGRAPHIE

1. GERDAY R., PINHAS N., BARBEROUSSE N. – De l'information à la recherche: la Banque de Données Toxicologiques de l'INSERM. In: Medical Data Processing. Proceedings of the International Symposium on Medical Informatics, helds in Toulouse, 22-25 March 1977 – London, Taylor and Francis, 1977, pp. 495-505

2. GERDAY R., FISKUS M. – The evaluation of toxicological data – The methodological contribution of a data bank. Sixth Biennal International CODATA Conference, Santa Flavia (Palermo), Sicily, Italy, 22-25 May 1978

3. LEDERER J. – Le problème de la saccharine. In: Méd. et Nut., 1977, T.XIII, N° 1

4. REINBERG A. – Chronobiologie et Chronopharmacologie. In: Bull. Acad. Nat. Méd., 1976, 160 (4), pp. 321-329

5. BAKER W.F. – Some factors in drug absorption in frogs. In: J. Amer. Pharm. Assoc., 1915. 4, pp. 443-45

6. Hinweis der Redaktion. In: Arzneimittel Forschung (Drug Research), 1978, 28 (1), pp. 1-96

7. Information for Authors. In: Toxicol. & Appl. Pharmacol., 1978, 43 (1)

8. Code du bon usage en matière de publications scientifiques. UNESCO/NS/177, Paris, 16 juillet 1962

9. Biologists' guide for the presentation of numerical data in the primary literature. Report of the Codata task group on the presentation of biological data in the primary literature, october 1977. In: CODATA Bulletin, November 1977, n° 25, pp. 1-4

10. International Data Series. Edité par: Henry V. KEHIAIAN, Centre de Recherches de Microcalorimétrie et de Thermochimie du CNRS, Marseille, France. Publié par: Thermodynamics Research Center, Texas A & M University College Station, Texas, U.S.A.

TABLEAU I Manque de précision sur le produit testé

1) Ensemble des produits de la Banque

Nombre total de lots d'animaux traités	Nombre de lots précisant le % de pureté	% précision	Nombre de lots précisant les impuretés	% précision
environ 5000	589	12%	33	0,6%

2) Exemples précis

Produit	Nombre total de lots	Nombre de lots sans précision ni sur pureté % ni sur impuretés	% lacune	Nombre de lots sans précision non plus sur le fabricant	% lacune
Parathion	214	89	41%	39	18%
Diméthyl nitrosamine	134	134	100%	15	11%

TABLEAU II : Manque de précision sur la race, la souche, l'origine des animaux

1) Aucune information sur race, souche, origine

Espèce	Nombre total de lots	Nombre de lots sans précision ni sur race, ni sur souche, ni sur origine	% lacune
Rat (lot témoin)	594	74	12,5%
Souris (lot témoin)	196	14	7%
Souris	1135	130	11,5%
Cobaye	289	223	77%
Porc	121	80	66%
Lapin	145	69	47%
Chien	178	43	24%
Singe	185	14	7%

2) Race seule précisée : quelques exemples

Espèce	Race	Nombre total de lots	Nombre de lots sans précision ni sur souche ni sur origine	% lacune
Rat (témoins)	Wistar	173	96	55,5%
Souris (animaux témoins)	Swiss	42	29	69%
Souris	Swiss	317	220	69%

TABLEAU III: Manque de précision sur le poids et l'âge des animaux

quelques exemples

Espèce	Race	Nombre total de lots	Nombre de lots sans précision sur le poids	% lacune	Nombre de lots sans précision non plus sur âge ou stade de développement	% lacune
Rat	Sprague Dawley	945	381	40%	150	16%
Rat	Wistar	957	288	30%	90	9,4%
Chien	Beagle	85	61	71%	27	32%

TABLEAU IV: Manque de précision sur les données dechronotoxicologie

Nombre total de lots	nombre de lots précisant l'heure de l'administration	% précision	Nombre de lots précisant la saison de l'expérience	% précision
environ 5.000	177	3,5%	24	0,5%

TABLEAU V : Manque de précision sur le nombre d'animaux par lot

(cas des lots témoins)

Espèce	Nombre total de lots	Nombre de lots sans précision sur le nombre d'animaux	% lacune
Rat	594	158	26
Souris	196	53	27
Cobaye	60	0	0
Hamster Syrien	29	1	3
Lapin	20	1	5
Singe	20	1	5
Porc	19	2	10
Chien	25	4	16

SELECTED DATA ON MIXTURES

INTERNATIONAL DATA SERIES

Published by Thermodynamics Research Center

TEXAS

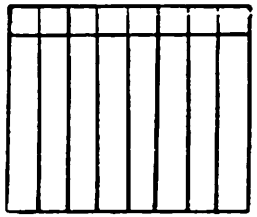
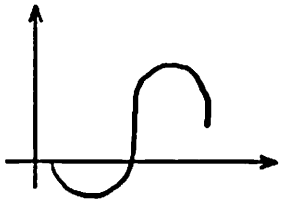
Produit testé : Variables : Etat : Constantes :	AUTEUR SOURCE
DONNEES EXP ales = 	
INFORMATION COMPLEMENTAIRE Appareil : Technique : Pureté, origine du produit : Incertitudes :	DONNEES Agrégées — Calculs de significativité Références Bibliographiques

TABLEAU VI

Problèmes et avenir d'une revue bio-médicale bilingue (français-anglais) en Amérique du Nord.

M.-A. ALI*

INTRODUCTION

Etant donné qu'il y a plusieurs revues bilingues biologiques et médicales au Canada, La Revue Canadienne de Biologie est la seule revue bio-médicale qui fait le pont entre la biologie et la médecine. Celle-ci est consacrée à la biologie et à la médecine expérimentale.

L'Amérique du Nord (Canada, Etats-Unis et Mexique) compte une population francophone d'environ 6 millions (sur un total de 294 millions). Cette population est presqu' uniquement confinée à la partie est du Canada et est assez bien développée du point de vue culturel, intellectuel et industriel. On peut compter cinq universités de langue française et deux bilingues. La tendance du gouvernement canadien est de promouvoir le bilinguisme (au moins en théorie) tandis que les provinces sauf une (Nouveau-Brunswick) sont officiellement unilingues. Le Québec, avec 80 % de francophones est la seule province francophone (3 universités francophones et 3 anglophones). Le Nouveau-Brunswick a environ 50 % de francophones (une université francophone). Le Mexique a 60 millions d'habitants, la plupart de langue espagnole. Comme on peut s'y attendre, la langue d'importance en science et en industrie est l'anglais.

Dans ce contexte, un chercheur canadien-français est tiraillé entre deux pôles. D'une part il peut rédiger son travail en français plus facilement et plus élégamment qu'en anglais. Il est indéniable que les articles rédigés en anglais sont plus lus, plus en demande, et plus fréquemment cités que ceux publiés en français. (Garfield,: Current Contents, No. 22, 29 mai 1978). La rédaction d'une revue, quelle que soit sa langue, préfère publier des articles de haute qualité qui sont lus et cités. Elle vise aussi à s'assurer une liste substantielle d'abonnés. D'autre part, étant financée par les gouvernements fédéral et provincial dont le rôle politique est de maintenir l'équilibre entre les deux langues avec au moins 50% des pages publiées en français, la rédaction est aussi victime d'une certaine pression financière et politique. Faut-il baisser le niveau pour les travaux en français ou les traiter sur le même pied?

OBJECTIFS ET ROLE PARTICULIER AU CANADA-FRANCAIS

Fondée en 1942 par un groupe de chercheurs canadiens-français désireux d'assurer un véhicule à la pensée scientifique de notre milieu à une époque où les communications avec l'édition française se faisaient plus difficiles, la **Revue Canadienne de Bio-**

* Directeur, La Revue Canadienne de Biologie et Professeur titulaire de biologie animale
Université de Montréal, C.P. 6128 Montréal H3C3J7 Canada.

logie est demeurée fidèle à sa vocation initiale, celle de réfléter les préoccupations scientifiques des chercheurs québécois oeuvrant dans le domaine des sciences biologiques. En effet, au cours des dernières années, 70 % des articles publiés originaient des milieux universitaires du Québec. Cette identification au milieu n'a toutefois pas empêché la **Revue Canadienne de Biologie** de reconnaître la dimension internationale que revêt le domaine des sciences biologiques: elle a donc accueilli dans ses pages des articles scientifiques originant des Etats-Unis, et d'autres pays, au sein de centres de recherche ayant les mêmes préoccupations que ceux de notre milieu. La **Revue Canadienne de Biologie,** véhicule efficace de la pensée scientifique canadienne-française, devient donc un point de rencontre, d'échange et d'émulation entre les chercheurs de notre milieu et ceux de l'étranger.

Cette identification de la **Revue Canadienne de Biologie** au milieu canadien-français, n'est pas le fruit d'une certaine laxité dans le processus d'évaluation de la qualité des manuscrits soumis, mais reflète plutôt le désir authentique de plusieurs chercheurs canadiens-français d'utiliser un véhicule valable, souple et rapide, qui leur permette de communiquer les résultats de leurs travaux de recherche et ainsi d'entretenir un dialogue fructueux avec leurs collègues de l'étranger.

Le rôle de la **Revue Canadienne de Biologie** n'en est pas un de vulgarisation auprès du public non scientifique. La **Revue Canadienne de Biologie** n'exerce également pas de fonction pédagogique, si ce n'est au niveau des 2e et 3e cycles et ce, uniquement sous l'angle de la recherche scientifique.

SINGULARITE ET ORIGINALITE DES SERVICES RENDUS

Par son caractère avant tout québécois, par la rigueur scientifique de ses mémoires, par la personnalité des chercheurs qui y collaborent, par la distribution de son contenu au sein de la communauté scientifique internationale, la **Revue Canadienne de Biologie** offre donc des services appréciables à la communauté québécoise et, ce, depuis au-delà de 35 ans; elle le fait sans dédoublement, puisqu'il n'existe au Québec aucun autre périodique voué à véhiculer la pensée scientifique des chercheurs qui oeuvrent dans le domaine de la biologie expérimentale.

CHAMP DE PUBLICATION

Le champ de publication de la **Revue Canadienne de Biologie** comprend tous les domaines de la recherche fondamentale en biologie humaine et animale. Les principales disciplines qui y sont traitées sont la biologie expérimentale, la physiologie comparée, la morphologie macroscopique et microscopique, la biochimie, la microbiologie et l'immunologie, la physiologie, la pharmacologie, la toxicologie et la pathologie.

AUDITOIRE DE LA REVUE

L'auditoire de la **Revue Canadienne de Biologie** est vaste: au nombre des abonnés réguliers (institutions surtout) s'ajoute celui, potentiellement illimité, rejoint par tous les bulletins signalétiques scientifiques nord-américains et européens, lesquels reproduisent des abrégés des articles publiés dans la revue.

REPRESENTATIVITE DU COMITE DE REDACTION

A compter de janvier 1978, le Comité de rédaction a été restructuré et constitué du directeur de la Revue, et trois rédacteurs-adjoints également de l'Université de Montréal. Cette équipe réduite, plus souple, verra à définir les grandes orientations de la Revue et à établir une politique éditoriale. Pour l'évaluation de la qualité scientifique des articles soumis à la Revue, la rédaction est assistée d'un Comité scientifique regroupant des représentants des universités québécoi-

Achetez vos meubles sans risques

Nos prix-garantie

musterring

Nous vendons à des prix nets. Et nous retournons la différence de prix à toute personne capable de nous prouver endéans les 4 semaines après achat (date de commande) d'avoir acquis à n'importe quel endroit sur la terre et avec les mêmes prestations de services un modèle Musterring à un prix inférieur au nôtre.
Je m'y engage avec mon nom

Violette Braun

Composez vous-mêmes l'intérieur de vos rêves. Avec l'aide de notre catalogue en couleurs «Musterring» et la liste de 144 pages qui vous renseigne en détail sur tout prix et tout modèle. Les deux exemplaires vous seront envoyés gratuitement sur demande.

1934 4624

Mustermöbel Süd
Foetz/Mondercange

Mustermöbel Concorde
Helfenterbrück/Luxemburg

EPIPROPANE®

thérapeutique de base anti-épileptique

FORMULE : Magnes. phenobarbital. 100 mg - Amphetamin. sulf. 2,5 mg - Magnes. hydr. - Amyl. - Kaolin. - Calc. phosphoric. tribasic. - Magnes. stearas q.s. pro tablet. compressa. INDICATIONS : Epilepsie (grand mal et formes mixtes). POSOLOGIE : Il faudra toujours tenir compte de la sensibilité individuelle du malade. A titre indicatif : formes bénignes $^{1}/_{2}$ à 1 compr. par 24 heures - formes moyennes 1 à 2 compr. par 24 heures - formes graves 4 à 6 compr. par 24 heures. PRÉSENTATIONS : Flacon de 20 et 100 comprimés sécables. Conditionnement clinique de 500 comprimés. AVERTISSEMENT : Un résultat ne doit être escompté que si la médication est respectée chaque jour, sans omettre une seule prise. L'arrêt brusque du traitement peut être extrêmement dangereux en faisant apparaître des crises graves, parfois difficile à juguler. PRECAUTIONS - ANTIDOTE - TOLERANCE : Il est recommandé d'éviter les boissons alcooliques et les antihistaminiques afin de prévenir une potentialisation des effets. La prudence s'impose en cas d'hypersensibilité aux barbituriques ou d'insuffisance hépatique ou rénale grave. Il est conseillé de surveiller la tension du patient. En cas d'absorption accidentelle massive, il y a lieu d'utiliser les moyens d'évacuation classiques sous contrôle médical. L'Epipropane réduit au minimum les contre-indications de la médication barbiturique ; ne provoque pas de somnolence, évite les pertes de mémoire, permet le travail intellectuel. En cours de traitement par l'Epipropane, il n'y a pas lieu d'augmenter la dose prescrite ni de craindre une accoutumance. CONSERVATION : Dans un endroit sec.

laboratoires therapeutica
512, rue de genève - 1030 bruxelles

*die mittlere Abheildauer beträgt 3,6 Tage (nach Th. Nasemann und O. Braun-Falco, Ther. d. Gegenw. **109**, 222 [1970]).

Das schnell wirkende Virustatikum mit der extrem niedrigen Allergisierung

Virunguent®

bei Herpes simplex

Rechtzeitig angewendet, entfaltet es seine Wirksamkeit schon vor der intraepidermalen Bläschenbildung. Greift in den Stoffwechsel der infizierten Zelle ein; keine Rhagadenbildung, kein Spannungsgefühl.

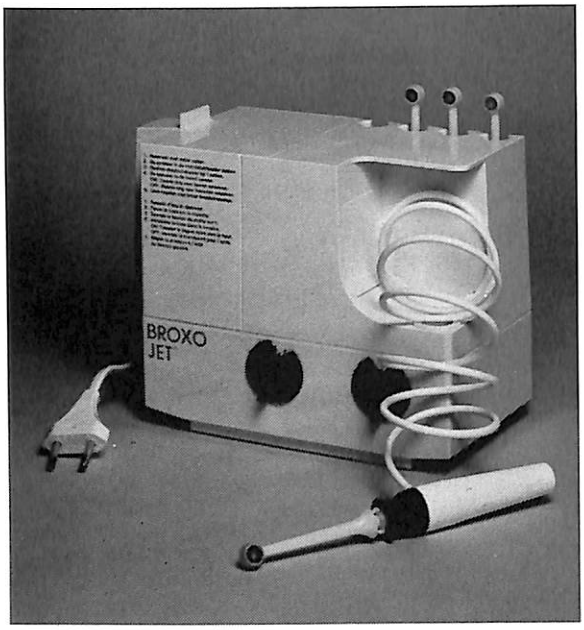
Indikationen: Herpes simplex-Infektionen der Haut und des Übergangsepithels (Herpes labialis, Herpes genitalis), besonders im Frühstadium; Rezidiv-Prophylaxe während der Therapie mit Herpes-Antigen.
Kontraindikationen: Jodüberempfindlichkeit, Thyreotoxikose, Schwangerschaft. Wegen des DMSO-Anteils ist eine Anwendung von Virunguent im Augenbereich ebenfalls kontraindiziert.

Zusammensetzung: 5-Jod-2'-desoxyuridin 0,2 g, Dimethylsulfoxyd 1,8 g, Sorbitanmonolaurat, Polyäthylen-Paraffin-Grundlage ad 100,0 g.
Anwendung und Dosierung: Anfangs alle 2 bis 3 Stunden, später mindestens 3mal täglich auf die befallenen Hautpartien auftragen. Auch nach der Abheilung sollte Virunguent noch einige Zeit einmal täglich angewandt werden, um Rezidiven vorzubeugen.
Handelsformen und Preise m. Mwst.:
O. P. Tube mit 7,5 g DM 10,01, O. P. Tube mit 15,0 g DM 16,97
Anstaltspackung mit 70,0 g

Hermal-Chemie Kurt Herrmann
2057 Reinbek b. Hamburg

BROXOJET 3007 + BROXODENT

Les compléments quotidiens et efficaces d'une hygiène bucco-dentaire rationnelle.



Broxojet 3007 est le premier hydropulseur au monde à haute fréquence et micro-jets fractionnés.

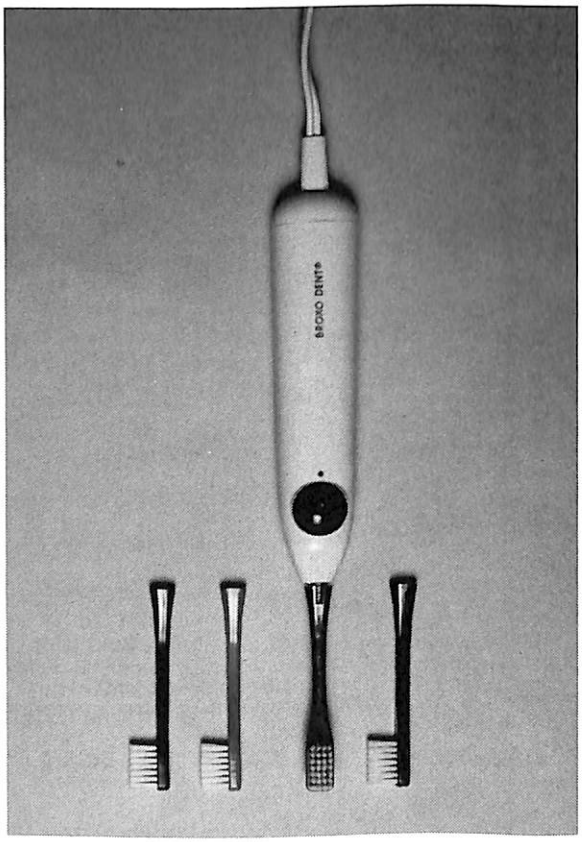
Chacun des 7 orifices distincts de la buse émet des millions de micro-gouttes, 3 000 fois à la minute. La pression de l'eau peut être modulée progressivement et permet donc un traitement approprié à chaque cas spécifique. Il est le seul hydropulseur qui utilise toute l'énergie cinétique de l'eau pour atteindre les buts désirés. (Nettoyage des débris alimentaires des zones de rétention; massage des gencives) en un minimum de temps et sans provoquer de traumatismes gingivaux.

Broxojet 3007 permet :

- Une meilleure élimination de la plaque dentaire.
- Un nettoyage parfait des zones de rétention.
- Une augmentation de l'auto-défense des gencives par un massage en profondeur et la réduction des inflammations déjà présentes.

Broxodent est une brosse à dents automatique qui assure le nettoyage complet des dents.
3 avantages essentiels sont à noter :

- Mouvement automatique d'oscillation verticale (brossage correct des dents, massage des gencives).
- Oscillation de la tige-brosse 3 000 fois à la minute (une minute de brossage avec Broxodent équivaut à trois minutes de brossage manuel).
- Tige-brosse haute densité à tête courte (permettant de nettoyer toutes les surfaces des dents et de masser en douceur la gencive en accroissant sa kératinisation).



Représentant pour le Grand-Duché: **INTEGRAL s. a.** 25, rue d'Epernay - Luxembourg

ses et canadiennes, ainsi que de la communauté scientifique internationale.

Il est à noter que les rédacteurs-adjoints appartiennent à des structures académiques différentes, l'un du Département de biologie, le deuxième de l'hygiène du milieu et le troisième de la physiologie.

CRITERES ET PROCEDURES UTILISES PAR LE COMITE DE REDACTION

Les décisions portant sur l'acceptation ou le rejet des articles soumis s'appuient sur le jugement d'arbitres externes reconnus pour leur compétence et recrutés aussi bien dans notre milieu qu'à l'étranger. Il est à noter que cette étape du processus d'évaluation de la qualité des manuscrits se fait sur une base de bénévolat.

Tout nouveau manuscrit reçu par le directeur est orienté vers un adjoint ou un membre du Comité scientifique jugé le plus apte à porter un jugement sur le travail soumis. A son tour, celui-ci fait appel à un ou deux arbitres externes qu'il choisit au nombre des scientifiques québécois, canadiens ou américains reconnus pour leur compétence dans le domaine scientifique faisant l'objet de la publication. L'arbitre externe fait rapport de ses commentaires et suggestions sur le manuscrit à l'adjoint ou au membre du Comité scientifique, lequel les interprète, les complète, si nécessaire, et conseille le directeur quant à l'acceptation ou le rejet temporaire ou définitif du manuscrit. Dans la très grande majorité des cas, la recommandation est à l'effet que l'auteur apporte certaines modifications (mineures ou majeures) à son travail.

Si un manuscrit est rejeté par un arbitre externe, le Comité scientifique peut confirmer le rejet, ou peut solliciter une nouvelle évaluation par un arbitre différent. Un manuscrit n'est jamais rejeté sur la base d'une seule opinion défavorable. Le directeur a alors la tâche d'entrer en communication avec l'auteur et de lui faire part de l'évaluation de l'arbitre externe. Les commentaires, remarques et suggestions de celui-ci sont retransmis intégralement à l'auteur (tout en essayant de ménager certaines susceptibilités). Cependant, selon son jugement et en s'appuyant sur l'opinion formulée par le Comité scientifique, le directeur peut nuancer les commentaires de l'arbitre externe, ce qui peut avoir pour effet tout aussi bien d'éviter à l'auteur du manuscrit des modifications abusives ou inutiles, ou d'ajouter aux corrections qui auraient échappé à l'attention de l'arbitre externe.

L'auteur est invité à prendre connaissance de l'ensemble des remarques formulées et à effectuer les corrections qu'il jugera utile d'apporter. Si, toutefois, l'auteur n'est pas d'accord avec certains des commentaires qui lui sont transmis, il est invité à faire part par écrit des motifs de son désaccord, lesquels sont retransmis par le directeur, en même temps qu'une version modifiée du manuscrit, au Comité scientifique et, si nécessaire, à l'arbitre externe. Il est plutôt rare qu'un manuscrit doive retourner une deuxième fois à l'auteur pour des corrections additionnelles.

Il est à noter que l'anonymat le plus complet est assuré à l'arbitre externe.

PERSPECTIVES D'AVENIR

En janvier 1978, un nouveau directeur a été nommé. Suite à cette nomination, le Comité de rédaction a été restructuré et un Comité scientifique constitué. Bien qu'il soit assuré que le nouveau Comité éditorial continuera à oeuvrer dans le sens général de l'ancien Comité de rédaction en ce qui a trait à la facture et au contenu de la Revue, il est également acquis qu'il réexaminera les grandes orientations de la Revue et définira les axes qu'il entendra privilégier au cours des prochaines années. Il est réaliste de penser que d'ici un an le Comité de rédaction aura établi fermement ses nouvelles positions.

Le programme du nouveau Comité de rédaction comporte les éléments suivants:

1- Une réunion des membres nord-américains du Comité éditorial a été convoquée pour Janvier 1979. Nous y discuterons d'un certain nombre de mesures en vue de rendre la revue plus attrayante à l'abonné individuel canadien (chroniques d'actualité, éditoriaux, articles sur équipes de recherches, etc). Nous avons déjà retenu de l'Editeur, un tarif d'abonnement individuel à $ 15.00/an au lieu de $ 20.00 mais l'état financier de notre Revue ne lui permet pas de consentir un abonnement étudiant que nous aimerions voir fixé à $ 10.00.

2- Nous espérons, à la suite des décisions du comité éditorial, pouvoir lancer une campagne de publicité à travers le Canada. Notre Revue étant la source principale de renseignements sur la recherche en Biologie expérimentale au Canada-français, les chercheurs auront intérêt à y publier pour attirer des étudiants gradués, et les étudiants auront intérêt à la lire pour s'orienter en recherches et se trouver un patron.

3- On va démarrer une discussion avec quelques sociétés canadiennes et québécoises pour offrir notre revue à leurs membres comme une partie de leur cotisation.

QUELQUES SOLUTIONS

1. Une solution semble être d'utiliser nos revues pour véhiculer les travaux de bonne qualité émanant de nos laboratoires – à la manière des scandinaves. En somme il faut encourager ceux qui veulent publier en français tout en évitant tout compromis concernant la qualité. On peut même solliciter les contributions en français de chercheurs éminents. On peut également encourager les jeunes chercheurs à publier davantage en français. En fin de compte, il nous faut convaincre les gouvernements qu'une certaine rigidité concernant la part des langues dans une revue bilingue est indésirable et va à l'encontre des critères de qualité scientifique.

2. Politique d'édition mettant l'accent sur les travaux faits au Québec.

3. Chronique sur les programmes courants de recherches des divers départements et instituts.

4. Chronique sur les activités scientifiques d'intérêt général prévisible à longue et moyenne échéance (congrès, visiteurs, colloques, cours spéciaux etc).

5. Servir d'entrée pour les collègues européens qui veulent publier en Amérique du Nord mais en français – à cause de notre diffusion et caractère nord-américain.

Bilinguisme médical: Vingt cinq ans d'expérience

G. G. NAHAS*

L'expérience que je vais décrire est la conséquence de deux phénomènes:

– en premier lieu, elle a débuté à un moment où les revues de langue anglaise étaient peu lues en France, et où pour faire connaître les travaux faits aux Etats-Unis, dans notre pays, il fallait les faire paraître en Français.

– et en second lieu, je recevais dans mon laboratoire de New-York de jeunes chercheurs français (dont plusieurs de Nancy). Ils désiraient publier dans leur langue, intention que je ne désirais nullement décourager.

RESULTATS

Dans le premier tableau, la liste de nos publications a été figurée de 1950 à 1978 en tranches de cinq années. Ces publications ont été réparties suivant qu'il s'agissait de résumés, d'articles ou de livres, publiés en langue française ou anglaise. Notez qu'en Anglais, le nombre des résumés (145) est sensiblement le même que celui des articles (165), alors qu'en Français, il y a plus d'articles (83) que de résumés (21). Cela tient au fait qu'aux Etats-Unis, on a l'occasion de publier des résumés dans des revues spécialisées, telles que «Federation Proceedings, Clinical Research, Circulation, etc...»

Dans le tableau II, figure la liste des journaux dans lesquels ces publications ont paru: il est évident que le chercheur a un large éventail de journaux où il peut adresser ses travaux, tant dans le domaine fondamental que clinique. En France (tableau III), l'éventail est moins grand, surtout lorsqu'il s'agit de publications fondamentales. Il manque en particulier un Journal de Langue Française, comparable à Nature ou à Science. Dans de telles publications, les biologistes ont à confronter leurs travaux à ceux des chimistes et des physiciens, et doivent observer les mêmes critères que celles des disciplines plus exactes.

C'est à dessein que j'ai souligné le «Bulletin de Physiopathologie Respiratoire» de l'Ecole du Professeur SADOUL. Cette publication française éditée et publiée à Nancy constitue un bel exemple de ce dont nous parlons. En quinze années, ce journal est devenu l'une des meilleures publications internationales dans cette spécialité par son rayonnement et la qualité de ses articles. Il faudrait demander à ses rédacteurs de nous raconter leur cheminement vers un tel succès.

Enfin le dernier tableau (IV) montre aussi que l'auteur qui publie en Anglais a un bon choix d'éditeur. En langue française, j'ai trouvé quelques difficultés à faire publier des

* Professeur à la Columbia University (New-York)
Directeur de Recherches à l'INSERM (Paris)

livres dont le marché me disait-on était trop restreint: il s'agissait de l'ouvrage «Hashish, Cannabis, Marijhuana», publié aux Presses Universitaires de France après avoir été refusé par toutes les Maisons d'Editions Françaises. C'est un livre très technique, avec 800 références bibliographiques, le seul à ma connaissance traitant de ce sujet.

DISCUSSION

Je voudrais maintenant brièvement présenter les quelques remarques générales que m'inspire cette expérience de 25 années de bilinguisme.

Au cours de ma carrière, les exigences des rédacteurs de langue anglaise, comme ceux de langue français, ont augmenté. Il est plus difficile qu'autrefois d'obtenir aujourd'hui une acceptation. Aujourd'hui je dois reconnaître que les refus opposés à mes publications par les comités de censure et de rédaction étaient justifiés, excepté peut-être dans un seul cas.

Je voudrais faire ressortir aussi le rôle primordial que joue le Rédacteur en Chef dans une publication. C'est lui qui choisit ses assistants directs et les censeurs les plus compétents. C'est lui qui prend la décision finale; c'est lui qui détermine la séquence des articles, et parfois choisit le thème générale auquel la revue veut consacrer une partie de son numéro. C'est lui qui sollicite les auteurs pour des éditoriaux ou des articles spéciaux. A cet égard, il est nécessaire que le responsable d'une telle position soit rémunéré.

L'anonymat des auteurs ne me paraît pas essentiel lorsque leur travail est transmis aux censeurs. Cet anonymat n'existe pas dans les journaux anglais. Toutefois, l'anonymat des censeurs est nécessaire, lorsque leur critiques sont transmises aux auteurs.

Sélection des articles:

Elle peut être déterminée:

1 – presque exclusivement par le Rédacteur en Chef, comme cela se fait dans une grande mesure dans Nature et Lancet.

2 – par un comité de lecture qui se réunit périodiquement.

3 – par un ou plusieurs censeurs, comme c'est le cas pour la plupart des journaux américains, y compris Science. Chacune de ces méthodes a ses avantages et ses inconvénients. L'inconvénient majeur de la dernière est constitué par les délais qu'elle impose.

A mon avis, le vrai bilinguisme n'existe pas. Dans mes publications en Anglais, les rédacteurs des journaux m'ont souvent reproché mes gallicismes et le font encore. Il m'est également arrivé d'entendre des rédacteurs français me reprocher mes anglicismes. A cet égard, il vaut mieux un article bien écrit en Français que mal écrit en Anglais. Car dans ce dernier cas, il ne sera pas lu ou sera l'objet d'interprétations erronées. Et sans vouloir froisser personne, les Français ne sont pas de bons polyglottes lorsqu'on les compare aux Allemands ou aux Scandinaves. Ils devraient en être heureux, en pensant que le Français est une langue intraduisible.

Finalement, il n'existe pas de méthode parfaite d'édition ou de sélection. N'oublions pas que Mendel publia ses travaux sur la transmission génétique de la couleur des fleurs de pois dans une obscure publication bohémienne, et cela n'empêcha pas ses observations fondamentales d'être largement disséminées. Par ailleurs, les auteurs qui se sentent injustement traités par les rédacteurs de journaux trouveront une consolation en lisant la conférence donnée par Rosalyn YALOW à Stockholm, lorsqu'elle reçut son Prix Nobel. Cette conférence fut publiée récemment dans Science. Une figure reproduit la lettre du rédacteur du Journal of Clinical Investigation informant le Dr YALOW

que son article, décrivant la méthode immunoréactive du dosage de l'insuline n'était pas acceptable pour être publiée dans «le Journal».

L'importance d'une publication résulte de la qualité du travail rapporté plus que dans la langue dans laquelle elle est écrite. Toutefois, en raison de la prédominance de l'Anglais dans le monde scientifique et médical, il serait bon d'accompagner les textes français d'un résumé anglais, ainsi que de légendes des figures et des tableaux en anglais.

Il est également très important que le journal soit indexé dans Current Contents, Index Medicus, et soit aisément retrouvé par Medlars, car de plus en plus les bibliographies sont faites à l'ordinateur.

Par conséquent, une amélioration et une concentration des publications françaises existantes me paraissent être un objectif aussi bien souhaitable que réalisable.

N'oublions pas aussi qu'un journal, comme toute entreprise humaine, a une carrière et un devenir. Pour survivre au delà d'une génération, il est nécessaire qu'on se renouvelle. Le manque de renouvellement est peut-être la raison fondamentale pour laquelle bon nombre de publications françaises sont tombées en désuétude après deux guerres épuisantes. Elles m'apparaissent aujourd'hui en voie de renaissance. Cette renaissance, je l'accueille avec plaisir, et je la vois apparaître dans les communications présentées à ce Colloque, et en lisant aujourd'hui les journaux de langue française qui ont fait l'effort de se renouveler et de briguer à l'excellence.

Tableau I

Publications

	Résumés		**Articles**		**Livres**	
	Anglais	Français	Anglais	Français	Anglais	Français
1950-54	11	2	12	1		
1955-59	21	6	23	27		
1960-64	40	4	40	13	4	
1965-69	40	7	46	13	2	
1970-74	21	5	26	24	5	4
1975-78	12	2	16	15	2	6
TOTAL	145	27	163	83	13	10

Tableau II

Journaux de langue anglaise

Résumés:	Federation Proceedings	(64)
	Circulation	(15)
	Clinical Research	(16)
Articles:	American Journal of Physiology	(34)
	American Journal of Pharmacology	
	Molecular Pharmacology	(1)
	Pharmacological Review	(1)
	Clinical Pharmacology	(2)
	Proceeding Society Experimental Biology	(7)
	Biochemical Pharmacology	(7)
	Science	(9)
	Nature	(5)
	Anesthesiology	(3)
	Annals of Surgery	(1)
	Journal of Clinical Investigation	(2)
	American Journal of Pathology	(2)
	J.A.M.A.	(4)
	American Journal of Ophtalmology	(1)
	New England Journal of Medicine (Correspondance)	(3)
	Journal of Applied Physiology	(10)
	Respiration Physiology	(2)

Tableau III

Journaux de langue française

Journal de Physiologie	(25)
Compte rendus de l'Académie des Sciences	(27)
Bulletin de l'Académie de Médecine	(4)
Comptes rendus de la Société de Biologie	(6)
Journal de Pharmacologie	(8)
La Presse Médicale	(24)
Anesthésie, Analgésie, Réanimation	(8)
Bulletin de Physio-Pathologie Respiratoire (Nancy)	(2)

Tableau IV

Editeurs des livres

en anglais:	New York Academy of Sciences		(5)
	Grune and Stratton		(1)
	Springer		(2)
	Raven Press		(1)
	Cromwell		(1)
	Pergamon Press	sous presse	(2)
en français:	Arnette		(8)
	Presses Universitaires de France		(1)
	Editions Mondiales		(1)

Discussion sur les communications de MM. ALI et NAHAS

Prof. D. LAURENT (Creteil):

Tous ceux parmi nous qui connaissent la REVUE CANADIENNE DE BIOLOGIE seront tout-à-fait convaincus de ce que nous a résumé Mr ALI concernant le succès de cette revue. Ceci montre que malgré le succès d'une structure, tous les problèmes ne sont pas automatiquement résolus. Ainsi de nombreux enseignements sont à tirer de l'expérience canadienne.

Mr NAHAS nous a présenté 27 ou 28 ans de sa carrière scientifique. Je voudrais savoir quelle est actuellement sa motivation pour publier dans un journal anglais.

Prof. G. NAHAS (Paris – New York):

Je le choisis vraiment en fonction des facteurs importants du moment.

Prof. D. LAURENT:

Autrement dit, tu n'es pas un doctrinaire. Je le sais, mais n'y a-t-il pas un souci de la qualité de la revue choisie, avec un espoir de meilleur impact? Ta carrière est faite. Par conséquent, tu n'es plus le jeune chef de clinique en mal de publications dont nous a parlé tout à l'heure Mr HERAN. Ta liste de publications est impressionnante. Par conséquent, ce n'est pas cela. Est-ce pour te faire connaître de gens qui peuvent te soutenir dans ta recherche?

Prof. G. NAHAS:

Je ne crois pas que c'est pour me faire connaître. Il s'agit plutôt de faire connaître un certain nombre de faits scientifiques importants. Un autre facteur est aussi de donner à des jeunes en début de carrière, la possibilité de publier avec moi. C'est un facteur important. Mais le facteur déterminant, c'est de faire connaître une nouvelle idée ou une nouvelle méthode ou un nouveau fait scientifique. Et dans le domaine actuel qui m'intéresse, c'est de faire connaître certains faits biologiques sur le danger de certaines drogues, que beaucoup de gens ne veulent pas reconnaître.

Prof. J. LEQUIME (Bruxelles):

Je voudrais d'abord dire que je suis entièrement d'accord sur ce qu'a dit Mr NAHAS. Vous avez dit tantôt que les articles ne doivent pas nécessairement être rendus anonymes avant d'être envoyés aux arbitres, et bien nous, nous le faisons. Nous cachons même la bibliographie de manière que les malins ne puissent pas retrouver le nom de l'auteur. Je crois que c'est tout de même utile, car lorsqu'un article vient d'une maison avec laquelle vous avez de bonnes relations, vous êtes malgré tout tendancé à plus d'indulgence. Je crois donc qu'il est bon de conserver l'anonymat des articles adressés aux arbitres.

Prof. G. NAHAS:

Je pense que votre remarque est parfaitement justifiée, mais je reconnais que je suis très influencé par les anglo-saxons qui appliquent probablement au domaine scientifique leur philosophie du sport. Dans un match, tout le monde voit l'arbitre et connaît son nom. Et c'est dans cette optique là que je préfère m'orienter.

Dr J. CORBERAND (Toulouse):

J'ai une première question à vous poser. Dans votre expérience passionnante, je voudrais savoir combien de fois vous avez eu des difficultés de publication aux Etats-Unis, en comparaison avec la France. Etaient-elles plus grandes pour les journaux américains que pour les journaux français? Est-ce que vous avez été plus édité aux Etats-Unis qu'en France?

La deuxième question concerne justement les modalités de fonctionnement des revues. J'ai lu récemment qu'une revue américaine se proposait d'instituer un choix strictement non anonyme: l'article est soumis avec le nom des auteurs au comité de lecture et inversement les commentaires aux auteurs sont signés nommément par les arbitres. Ainsi, l'objectivité des critiques serait garantie, car leur nom étant connu, ils seraient engagés à moins de partialité.

Prof. G. NAHAS:

Je reconnais que j'ai eu beaucoup de chance dans les deux cas, en particulier aux Etats-Unis où tous les journaux auxquels j'ai adressé mes revues ou mes articles ont des comités de sélection très sévères. Ceci à l'exception de ces dernières années pendant lesquelles je me suis heurté à beaucoup de difficultés dans les publications américaines en abordant un problème très contreversé, celui des effets biologiques des drogues psychotropes. Je crois que le climat social y est pour quelque chose et il semble que même les revues scientifiques y sont sensibles. Pour répondre à la seconde question, je ne connais pas cette revue qui a déclaré vouloir faire connaître le nom des censeurs aux auteurs et je n'en vois d'ailleurs pas l'intérêt. Je crois que la méthode actuelle est une cote mal taillée, qui personnellement me satisfait.

Prof. F. BESANCON (Paris):

La communication de Mr NAHAS nous intéresse car sa projection met en évidence une divergence d'intérêts entre les revues et les auteurs. Les revues cherchent à avoir de bons auteurs et cherchent à les garder. Nous voyons par exemple les revues de Sociétés Savantes en France qui n'aiment pas que les auteurs membres de ces sociétés aillent publier dans d'autres revues. Or, nous voyons qu'un auteur qui a l'habitude des revues américaines n'hésite pas à publier dans des revues différentes. Ceci explique peut-être pourquoi les auteurs américains ont plus de génie que les auteurs Français pour se faire citer. En effet, un auteur qui a publié dans plusieurs revues touchera des lecteurs différents et obtiendra peut-être plus facilement d'être cité, ce qui est un de ses objectifs.

Prof. D. LAURENT:

Oui, mais il y a une remarque à faire, c'est que la compétence de G. NAHAS était assez multidisciplinaire, ce qui n'est pas tout de même un cas très courant.

Les problèmes d'une revue africaine

O. NUSSAUME ET A. MENSAH

Le BULLETIN DE LA SOCIETE MEDICALE D'AFRIQUE NOIRE DE LANGUE FRANCAISE est le journal de la Société Médicale qui se réunit une fois par mois à l'Université de Dakar, et dont il publie les travaux. Avant de préciser les difficultés que rencontre notre journal, présentons le. Tiré à 1350 exemplaires, il est distribué aux 220 membres de la Société, aux 350 abonnés qui sont presque tous de pays francophones, à 493 Universités à titre d'échange et enfin, à 109 personnes à qui nous l'adressons gratuitement.

Son budget est équilibré et couvert à 90 % par les cotisations, les abonnements et les frais d'impression des articles. En effet, nos auteurs participent aux frais d'impression et de tirés à part. Les apports publicitaires représentent 10 à 15 % du budget.

Si ce journal est entièrement composé à Dakar, nous n'en acceptons pas moins les articles proposés par les confrères étrangers à condition qu'ils veuillent bien se plier aux règles de participation.

LES DIFFICULTES POUR AMELIORER SON RAYONNEMENT NE SONT PAS INSURMONTABLES

1) Dès à présent, les dates de parution sont respectées, malgré certaines difficultés provenant du fait que le journal est imprimé en France, et que les délais de routage sont parfois longs, surtout après correction des épreuves.

2) Les articles proposés dans notre bulletin sont le reflet de la Médecine pratiquée en Afrique. La clinique l'emporte sur les techniques de laboratoire sophistiquées. La Médecine de masse l'emporte sur le cas isolé et fouillé. Elle correspond aux nécessités du Médecin africain. Cette pathologie clinique mériterait une plus grande diffusion, car la maîtrise de la pathologie tropicale par les médecins africains peut être précieuse pour les médecins européens. Or un médecin africain ne peut qu'exceptionnellement publier dans une revue européenne ou française.

Notre bulletin a donc sa raison d'être: faire connaître nos problèmes médicaux, la façon dont nous les résolvons, et les enseignements que l'on peut en tirer. Cet enseignement qui repose sur la clinique pourrait être utile à nombre de confrères qui exercent loin des tropiques mais qui sont confrontés à ces problèmes.

3) Le comité de lecture, à la discrétion du président de la Société, peut demander des corrections ou empêcher la parution d'un travail. Dans un premier temps la censure était faible et des travaux de valeurs inégales ont été publiés. Actuellement, avec le déve-

Bulletin de la Société Médicale d'Afrique Noire de Langue Française, Dakar.

loppement de la faculté de Médecine de Dakar, les travaux deviennent de plus en plus nombreux, et de demandeur, le BULLETIN de la Société devient un tremplin pour les enseignants, et un motif d'émulation. Le comité de lecture peut dès à présent remplir son rôle avec efficacité, donnant à notre journal le poids et l'impact qu'il mérite. Son amélioration est bien le premier élément nécessaire pour augmenter sa diffusion.

4) Les concours universitaires basés actuellement sur une liste de travaux favorisent notre journal qui en est le support privilégié.

EN CONCLUSION

Notre revue qui est un témoin des problèmes médicaux africains avec une pathologie de masse qui lui est spécifique, mériterait d'être mieux connue. Le comité de rédaction s'efforce d'en améliorer la diffusion.

Discussion

Prof. Ag. O. NUSSAUME (Dakar):

Il existe en Afrique et dans l'Europe de l'Est des pays pauvres qui ne peuvent payer les abonnements aux périodiques médicaux. Est-ce que les centres culturels français ne pourraient pas aider à la diffusion gratuite des revues médicales dans les pays qui n'ont pas les moyens de se les procurer?

Prof. Ag. M. HUGUIER (Paris):

Les pouvoirs publics le font. Actuellement, le Ministère des Affaires Etrangères et le Ministère de la Coopération prennent en charge un certain nombre d'abonnements à des revues médicales françaises au profit de médecins étrangers. Ceci concerne aussi des livres médicaux francais.

M. G.A. MARCHAL (Paris):

Comment cela est-il envoyé? C'est habituellement la charge de l'Attaché Culturel. Je m'inquiète de savoir si cette littérature est adressée à la seule diligence de ce dernier, ou l'est-elle à partir de demandes réelles? Voyez l'énorme différence que je fais entre un homme qui demande et qui reçoit parce que cela l'intéresse, et quelqu'un qui reçoit quelque chose et qui ne l'a pas demandé.

Prof. Ag. M. HUGUIER:

Cela dépend beaucoup, comme on peut le penser, des attachés culturels, de leurs contacts personnels avec les médecins du pays dans lequel ils se trouvent, etc...

Acta Endoscopia

Le choix du bilinguisme Français-Anglais

P. MAINGUET*, F. VICARI**

Les revues internationales d'endoscopie digestive disponibles en Europe Occidentale sont rédigées en anglais et, classées selon un ordre de diffusion décroissant, proviennent d'Allemagne Fédérale, des Etats-Unis et du Japon. Elles contiennent une proportion faible de publications provenant de pays francophones qui ne peuvent alors publier leurs travaux que dans des revues de Sociétés Nationales d'audience plus limitée.

L'amélioration de la connaissance de l'anglais dans les milieux francophones tant universitaires que non-universitaires, contribue à accroître progressivement la clientèle des revues anglo-saxonnes sans que le pourcentage d'auteurs français susceptibles de rédiger et publier en anglais, se soit accru dans une proportion équivalente. Entre lire, comprendre une langue étrangère et s'exprimer par écrit avec autant de nuances que dans sa langue maternelle, il y a un long chemin que même des scientifiques avides d'audience internationale hésitent à parcourir. Ces constatations ont conduit les «ACTA ENDOSCOPICA» à une révision de la présentation et du contenu de la revue.

L'endoscopie digestive présente plusieurs caractères propres: elle laisse sur le plan technologique une large place aux initiatives artisanales; elle reste très solidaire de disciplines annexes (gastroentérologie, radiologie, anatomie pathologique, chirurgie) et malgré son caractère spécialisé et son coût relativement élevé, elle n'est pas l'apanage exclusif de centres hospitaliers spécialement équipés.

Elle nous a paru se prêter à plusieurs initiatives en matière d'édition:

1 – Présenter sous forme de numéros spéciaux des mises au point de problèmes proprement endoscopiques ou interdisciplinaires avec la collaboration d'experts internationaux sélectionnés en fonction de leur expérience éprouvée. D'autres numéros moins spécialisés seront réservés à des articles originaux d'auteurs francophones ou étrangers après sélection stricte par un Comité de lecture international. On y trouvera aussi des notes techniques, des observations et analyses bibliographiques élaborées sélectionnées par des sections régionales d'un «Journal Club», animées par de jeunes endoscopistes avec la collaboration de membres du Comité de lecture.

2 – Publier intégralement les articles en français **et** en anglais, assurant ainsi aux auteurs francophones une diffusion dans les pays anglo-saxons. De plus, ce bilinguisme laisse une place au français dans les pays de

* Rédacteur de Acta Endoscopica
Professeur Agrégé à l'Université de Louvain (Belgique)

** Editeur de Acta Endoscopica
Nancy, France

culture latine ou le choix d'une lecture de qualité comporte une hésitation quant à l'option du langage.

Nous manquons de recul pour évaluer avec précision les bénéfices et inconvénients de ces choix. Pourtant, plusieurs faits nous encouragent dans la voie suivie. «ACTA ENDOSCOPICA» est devenue la revue agréée des Sociétés Française, Italienne, Belge, Suisse, Colombienne d'endoscopie digestive. Des contacts en cours visent à élargir le registre européen de la revue. Un tiers des articles publiés proviennent de pays non-francophones et la proportion de manuscrits d'auteurs anglo-saxons soumis au Comité de lecture est en accroissement constant. La contrainte de la parité de volume des textes français et anglais a amélioré la qualité de rédaction des manuscrits français qui ont gagné en concision et en sobriété.

La principale servitude des «ACTA ENDOSCOPICA» reste la publication de l'iconographie en couleurs, indispensable pour une revue d'endoscopie. Le prix de revient de l'édition intégralement bilingue est majoré de 15 % par rapport à une revue unilingue. Reste le problème épineux de la traduction des manuscrits, actuellement résolu par des équipes bénévoles.

Dans la mesure où l'option bilingue serait considérée comme indispensable à la défense du français comme moyen de communication scientifique international, nous suggérons un regroupement des efforts dans le cadre d'un service de traduction scientifique à l'usage de la francophonie.

Discussion

Prof. R. BENICHOUX (Nancy):

Cette expérience d'ACTA ENDOSCOPICA est passionnante parce qu'elle est partie de presque rien. J'ai retenu qu'il y avait une moyenne de deux retours du texte à l'auteur. Je crois que c'est une moyenne très honorable, qui permet un dialogue entre l'arbitre et l'auteur. Ce dialogue est très formateur parce qu'il permet d'améliorer la qualité de l'article en même temps qu'il améliore la pratique de la rédaction chez les auteurs.

INTERVENANT NON IDENTIFIE:

Vous renvoyez jusqu'à deux fois les articles aux auteurs. N'y a-t-il pas perte de temps?

Prof. P. MAINGUET (Bruxelles):

Voilà pratiquement comment nous procèdons. Nous recevons l'article dans sa langue originale. Le premier retour se fait dans la langue originale avant la traduction. Cette dernière n'est commencée que lorsque toutes les critiques de fond ont été réglées. Il y a ensuite un deuxième retour pour des critiques de forme. Curieusement, une traduction anglaise d'un article français fait souvent retourner l'article pour correction du français. Ainsi les délais de parution dans la revue sont quand même de l'ordre de quatre à cinq mois.

Le taux de dissuasion est d'environ 30 %. Nous balançons continuellement entre l'encouragement à la publication dans la revue et la dissuasion.

Résultats d'une enquête sur les besoins de lecture du médecin en Haute-Normandie

H. PIGUET*, F. LAUNEY et M. HODARA

MATERIEL ET METHODES:

Cent Médecins de Haute-Normandie, regroupant les départements de Seine Maritime et de l'Eure, ont fait l'objet d'une enquête sur leurs lectures médicales.

Le questionnaire proposé, rédigé par la Gazette Médicale de France, comptait 24 questions que l'on peut regrouper sous les 9 rubriques suivantes:

– Les Médecins classés selon leur ancienneté et leur mode d'exercice, libéral, salarié ou mixte.

– Les abonnements classés selon qu'ils sont reçus à titre gracieux, à titre onéreux ou financés par un tiers payant.

– Les revues par abonnements onéreux, classées par le pourcentage de médecins abonnés dans le lot considéré.

– Les articles préférés classés selon leur nature et leur longueur.

– Les cas particuliers, tels que la question d'internat, le courrier des lecteurs, la bande dessinée.

– L'intérêt porté par les Médecins interrogés quant à la conservation et le classement des revues.

– L'impact de la publicité.

– Les livres médicaux.

– L'impression générale du médecin face à la presse médicale.

RESULTATS:

1) Les cent médecins interrogés se répartissent ainsi:

– selon l'activité, on dénombre: 64 généralistes et 36 spécialistes de ville.

– selon la nature de l'activité: 55 exercent en activité libérale exclusive, 7 en activité salariée exclusive, 38 en activité mixte.

– selon les modalités d'exercice: 47 exercent en groupe et 53 exercent seuls.

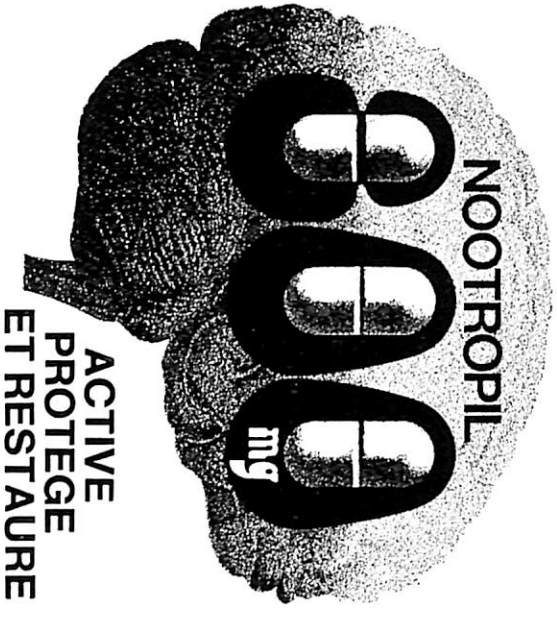
– selon l'ancienneté de leur installation: 40 étaient installés avant 1960 et 60 se sont installés depuis 1960.

2) Les abonnements aux revues sont tantôt offerts gracieusement aux médecins par les propriétaires de ces revues, tantôt volontairement souscrits par les médecins, tantôt payés par un tiers (employeur le plus souvent). Le résultat de notre enquête est le suivant:

* Hôtel-Dieu. F-76038 Rouen

• **INDICATIONS :** L'activité du NOOTROPIL en fait, chez le vieillard, une médication d'appoint sérieuse dans la correction de l'asthénie, des troubles de la vigilance, de l'attention et de l'activité psychomotrice. Il permet par conséquent une meilleure adaptation au milieu. Le NOOTROPIL possède une action thérapeutique sur les syndromes psycho-organiques consécutifs à un traumatisme crânien (syndrome dit « subjectif » des traumatisés crâniens) et sur le décours des comas et des troubles profonds de la conscience d'origine post-traumatique. Le NOOTROPIL utilisé pendant 5 jours permet de raccourcir la cure de sevrage chez l'alcoolique chronique. Cependant, en cas de carence vitaminique ou d'excitation psychomotrice majeure, le traitement classique par des vitamines ou par des sédatifs, reste indiqué. Le NOOTROPIL n'est pas actif dans le cas de démences constituées et de lésions cérébrales irréversibles. • **CONTRE-INDICATIONS :** Le NOOTROPIL n'ayant pas révélé de toxicité à ce jour, aucune contre-indication n'a été mise en évidence. • **POSOLOGIE. — Dans les cas chroniques :** Utiliser de préférence la **voie orale :** au début, prendre 2,4 g par jour en 3 prises. Après obtention de l'effet désiré, cette dose sera progressivement réduite à 1,2 g par jour (en 3 prises). — **Dans les cas aigus :** Utiliser la **voie parentérale:** injection **intraveineuse** ou **intramusculaire** d'une ampoule à 1 g. Dans les comas et les troubles profonds de la conscience d'origine post-traumatique, il est utile de commencer par une posologie élevée (1 à 3 g) trois fois par jour, en i.v. ou i.m. Dès que l'amélioration de l' état de conscience le permet, on peut passer à la forme orale. — **Dans les cures de sevrage alcoolique :** Utiliser de préférence la voie parentérale : trois à quatre fois une ampoule à 1 g par jour. • **CONDUITE DU TRAITEMENT.** — Dans les syndromes psycho-organiques consécutifs à l'involution sénile et à un traumatisme crânien (syndrome dit « subjectif » des traumatisés crâniens), l'amélioration commence en général à se manifester vers la troisième semaine. Afin de la parfaire et de la maintenir, il convient de poursuivre le traitement au-delà de cette période, suivant l'avis du médecin traitant. — Dans les troubles profonds de la conscience, la durée du traitement reste fonction de l'évolution de chaque cas. Les techniques de réanimation et la rééquilibration hydro-ionique demeurent indispensables. • **PRESENTATIONS ET FORMULES. — 60 gélules à 400 mg :** 2-pyrrolidon. acetamid. 400 mg - Acid. silicic. part. methyl. - Magnes. stear. - Sacchar. lact. : q.s. pro capsul. gelatin. un. cum Titan. dioxyd. color cum Erythrosin.et Tartrazin. — **60 comprimés « film-coated » à 800 mg :** 2-pyrrolidon. acetamid. 800 mg - Amyl. - Magnes. stear. - Polyvinylpyrrolidon. q.s. ad tablett. compress. un. : Æthylcellulos. - Hydroxypropylmethylcellulos. - Hydroxypropylcellulos. - Propylene-glycol. - Titan. dioxyd. - Fav. Sunset lac. - Tartrazin. lac. color. obduct. — **12 ampoules pour injection à 1 g :** 2-pyrrolidon. acetamid. 1 g - Natr. acet. - Acid. acet. - Aqua : q.s. ad ml 5. — **30 ampoules pour injection à 3 g :** 2-pyrrolidon. acetamid. 3 g - Natr. acet. - Acid. acet. - Aqua : q.s. ad ml 15.

L'EFFICACITE SANS PROBLEME



ACTIVE PROTEGE ET RESTAURE la fonction noétique du cortex cérébral.

3x1 comprimé par jour

nootropil 800 mg

UCB

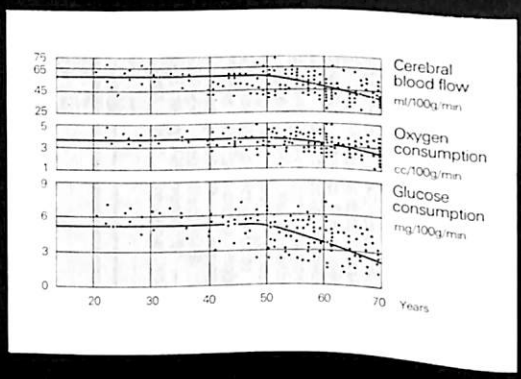
Documentation scientifique
Chée de Charleroi, 4 - 1060 BRUX.
Tél. : 02/537.12.20 - Ext. 383

UCB s.a. division pharmaceutique
rue Berkendael 68 - 1060 BRUXELLES

L'insuffisance cérébrale:

Elle n'est pas forcément une insuffisance circulatoire...

Aujourd'hui, on peut considérer comme un fait établi qu'il n'existe pas de relation de cause à effet entre une artériosclérose des vaisseaux cérébraux et l'affection sénile qualifiée d'insuffisance cérébrale.[1)]



... parce que le trouble primaire est une diminution de l'activité métabolique du neurone

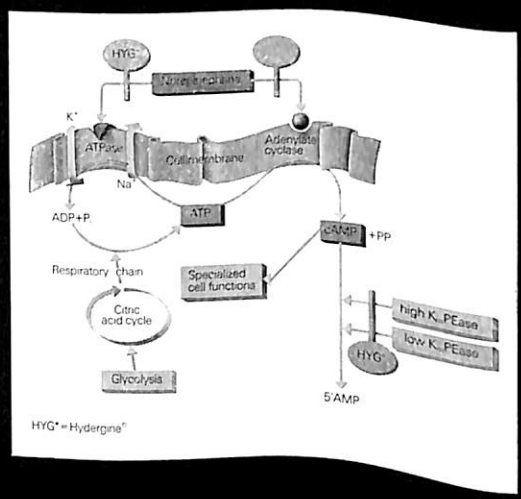
C'est une des conclusions auxquelles aboutit le dossier expérimental que la Recherche fondamentale de Sandoz a présenté à la FASEB (Federation of American Societies for Experimental Biology).

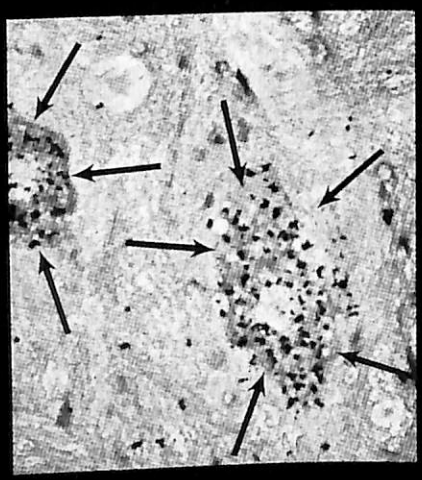
Conséquence thérapeutique

L'objectivation de l'étiologie métabolique de l'insuffisance cérébrale force à réviser le concept traditionnel de la thérapeutique de cette affection: la logique exige que le traitement soit orienté vers une compensation des perturbations du métabolisme neuronal – ce que fait l'Hydergine®.

L'Hydergine® est un activateur du métabolisme neuronal

Inhibant la phosphodiestérase, l'Hydergine® augmente la teneur cellulaire en AMPc. Parallèlement, grâce à ses vertus adrénolytiques, elle réduit la dégradation excessive d'ATP induite par les catécholamines: le recaptage de la noradrénaline par les synapses est inhibé et l'activité ATP-asique, stimulée par les catécholamines, est réduite à des valeurs normales. C'est dans cette meilleure économie du métabolisme neuronal, conséquence d'une meilleure utilisation de l'énergie, qu'il faut chercher la cause des effets bénéfiques de l'Hydergine.





Hydergine® – affinité élevée pour le neurone

60% de l'Hydergine® tritiée sont concentrés sur les synapses neuronales.[2)]

L'efficacité de l'Hydergine® est établie

L'efficacité de l'Hydergine® est attestée par un dossier clinique qui, dans ce domaine, ne craint aucune comparaison. 37 études contrôlées provenant de Grande-Bretagne, des Etats-Unis, du Canada, d'Allemagne, de France, de Belgique et de la Suisse, convergent vers la même conclusion: l'Hydergine® est efficace contre les symptômes de l'insuffisance cérébrale. Sa tolérance est excellente.

1. Meier-Ruge, W., Gygax, P. et al.: Contribution à la physiopathologie du cerveau âgé. Rev. Med. Fonctionnelle *8*, 177 (1974).
2. Meier-Ruge, W., Schieweck, Ch., Iwangoff, P.: The distribution of (^{3}H-) Hydergine in the cat brain. IRCS Int. Res. Commun. Syst. *4* (1973).

Hydergine® – activateur du métabolisme neuronal.
Posologie: 1 comprimé à 1,5 mg ou 30 gouttes 3 fois par jour pendant 3 mois. Composition: Méthanesulfonates de dihydroergocornine, dihydroergocristine et dihydroergokryptine à parts égales (ad 1,5 mg). Présentation: comprimés (1,5 mg): 30 et 100; solution-gouttes (20 gouttes = 1 mg = 1 ml): 15, 50 et 100 ml. Toutes les formes sont admises par les caisses-maladie. Tolérance: Hydergine® est extrêmement bien tolérée. Nausées et légère congestion nasale peuvent exceptionnellement apparaître, mais n'impliquent pas l'arrêt du traitement. Contre-indication: aucune connue.
Pour toutes informations complémentaires adressez vous à

SANDOZ PRODUITS SANDOZ (SUISSE) SA, Département pharmaceutique, Missionsstrasse 60/62, 4012 Bâle
tél. 061 44 00 71

1200.78/3

– **Abonnements reçus à titre gracieux:** pour les généralistes: 4,5 revues par médecin, pour les spécialistes: 3,1 revues par médecin. Une différence est notée selon la date d'installation: chez les généralistes, avant 1960, le nombre de revues est de 5,3 par médecin. Il tombe à 3,9 pour les généralistes installés après 1960. Chez les spécialistes, il passe de 4,5 avant 1960 à 2,4 après 1960.

– **Abonnements reçus à titre onéreux:** pour les généralistes: 2,2 revues par médecin, pour les spécialistes: 3,8 revues par médecin. Il n'y a pas de différence selon que ces médecins étaient ou non installés avant 1960.

– **Abonnements souscrits par un tiers payant:** pour les généralistes: 1,8 revue par médecin, pour les spécialistes: 2,2 revues par médecin. Encore faut-il observer que le nombre de médecins bénéficiant de tels abonnements est très réduit dans notre échantillon (13 généralistes et 14 spécialistes).

Ainsi, les généralistes reçoivent 6 à 7 revues dont 2 résultent d'un abonnement à titre onéreux tandis que les spécialistes reçoivent 7 à 8 revues dont 4 résultent d'un abonnement à titre onéreux.

3) Le classement des revues en fonction du pourcentage de médecins abonnés à titre onéreux est, dans notre échantillon, le suivant:

Nom de la revue	% de médecins abonnés	
	Généralistes	Spécialistes
Le Concours médical	58	42
La Revue du praticien	34	42
Encyclopédie médico-chirurgicale	20	28
La Nouvelle presse médicale	3	33
Le Perfectionnement du praticien	19	0
Tonus	16	6
Le Quotidien du médecin	11	8
La Vie médicale	9	6
La Gazette médicale de France	6	6
Le Généraliste	8	0
Tempo médical	8	0
La Semaine des hôpitaux de Paris	0	6

4) La nature des articles classés selon l'ordre de préférence des médecins fait apparaître certaines différences entre les généralistes et les spécialistes.

Pour les généralistes, le classement par ordre de préférence est le suivant:

1 – Thérapeutique
2 – Mise au point
3 – Fait clinique
4 – Article original
5 – Informations professionnelles
6 – Revue Générale
7 – Laboratoire
8 – Technique

Pour les spécialistes, le classement par ordre de préférence est le suivant:

1 – Mise au point
2 – Article original
3 ex aequo – Revue Générale et Thérapeutique
5 – Fait clinique
6 ex aequo – Technique et Informations professionnelles
8 – Laboratoire

La longueur des articles

Les Généralistes: 78 % des généralistes interrogés préfèrent les articles courts et condensés. Seulement 9 % préfèrent les articles longs et 13 % n'ont pas exprimé de préférence. Les Spécialistes: 66 % préfèrent les articles courts, 17 % les articles longs, 17 % sont sans préférence.

5) Les rubriques particulières

– La question d'internat: 44 % des généralistes sont favorables à la question d'internat, 47 % lui sont défavorables. Si l'on considère la date d'installation de ces généralistes, les résultats sont sensiblement différents: chez les généralistes installés avant 1960, 61 % sont favorables à la question d'internat contre 24 % seulement parmi ceux installés après 1960. Chez les spécialistes, on note 28 % des médecins favorables à la question d'internat contre 50 % défavorables. Il n'y a pas de différence selon la date d'installation. Les médecins défavorables à la question d'internat lui reprochent souvent d'être trop théorique, trop détaillée et peu utilisable.

– Le courrier des lecteurs est une rubrique presque unanimement appréciée: 95 % des généralistes y sont favorables contre 5 % défavorables, 83 % des spécialistes y sont également favorables contre 14 % défavorables.

– La bande dessinée est dans l'ensemble repoussée par une forte majorité des médecins interrogés: 80 % des généralistes et 81 % des spécialistes y sont défavorables. A l'opposé, 18 % des généralistes et 11% des spécialistes y sont favorables.

– L'annonce des Congrès, réunions d'EPU, etc... est dans l'ensemble bien reçue: 73 % des généralistes et 81 % des spécialistes y sont favorables. En revanche, 27 % des généralistes et 19 % des spécialistes y sont défavorables.

6) La conservation et le classement des revues

La plupart des médecins interrogés conservent et classent les revues qu'ils reçoivent. Pour les généralistes, 83 % conservent et 75 % classent ces revues. Pour les spécialistes, 89 % conservent et 94 % classent les revues.

7) La publicité

Le questionnaire cherchait à savoir si les médecins interrogés lisent habituellement les annonces publicitaires des revues médicales et dans quelle mesure ces annonces influencent leurs prescriptions. Les généralistes: 66 % d'entre eux lisent les annonces publicitaires et 58 % pensent qu'elles influencent leurs prescriptions. Chez les spécialistes, ces chiffres tombent respectivement à 58 % et 50 %.

8) Les livres médicaux

La dernière question était relative au nombre et à la nature des livres médicaux achetés chaque année par les médecins. Les généralistes achètent en moyenne 1,8 livre par an, les spécialistes 3,3. Les premiers achètent dans la même proportion soit des livres techniques, soit des traités, soit des précis pratiques. Les seconds achètent surtout des traités.

9) Enfin, une dernière question très générale visait à connaître le degré de satisfaction des médecins en matière de presse médicale. Dans l'ensemble, à la question: «Etes-vous satisfait par la presse médicale?», 1/3 des médecins interrogés répond «oui», 2/3 répondent «non». Ces derniers critiquent le nombre trop important de revues, la mauvaise présentation de ces revues,les articles trop longs, pas assez pratiques, trop éloignés des préoccupations du médecin de ville.

Pour pallier ces inconvénients, des améliorations devraient être apportées: par les éditeurs, sur les Comités de rédaction et par une concertation entre les différentes revues; par les lecteurs, en participant par leur courrier à la critique, bonne ou mauvaise, des revues et des articles médicaux.

En conclusion:

Il est difficile de tirer des conclusions de ce travail modeste. Toutefois, de cette enquête normande, on peut retenir que les voeux des lecteurs des revues médicales sont la concision et la brièveté d'articles pratiques et thérapeutiques répondant aux besoins quotidiens, un abondant courrier des lecteurs qui donne vie à la revue, enfin, des facilités techniques qui permettent le classement et la conservation des articles médicaux.

Bibliographie

F. LAUNEY. Les besoins de lecture des médecins praticiens à partir d'une enquête menée auprès de 100 généralistes et spécialistes de Haute-Normandie.

Thèse pour le Doctorat en Médecine – ROUEN – 29 Septembre 1978.

Discussion

M. G.A. MARCHAL:

Je vous remercie Monsieur. Vous avez vu qu'après avoir parlé de revues hautement scientifiques, nous sommes arrivés à une revue destinée aux généralistes. En ce qui concerne la méthologie je pose les questions suivantes: a-t-on procédé par questionnaire, par interrogation directe, avec quelle projection par rapport à la moyenne de la population française? Je suis aussi frappé par le fait que dans le monde, seulement 5 % des articles publiés concernent la thérapeutique. Je n'ai pas fait la recherche en France, ce serait beaucoup plus modeste.

Dr B. DUPORTET (LYON):

Je voulais demander à Mr PIGUET ce qu'il entendait exactement par article thérapeutique. Un éditorial, une mise au point, une revue générale ne préjugent pas du contenu, alors qu'en ce qui concerne la therapeutique, le sujet est souvent annoncé dans le titre.

Mr PIGUET:

Je crois pouvoir vous dire que ce que souhaitent les praticiens, ce sont des articles de thérapeutique pratique. Un éditorial est intéressant à lire pour avoir une idée, mais la thérapeutique pratique concerne le savoir-faire.

La perception de la presse médicale par les médecins de 5 régions de France

M. HODARA* et H. PIGUET

Il est important pour une revue médicale nationale telle que la Gazette Médicale de France de procéder à des enquêtes régionales sur la lecture des médecins pour connaître leurs besoins et leur opinion au sujet des revues médicales.

En effet, bien que la Gazette Médicale de France fasse appel aussi souvent que possible à des provinciaux (1/5 des articles demandés parus de Janvier à Juin 1978), sa conception et son Comité de Rédaction restent, pour des raisons pratiques, en grande partie parisiens.

I Méthodologie

Le Comité de Rédaction et le Comité de Coordination, comportant des personnalités hospitalo-universitaires des principales villes de province, ont réalisé ensemble un questionnaire comportant 3 parties.:

1) la première donne des renseignements sur le médecin interviewé

2) la deuxième renseigne sur leurs lectures médicales: revues et livres.

3) la troisième envisage leurs lectures non médicales.

Seules seront étudiées les réponses concernant la lecture des revues médicales.

Cinq enquêteurs différents utilisant ce questionnaire ont interviewé des médecins dans 5 régions de France, et ont consigné les résultats de ce travail original dans leur thèse de doctorat en médecine:

– B. WITTMANN à Limoges (1976 sous la direction du professeur Jean BAUDET

– P. TETREL à Tours (1977) sous la direction du Professeur J. BERTRAND

– E. BAZERLI à Marseille (1977) sous la direction du Professeur P. PENE

– F. LAUNEY (Sept.78) à ROUEN sous la direction du doyen H. PIGUET

– enfin Madame STOCKER, à NANTES, la soutenance aura lieu incessament, sous la direction du doyen P. MALVY

Le questionnaire comporte 18 questions sur la lecture des revues médicales.

Elles concernent:

– l'abonnement à titre gracieux ou onéreux.

– le ou les types d'article préféré(s) (8 choix)
– l'opinion sur la classique «question d'internat» si particulière à la formation médicale en France.

* Rédacteur de la Gazette Médicale de France, Paris

- la conservation et le classement de tout ou partie des revues
- l'intérêt pour la publicité et son éventuelle influence sur la prescription
- les critiques faites à la presse médicale

415 questionnaires sont utilisables. Les 415 médecins se répartissent en 313 généralistes et 102 spécialistes; le tableau I montre leur répartition régionale.

Les renseignements concernant le lieu d'exercice, le mode d'exercice (libéral, salarié ou mixte) le type d'installation (seul ou en cabinet de groupe) enfin, l'ancienneté dans la profession (basée sur l'année de thèse: avant ou après 1959) sont consignés dans le tableau II.

L'enquête a intéressé:

1°) surtout les généralistes: de 100 % à NANTES et 62,5 % dans le Limousin (moy. 75 %)

2°) aussi souvent des médecins exerçant dans une ville de CHU (51,8 %) moins importantes (30,6 %) ou en milieu rural (17,6 %) que dans des villes

3°) un peu plus souvent des médecins ayant soutenu leur thèse à partir de 1959 (58,3 %) qu'avant cette date (41,8 %)

4°) l'exercice libéral exclusif est le plus fréquent (64 %) variant de 51 % dans le Limousin à 83,7 % dans le Val de Loire

5°) 154 médecins (soit 41,8 % des 368 faisant une médecine libérale) exercent en cabinet de groupe.

II Résultats

1°) **L'abonnement** ne sera considéré que pour les généralistes. Le tableau III montre les variations dans le nombre de revues reçues gratuitement (en moy. 5,5) et à titre onéreux (en moy. 2,2).

2°) **L'ordre de préférence des types d'articles** selon les régions est indiqué dans le tableau IV.

3°) **La forme question d'internat** est diversemment appréciée par les généralistes selon les régions (Tableau V)

4°) **La conservation** de tout ou partie des revues médicales est indiquée dans le tableau VI.

5°) Enfin, entre 54 et 66% des lecteurs regardent et lisent la **publicité** contenue dans la revue et pensent (sans en être sûrs) qu'elle puisse influencer leur prescription.

6°) Le reproche unanime fait à la presse médicale est sa **pléthore** de titres.

7°) 80 à 90 % des médecins souhaitent le développpement de la rubrique «correspondance»

8°) Les suggestions des lecteurs pour une revue médicale «idéale» sont nombreuses, confuses et défient tout essai de synthèse.

III Commentaires

Ils envisageront successivement la méthodologie et les résultats.

Bien que la répartition des médecins selon le lieu d'exercice de la profession ne soit pas la même dans les 5 régions, on est frappé par une certaine similitude dans les réponses au questionnaire. Les généralistes exerçant en clientèle de ville représentent le plus grand nombre de médecins interviewés; seule fait exception la région «OUEST» qui est en fait confinée à NANTES et n'intéresse que des généralistes. Le plus faible nombre de spécialistes, l'hétérogénité de ce groupe quant à la spécialité exercée font que certains résultats n'ont été envisagés que pour les généralistes. Cependant, il convient d'insister sur l'intérêt que porte les spécialistes aux revues médicales nationales **non spécialisées.** Il ne paraît pas raisonnable d'envisager la création de revues nationales à leur seule inten-

tion. Aussi, est-il nécessaire, que les Comités de Rédaction songent à leurs lecteurs spécialistes lors du choix et de la rédaction des articles traités dans leur revue.

Les étudiants enquêteurs ont souligné la difficulté d'obtenir **par correspondance** des réponses en nombre suffisant pour que le questionnaire soit utilisable et, par contre, l'accueil souvent chaleureux qu'ils ont reçu de généralistes surchargés de travail, bien que l'entretien nécessite près d'une heure en moyenne pour répondre aux questions.

Le problème épineux de l'abonnement à titre gracieux et à titre onéreux serait trop long à débattre. Si le nombre de revues reçues gratuitement varie d'une région à l'autre, il est remarquable de constater que les généralistes ont sensiblement le même taux d'abonnement payant, quelque soit la région sauf pour l'Ouest qui ne concerne que de généralistes d'une ville ayant C.H.U. (NANTES). On retrouve d'ailleurs le même phénomène d'abonnements payant plus nombreux pour les généralistes des autres villes de C.H.U.: rôle stimulant du C.H.U.? Meilleure prospection par les éditeurs?

Quelle que soit la région, le type d'article préféré reste la mise au point très brève et l'article de thérapeutique. Plus intéressant est le fait que l'article original arrive en quatrième position (sur un choix comportant 8 items) dans 3 régions. On peut l'expliquer par le fait que l'adjectif «original» appliqué à un article n'a pas la même signification pour les lecteurs et les rédacteurs; et que ce choix témoigne, de la part des lecteurs, une curiosité de bon aloi.

La question d'internat a la même «pénétration» chez les généralistes comme semble le montrer le fait que 38 % des lecteurs de Haute-Normandie (dont 18 % des 100 médecins exercent à ROUEN) et de NANTES (55 médecins) restent fidèles à ce type d'article. La question d'internat est cependant préférée par des médecins plus âgés beaucoup plus que par les plus jeunes médecins.

Quant à la conservation de tout ou partie des revues médicales elle s'observe avec une grande fréquence dans toutes les régions sauf dans le Limousin où un médecin sur deux ne conserve rien.

La position du lecteur vis à vis de la publicité dans les revues médicales est très ambivalente. D'une part il se plaint très fréquemment du fait que celle-ci hypertrophie le volume de la revue et rend parfois sa lecture plus malaisée. D'autre part, outre le fait d'être conscient que c'est la publicité qui explique la modicité du prix de l'abonnement, il admet que la publicité ne le laisse pas indifférent qu'elle l'attire, le renseigne et peut (inconsciemment ajoute-t-il) influer sur sa prescription.

Pourquoi existe-t-il d'aussi nombreuses revues médicales? Sans tenir compte des raisons économiques, cela est du à l'impossibilité de réaliser la revue «idéale» pour tous les lecteurs. En effet, si les critiques sont souvent, mais non toujours, justifiées concernant les revues existantes, les suggestions concernant le contenu de cette revue idéale sont nombreuses, disparates et parfois même contradictoires chez un même lecteur.

En conclusion, il existe peu de différences dans la perception de la presse médicale par les médecins des 5 régions prospectées de France.

TABLEAU I

Région	Généralistes	Spécialistes	Total
Limousin	50	30	80
Val de Loire	74	6	80
Haute Normandie	64	36	100
Provence	70	30	100
Ouest (Nantes)	55	0	55
Total	313	102	415
(%)	(75,4)	(24,6)	(100)

TABLEAU III

Nombre moyen de revues reçues par les généralistes

	A titre gracieux	A titre onéreux
Limousin	5,5	2
Val de Loire	5,5	2
Haute Normandie	4,5	2,2
Provence	9	2,3
Ouest (Nantes)	3	2,7
Moyenne «nationale»	5,5	2,2

TABLEAU IV

Ordre de préférencee du type d'article

	Mise au point très brève	Fait clinique	Article original	Revue générale très complète	Thérapeutique
Limousin	1	5	2	3	3
Val de Loire	1	3	5	4	2
Hte Normandie	2	3	4	5	1
Provence	1	3	4	5	2
Ouest (Nantes)	1	3	4	5	2

TABLEAU V

	Pourcentage de médecins généralistes partisans de la question d'internat
Limousin	50
Val de Loire	45
Haute Normandie	38
Provence	50
Ouest (Nantes)	38

TABLEAU VI

	Pourcentage de médecins conservant tout ou partie des revues médicales
Limousin	50
Val de Loire	77
Haute Normandie	85
Provence	73
Ouest (Nantes)	«le plus souvent»

TABLEAU II

	Limousin	Val de Loire	Hte Normandie	Provence	Ouest (Nantes)	Total Nombre	%
Nombre de questionnaires utilisables	80	80	100	100	55	415	100
C.H.U.	45	40	18	57	55	215	51,8
Ville > 5.000 hab.	8	13	68	38	—	127	30,6
Ville < 5.000 hab.	27	27	14	5	—	73	17,6
Généralistes	50	74	64	70	55	313	75,4
Spécialistes	30	6	36	30	—	102	24,6
Méd. libérale	41 (51,2%)	67 (83,7%)	55	58	45	266	64
Méd. salariale	8		7	3	—		
Méd. mixte	8	13	38	12	10		
Exercice groupe	22	35	47	27	23	154	41,8*
Exercice seul	26	45	53	58	32	214	58,2*
Thèse > 1959	56	34	60	52	39	242	58,2
Thèse < 1959	24	46	40	48	16	173	41,8

* sur 368 méd. libéraux

Discussion

Mr. G.A. MARCHAL:

Je vous remercie Mr HODARA, et tout particulièrement d'avoir discuté la validation de vos premiers résultats. J'ai une question à vous poser. C'est l'éternelle histoire de la médecine de groupe. Est-ce que vous admettez le point de vue de SYNDICAT DE MEDECINE DE GROUPE, qui accepte les associations à deux? Est-ce que pour vous deux c'est un groupe, ou est-ce simplement une association?

Mr HODARA:

Je n'ai pas d'avis personnel là-desus, et comme je n'ai pas fait moi-même les enquêtes, je ne peux pas vous répondre.

Mr G.A. MARCHAL:

C'est à dire que quand on regarde les chiffres de près, on s'aperçoit que presque la moitié des médecins considérés comme travaillant en groupe sont deux. Ce n'est pas tout à fait un groupe pour moi, mais ceci n'est qu'une taquinerie.

Je voudrais faire une remarque sur la publicité et peut-être expliquer l'attitude contradictoire des médecins. Dans une étude récente faite par MAZZINI pour l'UNION DES ANNONCEURS, nous sommes arrivés à une conclusion qui est valable pour l'ensemble du corps médical. Il y a deux problèmes qui n'ont rien à voir l'un avec l'autre. Il y a le fait de la publicité contre laquelle on prétend être, et d'autre part le chemin de cette dernière dans la mémoire ou l'inconscient. J'avoue que c'est merveilleux qu'un médecin dise être influencé par la publicité. A mon avis, il n'en sait rien. Il croit l'être et il l'avoue, après tout, cela peut être considéré comme courtois.

Mr J. DE CHARON (PARIS):

Il y a une chose que je regrette, c'est que l'on ne soit pas allé plus profondément dans l'enquête et qu'on n'ait pas fait la différence entre presse très spécialisée et la presse de formation. Ainsi, j'ai été choqué par la question: «Conservez-vous tout ou partie de la presse médicale?» Le réflexe immédiat c'est: je conserve le Concours Médical et la Gazette Médicale. L'enquête est, à ce niveau-là, complétement biaisée.

Mr HODARA:

Je me réjouis personnellement des premiers résultats obtenus qui ne font que recouper l'enquête de l'UNION DES ANNONCEURS. Je pense d'ailleurs que plus il y aura d'enquêtes de ce type là, et de sources différentes, mieux cela vaudra. Ces enquêtes je vous le rappelle, ont été diligentées par la Gazette Médicale de France. Mais je vous rappelle qu'il y a cinq Facultés de Province pour l'instant qui ont suscité cinq thèses de Doctorat en Médecine. Ce sont des thèses universitaires, sans relation avec l'éditeur de la Gazette Médicale et encore moins avec l'UNION DES ANNONCEURS. Il y a des failles bien sûr dans cette enquête, mais je pense qu'on pourrait la compléter.

Synthèse de 10 ans de sondages pratiques notamment par le C.E.S.S.I.M. sur la presse médicale

J. PERRIN*

En dix minutes il me semble quelque peu difficile de vouloir résumer 10 ans de sondages sur la Presse Médicale. Je vous propose donc de réaliser un tour rapide des études qui ont été faites et d'essayer d'en tirer des conclusions.

C'est en 1968 que la première véritable étude d'audience sur la Presse Médicale a vu le jour; nous la devons á notre ami François ANGER, qui eut d'ailleurs bien du mal à faire valoir les résultats de cette étude et de celle qu'il réalisa également en 1970. En effet, ces études qui portaient principalement sur la lecture dernière période, la lecture habituelle et la provenance des revues lues, eurent des conséquences comparables à celles de l'arrivée de l'I.M.S. et de DOREMA dans les laboratoires pharmaceutiques: c'est à dire une grande confusion. Les éditeurs ne retrouvaient pas les lecteurs qu'ils escomptaient; de grandes disparités étaient alors relevées entre tirage et nombre de lecteurs. Enfin, comme toujours, un phénomène global de rejet naquit et la valeur des études fut donc remise en cause. Un besoin demeurait cependant: la recherche collective de la vérité par les annonceurs et les agences, la presse et les supports.

Je déplore en passant qu'un colloque digne de ce nom sur un sujet aussi sérieux que «Présent et Avenir de la Presse Médicale» ait laissé dans l'ombre le «Phénomène Tabloïd», ainsi que les deux principales parties intéressées par la Presse Médicale, je veux dire les Laboratoires Pharmaceutiques (qui représentent une moyenne de 50 % du contenu de nos supports) et les Médecins Praticiens, principaux intéressés, qui sont nos lecteurs.

C'est donc en 1972 qu'un organisme collectif indépendant, fiable, ayant la confiance des différentes parties prenantes, fut créé: le C.E.S.S.I.M., Centre d'Etude sur les Supports de l'Information Médicale. Depuis 7 ans, le C.E.S.S.I.M. a donc étudié les problèmes d'audience de la Presse Médicale en réalisant une douzaine d'études, dont neuf concernent directement la presse.

Les principaux thèmes traités dans ces études ont été: l'audience de la Presse Médicale Nationale et Régionale auprès des Médecins Généralistes, des Médecins Spécialistes, des Hospitaliers et des Etudiants de 2ème et 3ème cycles.

QUEL BILAN PEUT-ON TIRER DE CES ETUDES?

Comme tout bilan, celui des études d'audience de la Presse Médicale présente à la fois un actif et un passif.

A l'actif: il faut enregistrer une plus grande connaissance de la Presse Médicale qui en

* Le Perfectionnement du Praticien, Paris

résulte: l'annonceur connait enfin les lecteurs auxquels il s'adresse et peut ainsi établir un coût au lecteur utile et efficace et mettre en place un plan presse rationnel, Pour les revues, les avantages sont également indéniables; une meilleure connaissance de leur audience rend possible une meilleure information sur les besoins des lecteurs. A l'actif également, il faut encore noter la faiblesse du prix de souscription à ces études.

Du côté du passif, on comptabilisera la sous-utilisation des résultats, voire leur mauvaise utilisation. L'information disponible n'est pas complètement exploitée. Pour beaucoup, les résultats des études d'audience permettent simplement d'aboutir à un palmarès dans la compétition que se livrent les revues médicales.

C'est pour cette raison que le C.E.S.S.I.M. organise périodiquement un séminaire de deux jours consacré à l'utilisation des études C.E.S.S.I.M. et du Media-planning.

QUELLES SONT LES GRANDES TENDANCES DE LA PRESSE MEDICALE?

Les constatations les plus significatives sont les suivantes: L'obésité n'est pas propice à la lecture: la surabondance publicitaire dans certains titres risque d'entraîner l'obésité, et par conséquent le désintérêt du lecteur. Il est nécessaire d'assurer la spécificité des moyens de communication, l'image de la revue se doit d'être marquée. N'oublions pas que l'on ne peut pas s'adresser (en termes de communication) de la même manière à un médecin rural du fin fond de la Lozère ou à un éminent professeur agrégé de Paris. Enfin trois grandes tendances ou types de presse se dégagent: la presse d'information du type tabloïd, la presse de formation médicale, la presse syndicale qui (faisant très souvent double emploi avec la presse d'information) voit son audience baisser d'étude en étude.

Je terminerai en rappelant qu'à mon avis, il n'y a pas d'information possible du corps médical sans formation préalable efficace.

Discussion

Prof. F. BESANCON (Paris):

En quoi est-ce que l'explosion démographique bouleverse les résultats?

Dr J. PERRIN:

Et bien, elle bouleverse les résultats sur trois plans. Le premier concerne la constitution d'un fichier. Quand on était habitué à une augmentation du corps médical de 1500 unités par an et que d'un seul coup, on arrive à 5 à 6000 unités médicales de médecins, cela représente des mouvements énormes dans un fichier. Le deuxième problème est que l'introduction de 5000 médecins nouveaux depuis trois ans, soit 15000 en trois ans, a entraîné un bouleversement de l'activité des clientèles médicales. Telle clientèle médicale qui était pléthorique est devenue plus stable, tandis que tel jeune médecin a plié bagage au bout de six mois pour aller faire de la visite médicale car il était quasiment en faillite. Troisièmement, il y a un divorce profond de la mentalité de lecture entre la génération de 68 qui arrive actuellement sur le marché et les générations antérieures. Et un certain nombre de publications n'ont pas su s'adapter. Quatrièmement, pour suivre ce mouvement, il est nécessaire de disposer d'un grand nombre d'exemplaires pour se faire connaître. Ce n'est pas toujours possible. Et puis, cinquièmement, il y a le problème de l'étudiant en Médecine. Il y a quand même dans les facultés de médecine françaises 100000 étudiants, 50000 dans les deux premiers cycles, disons 30000 en première année, 20000 en deuxième année, puis 10000 à peu près après. Ceci représente environ 50000 étudiants pour lesquels les publications médicales se battent farouchement pour obtenir des abonnés. Car si le médecin lit les publications, l'étudiant s'abonne. Et actuellement, vous n'avez qu'à regarder dans vos C.H.U., vous avez des présentoirs partout.

Dr COEUR (Lyon):

Vous avez regretté tout à l'heure qu'on se soit trop intéressé aux auteurs, cela a été vrai ce matin, mais sur un sujet tout à fait différent. La presse dont nous parlons cet après-midi est une presse à visée pédagogique, qu'il s'agisse d'étudiants comme vous venez de le dire ou de recyclage, d'enseignement post-universitaire au sens très large. En réalité, ce problème est important et je ferai également la critique aux organisateurs de ne l'avoir pas inséré dans le programme de cet après-midi. En effet, ces auteurs qui sont-ils? Comment sont-ils recrutés? Sont-ils volontaires? Est-ce qu'ils sont soumis au contrôle d'un comité de lecture? Autrement dit, quels sont les problèmes des revues avec les auteurs potentiels? Il y a un autre problème, c'est celui du profit retiré par les auteurs. Je ne ferai évidemment pas allusion au financement éventuel de ces articles, qui peut être une question à poser. Je m'attache-

rai plutôt à l'exploitation intellectuelle de ce travail. Or bien que ce soit un travail pédagogique, il est méprisé, et ce matin on a parlé de publications de «chefs de clinique en mal de copies». Ce genre de publications est aussi méprisé par les membres du Comité Consultatif des Universités. Quand on veut fabriquer un Professeur Agrégé, on se soucie beaucoup de ses travaux scientifiques, on ne se soucie pas beaucoup de ses capacités de pédagogue. Or, ce que l'on demande aux auteurs c'est de faire un article clair, qui puisse être bien compris par un étudiant ou par un praticien qui a oublié les bases fondamentales. Il est donc malheureux que les jury ne tiennent pas suffisamment compte de ces articles didactiques.

Mr D. LAURENT (Creteil):

Je voudrais poser deux questions aux 3 précédents orateurs. Quel est le temps que les médecins généralistes ou spécialistes consacrent à la lecture de leur presse professionnelle? Quel est l'argent qu'ils consentiraient à y investir dans la situation actuelle?

Dr J. PERRIN:

A la deuxième question je réponds: le moins possible, même s'ils disent le contraire. Il est regrettable que les médecins ne fassent pas la différence entre les prix apparent et réel de leurs abonnements, car ils sont très variables d'une revue à l'autre. Pour ce qui concerne le temps consacré à la lecture, l'ensemble du corps médical y consacre près de six heures par semaine. Ces six heures se répartissent à peu près à égalité entre la presse d'information feuilletée et trois heures de travail réel sur l'ensemble des publications. Ceci ne concerne bien entendu pas les 25% de médecins qui ne lisent rien.

Mr G.A. MARCHAL:

Mr HODARA, êtes-vous d'accord avec les chiffres de J. PERRIN ou pas?

Mr HODARA:

Le temps de lecture est, d'après ma statistique, de 50 minutes par jour.

Relations entre périodiques médicaux et grande presse

F. BESANÇON*

Les informations médicales font désormais les gros titres des media à grande diffusion. Cette littérature secondaire, au sens technique du terme, rogne les positions des publications primaires. Il revient aux périodiques médicaux d'éviter de se laisser:

1) **Prendre de vitesse:** ni par les auteurs, tentés par les média, ni par les reporters, tentés d'obtenir les fascicules en sortie de presse, et de violer l'embargo jusqu'à la date officielle de publication. Sinon, les malades en remontrent aux médecins, et l'on observe de curieux mouvements boursiers. Un des remèdes est d'insérer des pages d'informations, au risque qu'elles soient coûteuses et douteuses.

2) **Déformer** par quiconque est avide de sensationnel. Pourtant, il ne faut pas renoncer à publier du nouveau et du clair. La publication d'essais par tirage au sort et double insu risque d'altérer la confiance des malades envers les médecins hospitaliers.

3) Utiliser par les puissances financières. Il leur arrive de courtcircuiter les journalistes médicaux professionnels, pour insérer des publicités rédactionnelles, colorées en compte-rendus de Congrès ou de publications. Elles y consacrent des ressources qui manquent aux journaux médicaux. Il revient à ceux-ci comme aux auteurs d'animer la solidarité professionnelle. Aux organisateurs de Congrès, de favoriser les vraies tables rondes au détriment des faussses.

Références:

INGELFINGER F.: Shattuck lecture. The general medical journal: for readers or repositories? **New Engl. J. Med.**, 1977, **296**, 1258-1264.

* Clinique de Sémiologie Médicale, Hôtel-Dieu, Paris.

La part des annonceurs dans la survie ou le développement des périodiques médicaux

G. A. MARCHAL*

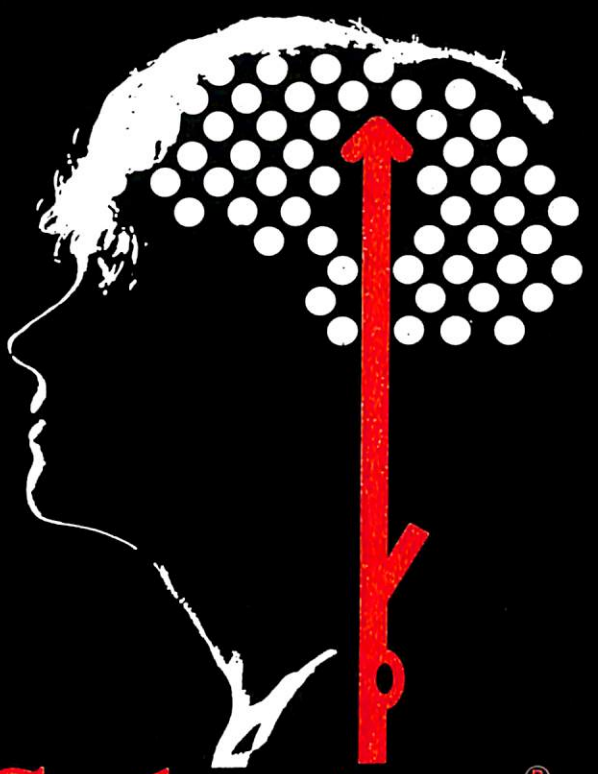
L'attention des annonceurs pour un périodique quel qu'il soit est fonction des annonces publicitaires qu'ils y font paraître. Les responsables du périodique y sont bien sûr intéressés, ce qui justifie et explique l'emploi du mot support. Une revue supporte, lorsqu'elle le souhaite, le tolère ou le veut des pages de publicité. Ceci permet d'évoquer ce qui devrait être une de ses premières préoccupations: abandonner l'exercice du plaisir de paraître et de faire paraître pour celui d'intéresser, de former ou de distraire. Pour y parvenir, elle doit être comprise et il faut en conséquence que le lecteur ait la formation, le comportement qui lui permette de décrypter le langage de l'émetteur. Cette remarque dépasse les nécessités de l'information ou de la formation, car on ne peut parler dans le desert ou écrire sans être lu. Ceci explique que les annonceurs qui ne sont pas, par essence, désintéressés, posent des questions précises sur les buts des périodiques médicaux.

C'est ainsi que nous avons désormais l'habitude, au-delà d'une simple fiche signalétique, d'interroger tout créateur d'un nouveau périodique sur le mode suivant: pourquoi cette création et, immédiatement ensuite, pour qui, quand, et surtout comment, avec qui, et naturellement parce que nous voulons connaître le coût de notre acquiescement, à quel prix? Voici quelques précisions parmi ces interrogations: est-il unique en son genre? source du fichier? les articles sont-ils réécrits en fonction des lecteurs? faites-vous un appel à des journalistes professionnels?... Ne croyez pas qu'il y a là effraction ou indiscrétion, chacun est maître chez soi, l'éditeur et son rédacteur en chef comme l'annonceur. Mais nous voulons savoir quelle chance nous avons d'être vus et peut-être entendus par tel ou tel membre du corps médical.

Les diverses sortes de périodiques vous ont été précédemment décrites, mais leur lecture est inégale et notre charge également. Qu'il s'agisse de revues de formation permanente ou de journaux d'information, la part dans le financement de ces entreprises, assurée par les laboratoires pharmaceutiques, est considérable: de 60 à 90 %, sur un chiffre total d'affaires de la presse, approximatif, entre 250 000 000 et 300 000 000 de FF, suivant les estimations. Cette participation financière est volontaire car nous avons besoin de revues lues par ceux qui prescrivent nos produits. Par contre les journaux syndicalistes, et surtout les revues destinées aux spécialistes, ont une participation financière des laboratoires infiniment moindre (autour de 10 à 20 %). Ceux-ci n'ignorent pas en effet que les médecins spécialistes suivent obligatoirement (sinon comment seraient-ils spécialistes?) la recherche et la spécialisation de médicaments utilisables dans leur art. Ce faible pourcentage est donc déjà une manière de dire merci, de prendre en considération leurs prescriptions en les

* Laboratoires Roussel, 35 Boulevard des Invalides, 75007 Paris

Parce qu'elle était athéroscléreuse avant d'être insuffisante vasculaire



Indications: insuffisances artérielles périphérique et cérébrale.
Effets secondaires: SULOCTON est dénué de toxicité et est bien toléré.
Précautions: on évitera la prescription du médicament durant la grossesse, bien qu'expérimentalement SULOCTON soit dépourvu d'action tératogène.
Il n'y a pas d'inconvénient d'administrer SULOCTON à des patients soumis à un traitement par anticoagulants de type coumarinique et aux diabétiques.
Posologie: 3 gélules à 100 mg par jour.
Conditionnement: 50 et 100 gélules dosées à 100 mg.
Formule: Suloctidil.100mg/ Mannitol./Silic.oxyd./ Gelat./Glycerol./Amyl./ Talc.pro capsul.gelat.una/ Ferr.oxyd.flav.(E172)/ Natr.indigotinodisulf. (E132)/Titan.oxyd.(E171) pro color.
Validité: voir emballage 213.S65.F4.

3 x 1 gélule/jour

Sulocton®

Traite l'insuffisance vasculaire
S'oppose à l'évolution de l'athérosclérose

CENTRE DE RECHERCHES BELGE
CONTINENTAL PHARMA
Av.Louise 135 / 1050 Bruxelles
T: 02/537.80.70

CREACTION

PLASTENAN®

Prévention et traitement des troubles de la réparation cutanée et osseuse.

COMPOSITION :

Acide N-acétyl-amino-6-Hexanoïque (sel de sodium).

PRESENTATIONS :

Boîte de 10 ampoules de **soluté buvable** 20 ml à 5 g de principe actif.
Tube de 40 g de **pommade** contenant 2 g de principe actif.

PROPRIETES :

Par son action sur le tissu conjonctif, le PLASTENAN **favorise la cicatrisation cutanée et la réparation osseuse, et évite les cicatrisations vicieuses.**

INDICATIONS :

Soluté buvable :

— Retard de cicatrisation des plaies cutanées quelle qu'en soit l'origine et quelle qu'en soit l'étendue.
— Prévention des séquelles de la cicatrisation cutanée telles que : cicatrices hypertrophiques, chéloïdes, brides, rétractions.
— Facilitation de la prise des autogreffes cutanées.
— Augmentation de la durée de tolérance des homogreffes cutanées.
— Prévention du phénomène de rejet accéléré des homogreffes itératives.
— Facilitation de l'épithélisation.
— Retard de consolidation des fractures.

Pommade :

L'application de PLASTENAN pommade est indiquée chaque fois que l'on désire faciliter la cicatrisation cutanée et obtenir des cicatrices de bonne qualité.

— Plaies traumatiques.
— Plaies opératoires après désunion.
— Ostéites fistuleuses.
— Pertes de substance cutanée juxta-osseuses.
— Ulcères variqueux.
— Ulcères sur artériolites.
— Escarres (à titre curatif et préventif).
— Plaies thermiques de petite et moyenne étendue (prévention des rétractions et des chéloïdes).

POSOLOGIE ET MODE D'EMPLOI :

Ampoules buvables :

Adultes : 20 g par 24 heures, répartis en 4 prises de 5 g toutes les 6 heures (soit environ 300 mg par kg de poids corporel et par 24 heures).
Enfants : La posologie quotidienne, répartie comme chez l'adulte en 3 à 4 prises, sera calculée en fonction du poids et sur la base de 300 mg/kg.
La solution de PLASTENAN étant hypertonique, il est conseillé de la diluer dans un verre d'eau, jus de fruit, etc., selon le goût du patient.

Pommade :

Avant application de PLASTENAN pommade, les plaies ou ulcères doivent être soumis à une détersion (TRYPSINE CHOAY), et à une désinfection.
L'application de la pommade doit être faite en couche épaisse sous pansement de gaze, à renouveler en général 3 fois par semaine.
Dans certaines indications, le pansement occlusif peut être maintenu plus longtemps.
En tant que traitement préventif des escarres, en particulier fessières, PLASTENAN pommade sera appliqué par un massage léger 2 fois par jour et aussi longtemps que nécessaire.
Il n'existe pas de contre-indication connue à l'emploi de PLASTENAN. Cependant il convient de ne pas administrer les ampoules durant la grossesse. L'emploi de la pommade doit s'accompagner des précautions d'asepsie d'usage.

Formules :

Amp. : Natr. epsilon acetamidocaproïc 250 mg - Aqua distillata ad 1 ml
Pom. : Natrii acexamas 5 g - Acid. sorbic. - Perhydrosqualen - Xalifin 15 - Aqua dist. q. s. ad 100 g.

Egalement disponible : PLASTENAN NEOMYCINE pommade.

Licence Chaoy : Ets A. de BOURNONVILLE et Fils, S. A.
Rue aux Fleurs 30-38 - 1000 Bruxelles

®Lopresor
(métoprolol)

CIBA

Voltaren®
Geigy

100 comprimés à 25 mg
12 suppositoires à 100 mg

Insuffisance cérébrale ?

OXYGERON

INTENSIFICATEUR
DES FONCTIONS CEREBRALES

ACTIONS ET APPLICATIONS THERAPEUTIQUES
L'action sélective de l'Oxygeron sur les fonctions mentales améliore ou restaure les capacités d'association, de concentration et de mémorisation, entraînant ainsi une meilleure adaptation à l'environnement, principalement par une action métabolique et également par la régularisation de l'hémodynamique locale.

INDICATIONS
L'Oxygeron est indiqué dans les cas suivants :
— Insuffisance cérébrale même chez des patients présentant une maladie vasculaire oblitérante due à des changements dégénératifs de la paroi des vaisseaux sanguins.
— épisodes d'ischémie cérébrale associées à des troubles vasculaires artérioscléreux et après un traumatisme,
— troubles vasculaires dans la région optique,
— migraines, céphalées et vertiges (étourdissements).

Les gélules d'Oxygeron contiennent des granules à diffusion lente qui libèrent le composant actif (Vincamine) de manière continue pendant une période de 10 à 12 heures, quelle que soit l'acidité ou l'activité enzymatique du tube digestif.

ADMINISTRATION ET DOSAGE
La dose habituelle d'Oxygeron est d'une gélule, administrée par voie toutes les 12 heures.

CONTRE-INDICATIONS
Grossesse.

EFFETS SECONDAIRES
Se présentent rarement et sont très légers. Des cas de nausées rougeur de la face ont été rapportés.

PRECAUTIONS A PRENDRE
Ne pas mâcher les granules contenus dans la gélule afin de pr la résorption continue.

CONDITIONNEMENTS
Emballages de 20 et 40 gélules.

FORMULE
Vincamine 30 mg · Sucrosum · Amylum · Ac. stearicum · Polyvi Lactosum · Talc. · Shellac · Polymeric methacryl. · Gelatina · Patente Erythrosine · q.s. pro gelula una.

Avenue Monplaisir 33
1030 Bruxelles
Tél. 02/216.16.01 - 216.16.02

Will-Pharm
BENELU

aidant dans l'édition de leurs revues. Dans les revues tout à fait scientifiques, la publicité n'existe presque plus. Le mécénat n'est guère encouragé dans notre pays. Ce point explique que dans le pays des fondations, les USA, – contrepartie d'un libéralisme qui permet aux fabricants de prélever sur des marges nettement plus importantes des sommes non négligeables – les revues scientifiques ainsi que le J.A.M.A. aient une publicité justificative en portefeuille. Souvent évoqué en France lors de la création de nouvelles revues de spécialités, ce mécénat ne peut être mis en avant sans déception pour les demandeurs. En effet, nous sommes responsables de nos dépenses, non seulement à l'égard de nos entreprises, mais de l'Etat qui, via diverses commissions, observe nos dépenses promotionnelles, et détermine le prix des spécialités pharmaceutiques.

Même si cette situation n'existait pas, nous nous devons d'avoir des rapports de dignité et de scrupule avec la presse et ses éditeurs. Il n'y a pas de relations vraies basées sur le mépris de l'un par rapport à l'autre. L'honneur n'est pas une situation inégalitaire. Aussi avons-nous depuis longtemps établi avec les dirigeants de la presse médicale et singulièrement avec Monsieur MIGNON, un code d'éthique. Il est très compréhensible que certains créateurs n'étant pas des hommes d'argent aient tendance pour se préserver de toute compromission, même imaginaire, à mésestimer ceux qui les aident et tendent à les souhaiter invisibles. Il est non moins certain que quelques annonceurs-payeurs s'arrogeraient volontiers tous les droits et voudraient peser sur leurs supposés obligés en exigeant d'eux la parution de n'importe quel article. Nous nous refusons à toute relation de cet ordre. Un annonceur doit se décider à insérer de la publicité pour des raisons techniques et cet achat accompli volontairement, lucidement, l'éditeur ne lui doit rien d'autre qu'une naturelle courtoisie. Je l'ai dit et redit.

L'Union des Annonceurs n'a échoué que sur un seul point: nous n'avons pas pu trouver une solution à la parution, sans suspicion «à priori», des articles thérapeutiques issus des travaux scientifiques ou cliniques des laboratoires. Cette élimination presque systématique pose le problème de la thérapeutique dans les revues médicales. La thérapeutique vient à la fin, après toutes les autres disciplines. Ne peut-elle être abordée qu'au prix de solutions hypocrites ou critiques, et un article émanant d'un laboratoire peut-il être examiné par un comité de rédaction autrement qu'avec des pincettes? Il faut bien savoir que l'industrie pharmaceutique considère la presse médicale avec sérieux. Cela sans doute n'exclut ni la sympathie, ni d'éventuelles aides à des publications ayant des difficultés financières, mais cette aide ne peut être que limitée et elle ressortit davantage à un budget de relations extérieures qu'à des dépenses publicitaires.

Arrivé à ce point de mon bref exposé, il me faut bien reconnaître que les revues hautement scientifiques ne semblent pouvoir trouver en France, actuellement et sans doute dans les années à venir, qu'un public restreint, et que le budget qui leur fait défaut est sans doute lié à leur insuffisante exportation. Nous nous trouvons dans ce domaine insuffisamment informés de ce qu'attendent les lecteurs habitués à une réelle rigueur scientifique. Cela serait sans doute plus aisé si l'école française arrivait à créer une image internationale moins floue et plus proche de la qualité réelle de nos chercheurs et de nos médecins. Le lancement d'une nouvelle revue est toujours aléatoire. Naturellement, les milieux professionnels, les bibliothécaires et les libraires sont aptes par le bouche à oreille à le favoriser, mais c'est un travail lent qui suppose que les dépenses soient couvertes par des recettes (abonnements et parfois publicité). Ceci sous-entend, bien sûr, des textes de qualité, des comités de rédaction accomplissant pleinement leur rôle, et une édition soigneuse, pour que le résultat final ne déçoive ni les lecteurs, ni les auteurs.

Les hommes de communication que sont les annonceurs peuvent y réfléchir avec les entrepreneurs de presse. Plus nos techniques d'analyse se perfectionneront, plus les besoins et les aptitudes des lecteurs seront

cernés et définis et les techniques d'écriture adéquates aux diverses cultures précisées. Les langages sont différents pour les étudiants et les omnipraticiens et pour ceux-là, certains sont curieux et ne se contentent pas d'à peu près scientifiques tandis que d'autres se disent réalistes et veulent des textes courts, presque des recettes pratiques.

Les annonceurs considèrent ce tableau sans aucun préjugé. Les éditeurs et les rédacteurs en chef des revues ont à méditer cette situation. Nous supposons qu'elle aboutira sans doute à des revues de deux ordres: les unes d'information ou de culture générale médicale, et des revues très spécialisées s'adressant à un public plus restreint. Les unes et les autres sont complémentaires, la spécialisation n'empêchant pas l'information générale. Mais l'annonceur redoute avant tout les revues sans lecteurs. Mieux vaudrait-il peut-être des publications clairement orientées, même si leur tirage est faible, que des publications plus ambitieuses mais négligées et mal lues. Cette tendance existe mais a besoin de s'affiner. L'essentiel pour l'annonceur serait alors que la publicité y soit accueillie en tant que telle et non pas comme une subvention.

Information cancérologique des médecins généralistes

I. Situation actuelle et besoins exprimés par le Groupe de Rédaction en Cancérologie Clinique*

RESUME

A partir des rares données dont on dispose, le degré de connaissances cancérologiques des médecins généralistes paraît susceptible d'être sensiblement amélioré. La source de ces connaissances est représentée essentiellement par les revues et livres médicaux d'une part et, d'autre part, les relations épistolaires, téléphoniques ou directes avec d'autres médecins spécialistes à l'occasion du suivi des malades cancéreux; la place de l'enseignement universitaire apparaît restreinte, plus encore que celle de la formation médicale permanente; l'information écrite reçue est largement critiquée, dans la forme plus que dans le fond. Les besoins exprimés par les médecins sont encore formulés de façon imprécise. Les problèmes diagnostiques et thérapeutiques suscitent un intérêt manifeste mais des domaines comme la prévention et la surveillance où le rôle des généralistes est pourtant important semblent l'objet d'une relative désaffection. La plupart des médecins réclament des informations concises, plus claires, plus cohérentes et moins axées sur le sensationnel. Plus de la moitié d'entre eux expriment le vœu d'être mieux informés.

L'information médicale correspond encore souvent aux possibilités et aux décisions des informateurs plus qu'aux besoins des informés; parce que c'est une tendance naturelle mais aussi parce que les besoins d'informations sont souvent mal appréhendés, y compris par les intéressés eux-mêmes: ainsi on observe régulièrement que des sujets-vedettes cachent quelques vrais problèmes.

Ces difficultés paraissent particulièrement aiguës en cancérologie qui ne correspond pas à une discipline individualisée mais plutôt à un carrefour de presque toutes les spécialités avec la médecine générale.

Ces deux préalables ont conduit à constituer un groupe pluridisciplinaire composé de médecins intéressés de près ou de loin aux cancers et présentant une vue aussi large que possible de la cancérologie clinique. L'ambition de ce groupe est de cerner le mieux possible les besoins réels en information cancérologique des médecins et en particulier des généralistes pour y répondre de la façon la plus adaptée possible (cf. communication suivante).

* Constitué par M. ADLOFF (Chirurgien, Schiltigheim), H. BREMOND (Gynécologue, Lyon), J. BRUGERE (Chirurgien tête et cou, Paris), B. CHATELAIN (Généraliste, Feucherolles), J. FRANIATTE (Radiothérapeute, Brest), B. HŒRNI (Cancérologue interniste, Bordeaux), J. P. KLEISBANER (Pneumologue, Marseille), J. C. LORIN (Interniste, Mont-de-Marsan), J. C. MANDARD (Anatomopathologiste, Caen), M. MÉOU (Généraliste, Cavaillon), C. PARMENTIER (Radio-isotopiste, Villejuif), H. SANCHO-GARNIER (Dermatologue, statisticienne, Villejuif), M. SCHNEIDER (Hématologiste, Nice), S. SCHRAUB (Radiothérapeute, Besançon) et R. ZITTOUN (Hématologiste, Paris)

Communication présentée par B. HŒRNI, Fondation Bergonié, 180, rue de Saint-Genès, 33076 BORDEAUX CEDEX

Dans cet article, on a surtout repris les quelques données disponibles, émanant essentiellement des enquêtes conduites en Aquitaine par la Fondation Bergonié qui ont fait l'objet de trois thèses (Provost, 1975; Castera, 1976; Gourbat, 1976) et d'articles originaux en dérivant (Hœrni et coll., 1976; Hœrni et Lagarde, 1977), auxquels seront empruntés, l'essentiel des données objectives présentées ici. Les commentaires, qui les suivent, émanent de discussions collectives et expriment des réflexions conduites au sein du Groupe de Rédaction en Cancérologie Clinique.

On envisage successivement l'état actuel de l'information cancérologique des généralistes et les besoins exprimés par ces médecins.

I.- SITUATION ACTUELLE:

On essaiera tout d'abord d'apprécier le degré des connaissances cancérologiques des omnipraticiens avant de préciser quelles sont leurs principales sources d'information.

- A) Degré de connaissances:

On ne dispose pas d'une juste appréciation des connaisssances des médecins généralistes. Néanmoins quelques données ont pu être obtenues par le biais d'une enquête sur l'estimation pronostique.

C'est ainsi que lorsqu'on demande «quels sont, dans votre expérience, les types de cancers qui vous paraissent les plus curables?», on obtient les réponses suivantes classées par importance décroissante:

les cancers de la peau	cités par 58 % des médecins
les cancers du sein	cités par 55 % des médecins
les cancers de l'utérus	cités par 40 % des médecins
les cancers du côlon et du rectum	cités par 23 % des médecins
les cancers de la prostate	cités par 17 % des médecins
etc...	

La question «Croyez-vous que l'on puisse actuellement guérir la leucémie aigue lymphoblastique» est laissée sans réponse par 22 % des médecins répondants; la réponse est négative pour 40 % et positive pour 38 % des médecins. L'estimation chiffrée du taux de guérison est donnée par 24 % des médecins: elle va de 5 à 80 % avec une médiane à 20 % et une moyenne a 32 %. Il est à noter que la question posée ne différenciait pas les formes de l'adulte et celles de l'enfant et qu'aucun médecin n'a apporté cette distinction.

Trois autres questions concernaient de façon homogène la leucémie aiguë myéloblastique, la maladie de Hodgkin et le cancer du sein. La répartition des réponses est indiquée dans le tableau I. Pour les médecins qui ont chiffré le taux de guérison, la variation des réponses est importante puisque, pour le cancer du sein, il est estimé de 3 à 95 % avec une médiane à 60 % et une moyenne à 50 %; pour la maladie de Hodgkin, la zone de variation est presque aussi large, de 25 à 85 % avec une médiane à 70 % et une moyenne à 60 %, tandis que pour la leucémie aiguë myéloide, la fourchette est comprise entre 2 et 60 % avec une médiane à 20% et une moyenne à 15 %.

Ces résultats doivent être interprétés à la lumière des remarques suivantes:

1 L'enquête concernant le pronostic des cancers est celle qui a obtenu le moins de réponses, environ un tiers (alors que pour trois autres enquêtes effectuées dans les mêmes conditions, le taux de réponse a été voisin de 50 %); par conséquent les réponses recueillies ici émanaient vraisemblablement des médecins les plus motivés et/ou se sentant le plus aptes à répondre.

2 Le taux d'abstention à chaque réponse est élevé, de l'ordre de un médecin sur cinq, sauf pour les cancers du sein.

3 La moyenne des réponses peut être considérée comme assez proche de la normale, sauf pour les cancers du sein, mais il existe des écarts très important par rapport à cette moyenne.

4 Les réponses, qui s'écartent le plus de la réalité, concernent le cancer du sein qui est jugé presqu'aussi curable que les cancers de la peau et plus curable que la maladie de Hodgkin alors que les spécialistes n'évaluent pas le taux de cancers du sein guéris à plus de 10 à 20 % avec un recul de 20 ans ou plus (Il faut préciser que cette enquête a été réalisée au début de l'année 1975, c'est-à-dire avant la diffusion des résultats obtenus avec la chimiothérapie systématique post-opératoire). On apprécie que les cancers de la peau soient le plus souvent cités comme les plus curables mais on est étonné qu'ils ne le soient que par à peine un peu plus de la moitié des médecins répondants.

5 La perception de la notion de pronostic d'une façon statistique paraît très faible. A partir de cas personnels, plusieurs médecins insistent sur le caractère «imprévisible» de l'évolution d'un cancer. Un autre déclare que «le pronostic chez les cancéreux est déroutant» et un dernier «nos malades ne sont pas identiques pour l'âge, le stade de cancer, son siège... donc nous ne pouvons pas juger formellement».

6 Enfin il n'a pas été possible de déterminer si les médecins répondaient en fonction de leurs connaissances livresques ou de leur expérience personnelle. Beaucoup semblent avoir répondu d'après leur impression personnelle. Cela explique un taux élevé d'abstention parfois justifiées par une remarque comme «L'expérience d'un généraliste ne permet pas une étude statistique sur un nombre significatif» ou «je n'ai pas assez d'expérience en ce domaine pour pouvoir vous donner un avis». Mais la plupart ont nécessairement répondu en fonction d'informations exogènes, aucun n'ayant une expérience suffisante pour des cancers rares comme les hémopathies citées.

L'ensemble des réponses enregistrées témoigne d'un niveau de connaissances manifestement susceptible d'être amélioré. Le taux d'abstention élevé, des écarts très importants par rapport à la réalité pour bon nombre de réponses, une surestimation très nette du taux de curabilité des cancers du sein constituent a priori un tableau peu satisfaisant en particulier pour ceux qui sont chargés de l'enseignement, à l'échelle régionale ou nationale, en ce domaine. On peut certes remarquer que la réponse n'est pas toujours évidente: si pour la leucémie aiguë myéloide on peut affirmer qu'aucune série de malades guéris n'a encore été publiée, pour la leucémie aiguë lymphoide, il est difficile de donner une réponse globale confondant enfants et adultes. On peut aussi se demander si le pronostic constitue en cancérologie une donnée essentielle indispensable au généraliste. Mais il faut remarquer que c'est une donnée relativement simple à côté d'informations cliniques, paracliniques ou thérapeutiques dont la variabilité au fil des années n'est pas moindre. On rejoint ainsi la réflexion d'un médecin: «il est indéniable que les chances de guérison et surtout de rémission prolongée, comparées à celles obtenues au début de mon installation (il y a 22 ans) sont augmentées dans des proportions considérables et la chimiothérapie y est certainement pour beaucoup. J'ai vu quelques échecs nets il y a 15 ans, quelques très bons résultats ces dernières années».

Quoi qu'il en soit, les données ainsi recueillies et surprenantes à bien des égards incitent à pousser ce type de recherches pour disposer d'évaluations plus élaborées dans des domaines plus variés.

- B) Sources d'informations:

Quels sont les responsables de l'information actuelle, en cancérologie, des médecins et quelles sont les appréciations des généralistes à leur égard?

Les sources d'information ont pu être précisées pour la cancérologie en général et pour la chimiothérapie anticancéreuse en particulier. Elles sont reproduites dans le tableau II telles qu'elles sont déclarées par les généralistes. Aussi bien pour la cancérologie que pour la chimiothérapie, les principales sources déclarées sont d'une part les relations personnelles, épistolaires, téléphoniques ou directes avec les spécialistes, d'autre part les revues et livres médicaux. Les réunions de formation médicale permanente viennent loin derrière et plus loin encore l'enseignement universitaire. L'importance de ce dernier est moins négligeable pour la cancérologie en général que pour la chimiothérapie pour laquelle il apparaît à égalité avec l'influence des visiteurs médicaux.

En cancérologie, l'ensemble de cette information est jugé suffisant par 47 % des médecins, insuffisant par 39 % (14 % n'ont pas répondu); pour la chimiothérapie, elle est jugée insuffisante par 66 % des médecins et suffisante par 27 % (7 % n'ayant pas répondu). Il apparaît ainsi une demande d'information insatisfaite. Cette insatisfaction est de principe: «D'une façon générale, toute information post-universitaire est insuffisante». Mais elle apparaît nettement plus marquée pour la chimiothérapie que pour la cancérologie en général.

En fait cette insuffisance ressentie semble porter plus sur la qualité de l'information que sur la quantité. Un médecin l'estime «suffisante en ce qui concerne la clinique, insuffisante pour les explorations récentes les plus fines». La plupart des critiques exprimées concernent l'information relative à la chimiothérapie pour laquelle le degré d'insatisfaction est le plus élevé. Un médecin estime l'information «mal coordonnée», un autre «non adaptée aux problèmes quotidiens du médecin de famille», un encore «très inégale» et un dernier «insuffisante pour la culture générale, suffisante pour la conduite des traitements». Un autre déclare qu'il reçoit «une mauvaise information sur la chimiothérapie, anarchique et sans véritable avis de pratiquant. Nous aimerions des avis compétents sur les résultats mais aussi une information sur l'utilisation et les indications thérapeutiques». Un autre déplore «la complexité des protocoles et leur variabilité d'une école à l'autre». Par ailleurs, les informations reçues sur les résultats de la chimiothérapie sont jugées: vérifiées en pratique par 40 % des médecins, sous-estimées par 3 % et surestimées par 37 % des médecins. Un généraliste les juge «surestimées seulement quand elles sont données par un laboratoire», un autre «discordantes» et 20 % ne se sont pas prononcés. La discordance entre l'information reçue jugée trop optimiste et les observations faites est importante puisque soulignée par près de la moitié des médecins.

Les insuffisances de l'information sont exprimées de façon diversifiée: «La chimiothérapie antimitotique de mes études se résume à celle qui concerne les malades hématologiques; la chimiothérapie d'appoint ou palliative des tumeurs solides nous l'avons glanée dans la presse ou dans les services de chirurgie ou de cancérologie autres que les centres anticancéreux». «Nous recevons une information très abondante et très variée mais au milieu de laquelle il est difficile de faire un tri rapide entre ce qui est intéressant et ce qui l'est moins». «Les guérisons de cancers sont malheureusement beaucoup moins nombreuses parmi mes clients (et si j'en juge par ce qu'ils me disent, parmi les clients de mes confrères) que ce que publient nos maîtres dans la grande presse: ou bien ils ne sont pas dupes et parlent ainsi pour encourager les malades à se laisser soigner, c'est un sentiment louable; ou bien ils sont sincères: ils doivent s'imaginer alors qu'ils ne revoient plus les malades parce qu'ils sont guéris; nous, malheureusement, signons les actes de décès». «Bien sûr, il y a les articles de revues: mais le médecin de famille voit assez rarement dans sa clientèle des leucémies et chacune de celles-ci pose un problème particulier alors que les articles de presse sont au contraire une étude sur un plan général... donc d'intérêt seulement spéculatif pour moi; la Formation médicale permanente reproduit le «défaut» (?) de la presse: étude

«générale» alors que nos cas sont particuliers».

Cette dernière réflexion introduit un facteur qui paraît essentiel: il y a une discordance certaine entre l'enseignement écrit ou oral souvent apporté par les cancérologues et ce qu'attend le médecin praticien. Le même médecin précise: «Les lettres particulières adressées par le spécialiste au médecin traitant et concernant le cas particulier de son malade sont la source la plus efficace de l'information». Cette idée est exprimée différemment par un autre médecin: «On trouve facilement dans la littérature des données théoriques sur la chimiothérapie anticancéreuse. On trouve moins souvent des données pratiques dont le but doit être de pallier le manque d'expérience dans le maniement de ces drogues: critères d'efficacité, rapidité d'action, contrôles à effectuer et leur rythme, arguments sur lesquels se baser pour modifier la thérapeutique». Autrement dit: «L'information sur la chimiothérapie se fait pour chaque malade rencontré porteur d'un cancer particulier». «Il faudrait, comme le fait B..., confier au médecin traitant un schéma thérapeutique lorsque le malade sort de l'hôpital».

Ces données font ressortir deux éléments essentiels:

1 Le rôle de la presse médicale au sens large paraît prépondérant pour l'information cancérologique de l'omnipraticien. Son influence est à la fois directe et indirecte par l'intermédiaire des spécialistes avec lesquels les généralistes sont nécessairement en rapport pour la quasi totalité des malades cancéreux; il n'a pas été précisé dans quelle mesure ces spécialistes sont soumis à l'influence de cette information écrite mais elle est certainement importante et vraisemblablement même plus importante que pour les généralistes. L'importance de cette formation médicale permanente par voie écrite, très supérieure à celle de l'enseignement universitaire, doit certainement conduire à lui accorder au moins autant d'attention et de soins qu'à l'enseignement universitaire.

2 Cette attention et ces soins paraissent d'autant plus requis que l'information reçue par l'omnipraticien est loin de lui donner satisfaction. L'insuffisance exprimée concerne la quantité mais plus encore la qualité de l' information. Cette dernière peut et doit certainement être améliorée et nous allons voir dans la seconde partie quels sont les desiderata exprimés par les généralistes.

II.- BESOINS EXPRIMES:

Quand cent médecins d'Aquitaine, choisis au hasard parmi ceux qui avaient répondu aux précédentes enquêtes de la Fondation Bergonié ont été contactés avant le lancement d'une publication périodique de Cancérologie clinique, 75 ont répondu. Ce taux de participation élevé témoigne de l'intérêt manifeste qui est exprimé en clair par 59 médecins qui se déclarent a priori «beaucoup intéressés» par une telle publication, tandis que 16 autres se déclarent «peu intéressés».

L'intérêt manifesté par ces 75 médecins pour les différents sujets et les différentes rubriques proposés est présenté dans le tableau III.

En ce qui concerne le domaine d'informations cancérologiques, il faut rappeler que les problèmes posés par les cancéreux aux généralistes sont considérés dans l'ensemble comme complexes, d'ordre psychologique deux fois plus souvent que de type proprement médical et plus rarement d'ordre social; seules les affections non organiques psychiatriques, psychologiques, fonctionnelles etc... sont fréquemment citées comme posant des problèmes plus complexes que ceux que posent les cancers.

Pourtant le tableau III indique que la préférence des généralistes va au dépistage et au diagnostic. Plusieurs médecins insistent sur l'utilité de mieux connaître les éléments du dépistage ou du diagnostic clinique avec son cortège d'examens complémentaires nécessaires car, une fois le diagnostic posé, l'omnipraticien «agit en relation très étroite avec

les centres spécialisés avec transmission d'information pour chaque cas particulier». Bien que le traitement échappe souvent à leur intervention, l'importance qui lui est accordée paraît bien naturelle. A l'opposé, les informations psychologiques recueillent peu de suffrages de même que celles qui touchent l'étiologie et avec elle la prévention. On est également surpris que l'évolution des cancers semble relativement négligée alors que les problèmes qu'elles posent concernent souvent le médecin de famille. Quelques commentaires laissent d'ailleurs apparaître que l'omnipraticien ressent comme une lourde charge la surveillance des malades traités, voire l'assistance de certaines malades qui «reviennent» mourir chez eux et qu'il souhaiterait plus d'information sur les risques des traitements anticancéreux et l'utilisation des antalgiques en cancérologie.

Une revue informelle des thèmes sur lesquels les équipes cancérologiques organisent des séances d'enseignement post-universitaire, à leur initiative ou, plus souvent, à la demande de groupes de médecins de divers types, montre qu'il existe quelques sujets-vedettes comme le cancer du sein, la maladie de Hodgkin, la chimiothérapie, la douleur chez les cancéreux, tandis que des domaines aussi importants que les cancers digestifs sont relativement négligés, encore qu'ils semblent souvent relever, dans l'esprit des médecins, de la gastro-entérologie plus que de la cancérologie.

On peut remarquer que dans bien des cas les sujets en vogue sont aussi ceux qui ont été mis en vogue par les cancérologues et autres enseignants. Peut être l'attention portée à l'étiologie et à la prévention aurait-elle été plus marquée dans l'enquête évoquée plus haut si une question propre à la prévention avait été posée.

Pour beaucoup de médecins, leur information cancérologique, comme certainement médicale en général, est limitée par un manque de temps. Aussi sont-ils amenés à opérer des choix exprimés par exemple ci-dessus et des restrictions comme la suivante: «La chimiothérapie anticancéreuse me semble une thérapeutique complexe devant être parfaitement codifiée et donc élaborée par un spécialiste. Elle échappe donc entièrement au généraliste. Pour ma part, je n'en connais que certains rudiments, ne faisant qu'appliquer les données écrites des spécialistes... et ne cherchant guère à en apprendre plus».

Quant à la **forme de l'information,** plusieurs médecins soulignent qu'elle doit être concise et claire et pas trop fréquente pour ne pas aggraver encore la marée de publications médicales à laquelle ils sont soumis. Nous avons vu l'intérêt manifesté pour les mises au point, les fiches techniques.

La plupart des médecins souhaitent un enseignement post-universitaire «simple et pratique», «sans baratin inutile», des «fiches très simples», «une publication régulière sur les progrès en matière de diagnostic», «des synthèses périodiques et pratiques sur les conduites à tenir qui nous permettraient de discuter avec les spécialistes à qui nous confions nos malades quelquefois avec un doute» ou, d'une façon plus détaillée, «un ouvrage simple et regroupant les grands types cliniques, les classifications ana-path. avec les modifications terminologiques (pour les adénopathies malignes en particulier) et les indications thérapeutiques (chirurgie, radiothérapie, chimiothérapie avec mise à jour des différents produits – désignés par leur nom commercial –, leurs différentes indications et leur maniement pratique»). «J'aimerais recevoir une mise au point brève mais précise sur les données actuelles des maladies cancéreuses: classification, étiologie, pronostic, traitement». «Et que ce soit un écrit **utilisable en contenu et en longueur** à notre niveau».

Quelques médecins d'Aquitaine demandent une information plus personnalisée: «Je souhaite une information succincte mais régulière sur vos résultats». «Je suggère qu'une bonne étude en soit faite à votre Fondation, mise à jour tous les 3 ou 4 ans et soit disponible soit au niveau de la Fondation, soit en librairie, soit par le canal d'un labora-

toire intéressé». Plusieurs demandent l'organisation de réunions de Formation Post-Universitaire au Centre anticancéreux régional. «Je pense qu'un einseignement post-universitaire, type 'Entretiens de Bichat' sur le plan régional est une **nécessité impérieuse**» précise l'un d'eux. D'autres souhaitent «des stages et une information médicale continue dans les centres mêmes de cancérologie».

Enfin quelques médecins ont exprimé le souhait d'être aidés par une information convenable du public pour favoriser l'intervention médicale et éviter d'apparentes contradictions parfois à l'origine de conflits. Cependant, cette information générale, qui pourrait être utile dans la mesure où elle rejoint une information médicale proprement dite, suscite des réserves: «Cette information sur le cancer est parfois une bonne chose mais beaucoup plus souvent une gêne énorme pour le médecin: dans notre milieu, qui n'a aucune éducation sanitaire, les malades reçoivent et interprétent mal l'information et n'en retirent que peur et préjugés difficiles à redresser». «La vulgarisation devrait être limitée au strict minimum pour attirer l'attention sur les signes d'alarme, aisément détectables par tout un chacun; elle est trop souvent traumatisante». «Je trouve que les shows télévisés, dans le domaine cancérologique ou dans une autre discipline médicale, n'apportent rien de valable bien au contraire. Ils procurent une cancérophobie dans des populations qui, d'ailleurs, «mélangent tout» et ne cessent d'accélérer une névrose collective qui gêne beaucoup l'exercice de notre métier et est loin d'obtenir l'effet recherché. Hélas certains patrons «hollywoodiens» semblent se complaire dans cette pratique...». «Les campagnes à la radio ne servent qu'à inquiéter les anxieux qui n'ont rien et les vrais cancéreux ne se dérangent pas davantage».

CONCLUSION.-

Les données disponibles pour apprécier l'état actuel de l'information cancérologique des omnipraticiens sont encore très parcellaires. Néanmoins, les précisions recueillies donnent des indications utiles pour développer ce type d'investigations et, d'autre part, pour proposer dès à présent une amélioration de l'information écrite, à la fois plus élaborée et plus accessible. Cette amélioration est un des soucis anciens et constants des responsables de périodiques médicaux. La possibilité de l'accélérer a cependant été une des raisons essentielles de la constitution du Groupe de Rédaction en Cancérologie Clinique. Ses premières réalisations sont présentées dans la communication suivante.

REFERENCES

1. **CASTERA M.** – Le rôle de l'omnipraticien dans la surveillance et le traitement des cancéreux. Thèse, Bordeaux, 1976, n° 130.

2. **GOURBAT J.P.** – Omnipraticiens, cancers et cancérologues. Thèse, Bordeaux, 1976, n° 239.

3. **HŒRNI B., CHAUVERGNE J., DURAND M. et LAGARDE C.** – Chimiothérapie anticancéreuse et omnipraticiens. Bull. Cancer, 1976, **63**, 59-68.

4. **HŒRNI B. et LAGARDE C.** – L'information cancérologique de l'omnipraticien. Bull. Cancer, 1977, **64**, 67-78.

5. **PROVOST J.C.** – Chimiothérapie anticancéreuse et omnipraticiens. Thèse, Bordeaux, 1975, n° 332.

TABLEAU I

Estimation du taux de guérison de trois types de cancers

Cancer curable:	Leucémie aiguë myéloblastique	Maladie de Hodgkin	Cancer du sein
jamais	21*	1	1
parfois	48	28	27
souvent	12	50	66
toujours	0	1	1
non précisé	19	20	5

* Les chiffres indiquent les pourcentages de réponses reçues

TABLEAU II

Sources d'information

	Cancérologie en général	Chimiothérapie anticancéreuse
Enseignement universitaire	32*	22
Réunions de Formation Médicale permanente ou de Société médicale	44	43
Revues et livres médicaux	70	75
Relations épistolaires, téléphoniques, directes avec des spécialistes	66	67
Visiteurs médicaux	—	21

* Les chiffres indiquent des pourcentages par rapport aux réponses reçues

TABLEAU III

Intérêt exprimé par 85 généralistes

Sujet	0	+	++	+++	non précisé
Etiologie	7	35	7	11	15
Dépistage	1	13	15	36	8
Diagnostic	0	13	14	38	10
Bilan pré-thérapeutique	5	22	17	17	14
Traitement	2	12	16	39	6
Evolution	1	22	15	19	18
Rubrique					
Article original	11	33	15	7	10
Mise au point d'actualité	1	17	16	39	22
Fiche technique	4	24	15	25	7
Information psychologique sociale, économique	17	27	11	5	15
Revue de presse	23	24	9	1	18

Information cancérologique des médecins généralistes

2. Conception et réalisation d'une publication périodique par le Groupe de Rédaction en Cancérologie Clinique*

RESUME

La réalisation d'une information cancérologique périodique destinée aux praticiens francophones, généralistes ou spécialistes non cancérologues, s'est heurtée à de nombreux obstacles. La constitution d'un comité de rédaction pluridisciplinaire, à l'écart des clivages liés aux structures, aux hiérarchies, et aux spécialités a paru garantir une information honnête, indépendante, pratique et adaptée à l'omnipraticien. Les réactions suscitées par ce projet ont été de l'adhésion enthousiaste au refus de principe de voir se créer une nouvelle publication. Les possibilités de résister effectivement aux pressions des écoles ont de plus été mises en doute.

La création d'une nouvelle revue autonome ayant paru inopportune, le groupe de rédaction a finalement décidé de réaliser un livret restreint mais mensuel, inséré dans une publication déjà existante. Le concours médical a accepté d'abriter périodiquement les actualités de cancérologie pratique: il lui assure ainsi une diffusion particulièrement étendue et bien adaptée.

Les connaissances cancérologiques des généralistes devraient se trouver améliorées par une information objective, accessible, globale, rapide mais non précipitée. Les échanges entre omnipraticiens, spécialistes et cancérologues devraient bénéficier d'une meilleure connaissance réciproque, des possibilités de dialogue offertes par cette publication et de l'indépendance réelle du comité de rédaction vis à vis de tous les groupes de pression.

Les besoins exprimés par les médecins généralistes (cf communication de B. HOERNI) et les souhaits de quelques cancérologues ont conduit à la constitution d'un groupe de rédaction en cancérologie clinique, dont les membres se sont cooptés pour réaliser une publication d'information cancérologique. La conception précise de la publication a été d'emblée acquise, mais la réalisation pratique a été retardée par diverses oppositions, et s'en est trouvée différée de plusieurs mois malgré discussions et rencontres répétées.

I – ESPRIT DE LA PUBLICATION

Il est fondé sur le double constat suivant:

a) Les connaissances des médecins sont fréquemment erronées, insuffisantes ou par-

* Constitué par M. ADLOFF (Chirurgien, Schiltigheim), H. BREMOND (Gynécologue, Lyon) J. BRUGERE (Chirurgien tête et cou, Paris), B. CHATELAIN (Généraliste, Feucherolles), J. FRANIATTE (Radiothérapeute, Brest), B. HŒRNI (Cancérologue interniste, Bordeaux), J. P. KLEISBAUER (Pneumologue, Marseille), J. C. LORIN (Interniste, Mont-de-Marsan), J.C. MANDARD (Anatomopathologiste, Caen), M. MEOU (Généraliste, Cavaillon), C. PARMENTIER (Radio-isotopiste, Villejuif), H. SANCHO-GARNIER (Dermatologue, statisticienne, Villejuif), M. SCHNEIDER (Hématologiste, Nice), S. SCHRAUB (Radiothérapeute, Besançon) et R. ZITTOUN (Hématologiste, Paris).

Communication présentée par J. BRUGERE, Institut Curie, 26 rue d'Ulm, 75231 PARIS CEDEX 05 – Section médicale

cellaires. Ceux-ci regrettent l'abus des informations sur des sujets vedettes et ne trouvent pas dans la presse médicale l'information qu'ils souhaitent, tandis que l'enseignement de la cancérologie dans les C.H.U. reste de qualité irrégulière.

b) L'information cancérologique des praticiens français est trop fragmentaire, peu précise et souvent discordante, maladaptée aux réalités.

Le groupe de rédaction a donc défini ses objectifs fondamentaux de la manière suivante:

1) Le contenu de la publication sera essentiellement pratique et rapidement accessible, mais sans précipitation. Il envisagera les problèmes du généraliste face au malade cancéreux de façon approfondie et globale.

2) Le sensationnel, le non-prouvé, l'excessif seront éliminés. Si l'honneteté oblige à parler d'éléments récents et non assurés, le texte ne comportera aucune ambiguité et aucune publicité personnelle. Malgré les difficultés, les clivages liés aux hiérarchies, aux écoles et aux spécialités seront réduits sans complaisance.

3) Le but premier de la publication est d'aider le généraliste dans sa tâche quotidienne lorsqu'il est confronté avec le cancer. Elle doit en outre constituer un lieu d'échanges entre tous les médecins ayant en charge des cancéreux et n'excluera pas les disciplines non-médicales impliquées par le cancer.

4) En effet, en dehors des connaissances pratiques d'application immédiate, le généraliste doit également recevoir des informations d'ordre général concernant les résultats préliminaires d'orientations thérapeutiques nouvelles, mais aussi des données d'ordre sociologique, psychologique et économique auxquelles il est souvent sensibilisé par ailleurs.

II – NAISSANCE DU PROJET

Lors de sa première réunion, le groupe de rédaction initialement composé de quelques hématologistes et cancérologues de C.A.C. et C.H.U. a constitué l'équipe rédactionnelle en décidant d'intégrer au noyau initial, des médecins hospitaliers de C.H.R., des généralistes et des spécialistes du secteur privé. Le groupe a fixé la structure type d'un numéro et défini le style des articles et cherché à définir l'attitude à adopter avec les auteurs de façon à garantir le respect des objectifs de base. La création d'une nouvelle revue périodique individualisée avait été initialement envisagée: le groupe de rédaction a jugé normal de demander que ce projet soit parrainé par des patrons d'horizons divers mais intéressés à un titre ou à un autre par la Cancérologie. C'est ainsi que 30 patrons, tous francophones, dont 10 en dehors de la France, ont été contactés par une lettre faisant part des grandes lignes du projet de publication et sollicitant leur avis et leur appui. Seules quatre de ces lettres sont restées sans réponse.

La plupart des réponses ont apporté un soutien sans réserve à l'entreprise, certaines soulignant que cette publication serait «complémentaire du Bulletin du Cancer, en espérant qu'elle serait objective face à la chaire de Cancérologie de la Télévision». L'importance d'une information objective et éventuellement d'une contre-information destinée à rectifier certaines nouvelles hâtives ou à situer dans leur contexte des données fragmentaires a été également soulignée. L'orientation clinique donnée à cette nouvelle publication a également été appréciée: «Cette naissance est logique car la plupart des revues actuelles sur le cancer portent trop sur les recherches de base»; «une revue francophone aussi éclectique que «Cancer» rendrait de grands services».

D'autres réponses ont été franchement négatives ou tout au moins réservées. Un chirurgien «redoute qu'une nouvelle revue n'améliore pas l'information technique des médecins» tandis qu'un interniste n'accepte l'idée d'un nouveau journal que s'il est

l'organe permanent d'une société, tout en militant contre la création de toute nouvelle société. Plusieurs patrons ont exprimé leur préoccupation quant à la difficulté de diffuser une information objective, indépendante et prudente qui risque de «contredire certains ténors» ou d'être «récupérée» par certaines équipes dynamiques. Reconnaissant par là la nécessité d'améliorer l'information cancérologique existante, ils estiment que c'est une tache difficile sinon impossible, voire risquée. La capacité du Groupe de Rédaction à filtrer des informations sauvages et incontrôlables a été mise en doute tandis que, pour d'autres, le volume des informations cancérologiques parait insuffisant pour alimenter une publication qui paraisse plus de 2 ou 3 fois par an. Les soucis les plus valides concernent en fait la situation de cette nouvelle publication par rapport aux structures cancérologiques existantes: d'une part plusieurs cancérologues estiment qu'un périodique de cancérologie clinique doit être fondé par des structures comme l'Association française pour l'Etude du Cancer (AFEC) ou la Fédération Nationale des Centres du Lutte contre le Cancer; d'autre part cette nouvelle publication ne doit pas empiéter sur le domaine du Bulletin du Cancer publié par l'AFEC: «la création d'une autre publication francophone comportant dans son titre les mots de cancer ou de cancérologie n'est pas admissible».

La plupart de ces opinions recoupaient les positions exprimées au sein du groupe de rédaction et ont aidé à préciser la conception de la publication.

Dans le même temps, près d'un millier de médecins hospitaliers de tous horizons et de généralistes étaient informés du projet qui rencontrait un accueil très favorable.

En définitive, les points suivants ont pu être ainsi définis:

1) Cette nouvelle publication a été résolument conçue comme très différente du Bulletin du Cancer, périodique de niveau scientifique élevé, à diffusion internationale mais restreinte parmi les cancérologues. Elle a été essentiellement envisagée pour diffuser une information cancérologique auprès du plus grand nombre de praticiens, généralistes ou même spécialistes mais non cancérologues, appelés par leur activité habituelle à voir un nombre plus ou moins important de cancéreux.

2) Cette publication devait naturellement impliquer la participation de cancérologues mais il a paru indispensable que cette participation ne soit ni exclusive ni même prépondérante. La majorité des cancéreux sont actuellement traités en dehors des centres anticancéreux et si ces derniers doivent continuer à jouer leur rôle de pilote qui leur a été attribué par la loi, encore faut-il qu'ils soient suivis et que les diverses structures médicales à côté d'eux soient suffisamment impliquées dans une action globale susceptible de s'étendre à la majorité sinon à la totalité des cancéreux et donc des médecins en ayant la charge.

3) Le caractère strictement francophone de la publication a pour but de décourager la création de revues constituées par une publication étrangère simplement démarquée par traduction.

4) Une large diffusion a pu être acquise grâce au Concours Médical qui accepte d'insérer périodiquement un livret d'actualités de Cancérologie pratique.

III – FONCTIONNEMENT ET REALISATION

Au cours de plusieurs réunions, il a été décidé de la structure type d'un numéro (éditorial, lettres, article de clinique sur une localisation, fiches techniques d'exploration ou de traitement, mise au point, articles sur la prévention, le dépistage, la réhabilitation, les problèmes psychologiques, analyses d'articles et de livres, compte-rendus de réunions).

Le fonctionnement du Comité de rédaction a été étudié: l'attitude à adopter en présence de certains articles proposés, ou de certains articles déjà publiés dans d'au-

tres revues n'ayant, en particulier, pas été facile à définir.

Il a finalement été retenu de demander divers articles à des spécialistes d'équipes très diverses, et d'éxercer une censure sévère sur la forme et les conclusions de tous les articles. Ainsi pour les trois premières livraisons (la première est parue fin septembre 78), 11 articles ont été refusés – 7 par le groupe de rédaction, 4 par le Concours Médical – soit pour inadéquation complète, soit en raison de la forme inacceptable; 14 ont été acceptés mais ont tous été plus ou moins réécrits.

Actuellement, après certaines réserves, l'accueil reçu est favorable. Le support dont bénéficie la rédaction de cancérologie clinique permet d'instaurer un dialogue cancérologique exceptionnel entre les praticiens francophones. Mais la connaissance des besoins et des désirs des praticiens face aux cancéreux, l'adaptation satisfaisante aux situations cliniques variées et le jugement valable des informations proposées constituent des tâches difficiles: une nouvelle estimation réalisée auprès des généralistes devra être réalisée dans quelques années, pour pouvoir effectuer un bilan valable de cette expérience.

Discussions sur les communications de MM HŒRNI et BRUGERE

Dr G. MATHIEU (Paris):

Je voudrais au nom du BULLETIN DU CANCER, ajouter un mot à ce qu'a dit Mr BRUGERE. Le BULLETIN DU CANCER est en effet une publication périodique primaire qui s'adresse aux spécialistes français et étrangers, et la publication envisagée ne la concurrence en rien, et même devrait le compléter très heureusement. Je crois que Mr BRUGERE l'a dit, mais je voulais y insister.

Prof. J. HERAN (Strasbourg):

Le second orateur a dit qu'il y avait eu des réactions très diverses des patrons de cancérologie, mais que la grande majorité était favorable. Alors je voudrais connaître les arguments de ceux qui n'étaitent pas d'accord avec votre publication?

Prof. J. BRUGERE (Paris):

Le principal argument est que les patrons de Cancérologie considéraient que cette initiative aurait dû être prise par les structures cancérologiques existantes, en particulier la Fédération Nationale des Centres Anticancéreux. Très précisement, un patron de cancérologie nous a expliqué qu'il était impensable que le mot cancer ou cancérologie soit utilisé par un autre groupe que le sien.

Mr M. HODARA (Paris):

Je pense que je peux faire le méa culpa de l'ensemble de la presse médicale nationale, en reconnaissant que c'est une critique acerbe de l'enseignement que nous pensons donner aux généralistes en matière de cancérologie.

Prof. Ag. B. HOERNI (Bordeaux):

Je voudrais juste répondre avant que Mr SOURNIA ne pose sa question pour dire qu'effectivement en tant qu'enseignant à BORDEAUX avec mon patron le Prof. LAGARDE, nous avons exactement perçu comme vous, mais de façon encore plus directe, cette enquête comme une critique et un échec de l'enseignement que nous distribuons aux médecins qui sont sous notre responsabilité à BORDEAUX.

Prof. J.C. SOURNIA (Paris):

Je dois dire que je fais partie des gens qui ont donné un avis tout à fait défavorable à la création d'une nouvelle revue.

Ceci se passait il y a dix huit mois. Les collègues de BORDEAUX m'ont fait l'amitié de me demander mon avis, donc à titre tout à fait personnel, et je l'ai donné. La création

d'une nouvelle revue se fait en général dans l'enthousiasme avec une équipe dynamique de gens connaissant bien le sujet, avec des vues communes et la même passion. Malheureusement, au bout de quelques temps, on s'aperçoit que les articles arrivent plus rarement à la rédaction, que leur qualité baisse, et si on veut garder une certaine diffusion, très rapidement la nouvelle revue se trouve en butte à des difficultés financières qui la mettent entre les mains de pouvoir non désintéressés. Et c'est pour toutes ces raisons que, à titre privé, je le répète, j'ai donc donné un avis défavorable à cette création. Par contre, j'approuve la formule qui a été adoptée, qui évite à l'équipe de rédaction de tomber dans des difficultés commerciales. Je les félicite d'avoir rompu les barrières des chapelles et d'avoir échappé au monopole de l'information, quelle que soit la discipline en cause.

Prof. F. BESANCON (Paris):

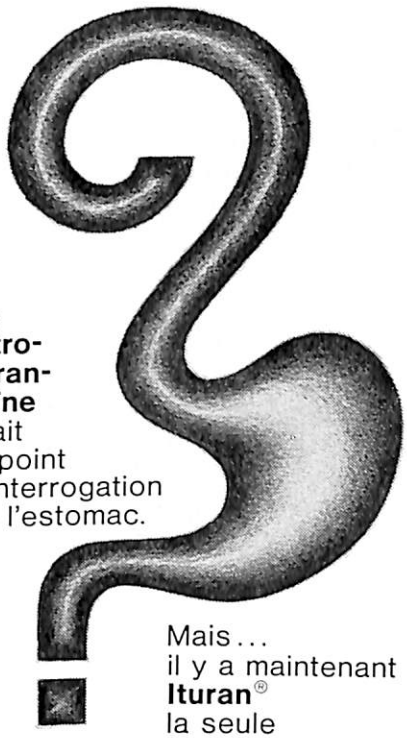
C'est très court. C'est pour intervenir sur l'appel téléphonique auquel vous aviez songé un moment. Je dois dire que cela m'aurait fait assez peur dans le domaine du cancer en craignant que le téléphone ne soit saisi par des malades ou même par des médecins qui se croient ou qui sont atteints d'un cancer.

Prof. Ag. B. HOERNI (Bordeaux):

C'est un système qui marche très souvent et très bien. Malheureusement ou heureusement, peu importe, comme vous le disait BRUGERE, il y a seulement une partie des cancéreux qui est traitée par des équipes spécialisées. Mais on s'aperçoit que très souvent, il y a une demande cancérologique importante et à ce sujet nous n'avons jamais eu à déplorer d'inconvénients, tout au moins à notre connaissance. En général, les médecins se présentent, on les connait parce qu'ils nous téléphonent habituellement pour tel ou tel problème et nous leur répondons souvent directement. Quelquefois, la personne qui a pris la communication n'est pas toujours parfaitement compétente pour répondre immédiatement. Les questions posées sont notées, presque sous la forme d'une observation médicale, et la réponse donnée au médecin par téléphone.

Dr J. CORBERAND (Toulouse):

Je voudrais rassurer Mr BENSANCON. Il y a un moyen simple d'éviter tout malentendu et d'être sûr qu'il s'agit bien de médecins, c'est de les rappeler immédiatement sur le numéro de leur poste médical.



La **nitro-furan-toïne** était le point d'interrogation de l'estomac.

Mais... il y a maintenant **Ituran**® la seule **nitrofurantoïne en dragées,** très bien tolérée par l'estomac.

ituran®

Chimiothérapie à large spectre pour le traitement des infections urinaires aiguës et chroniques.

CONDITIONNEMENTS
50 et 100 dragées

BYK BELGA SA
1030 BRUXELLES
TEL. 02/15.48.75

nouveau-né de la recherche cardiovasculaire de Janssen Pharmaceutica.

«secundum artem»

testé suivant les règles de l'art

Sibelium

TRADE MARK

JANSSEN

Premier médicament contre les troubles d'irrigation au niveau des tissus périphériques et du cerveau qui répond aux exigences strictes des autorités universitaires.

une seule prise par jour

2 gélules au moment du coucher

une protection de 24 heures pour votre patient athéroscléreux

Composition : 5 mg de flunarizine (R 14 950) par gélule.
Propriétés : Des études cliniques contrôlées ont montré que Sibelium réduit les symptômes vestibulaires de l'insuffisance cérébrovasculaire et combat les symptômes de troubles vasculaires périphériques dus à des artériopathies organiques. Sibelium possède une longue durée d'action par voie orale.
Indications : Traitement d'entretien symptomatique des troubles circulatoires, suivants : - vertige d'origine cérébrovasculaire; - troubles de la circulation périphérique dus à des artériopathies organiques. Dans certains cas, il y a lieu d'associer Sibelium à des mesures hygiéniques d'usage, comme le régime, l'interdiction de fumer et les exercices de marche appropriés.
Présentation : Emballage alvéolés de 20 et 50 gélules à 5 mg de flunarizine.

Posologie : La dose à la fois standard et maximale est de 10 mg par jour, soit 2 gélules à 5 mg à prendre soit 1 le matin et 1 le soir, soit les deux le soir.
Effets secondaires : A la dose normale recommandée, on a observé de rares cas de somnolence et de fatigue; mais ces effets secondaires sont le plus souvent passagers. Dans des cas exceptionnels, la fatigue peut augmenter : il convient alors d'interrompre le traitement et de le reprendre éventuellement à une dose moins élevée.
Contre-indications : Aucune.
Formula : Flunarizini hydrochloridum 5,9 mg (aequiv. 5 mg flunarizinum), lactos., amyl. mayd., talc., magnesi. stearas, silici. oxyd. q.s. pro caps. un., E 172, E 127, titani. oxyd., gelatin. confect. **La durée de conservation de ce produit est limitée : voir la date de péremption sur l'emballage.**

JANSSEN PHARMACEUTICA
2340 BEERSE

Stimucœur – 5 ans d'expérience d'une revue à double impact

B. DODINOT*, J. P. MONGIBEAUX**

«Ma vie ne tient qu'à un fil», c'est ce que ressentent plus ou moins confusément les porteurs de stimulateur cardiaque dont la vie dépend effectivement, pour une partie d'entre eux tout au moins, de l'intégrité du générateur d'impulsions et du fil électrode.

Stimulés, médecins et ingénieurs ont tous besoin d'informations à des niveaux différents. C'est pour répondre à cette demande que STIMUÇOEUR fut créé en 1973. Ce fut la première revue mondiale consacrée à la stimulation cardiaque. D'emblée, la revue se présenta sous deux versions, l'une dite grand public, destinée avant tout aux porteurs de S.C., l'autre médicale qui ne se différenciait initialement de la précédente que par quelques pages techniques supplémentaires, les deux versions étant publiées trimestriellement.

STIMUCOEUR GRAND PUBLIC

Informer et éduquer les malades sont des initiatives qui demeurent très contreversées. Elles risquent de traumatiser les sujets anxieux et aller ainsi à l'encontre du but recherché. L'information est inconfortable pour le médecin dont les connaissances et notamment la thérapeutique peuvent être remises en question. Le stimulé bien informé, qui sait lui-même détecter les symptômes annonçont la défaillance de son pacemaker est plus en sécurité que celui qui se borne à subir des bilans médicaux périodiques.

Cette constatation nous a incité à nous lancer, avec le concours d'un stimulé et d'un journaliste dans l'aventure de l'information médicale du public. Les publications conçues par le corps médical et destinées aux malades sont trop souvent tristes, voire affligeantes, tant par leur présentation que par leur contenu.

Le stimulé standard a 70 ans, il est anxieux, souvent isolé et démuni. Il a non seulement besoin d'informations, mais de réconfort et de distractions. Il suffit de prendre connaissance du sommaire d'un récent numéro pour se rendre compte que STIMUCOEUR répond à ces besoins. Présentée sous une forme relativement luxueuse et adressée systématiquement aux abonnés médecins, la revue regroupe 4 types d'articles:

- des rubriques techniques, d'un niveau volontairement élevé, qui n'atteindront qu'une partie des lecteurs.
- un courrier du coeur, qui répond aux questions essentiellement techniques posées par les lecteurs, c'est semble-t-il la partie la plus lue de la revue.

* Clinique Cardiologique, CHU de Brabois – 54500 Vandœuvre-lès-Nancy
** Rédacteur de Stimucœur – B.P. 3666 – 54016 NANCY CEDEX

– des rubriques «touristico-médicales» permettent aux stimulés et stimulophiles de voyager avec les responsables de la revue, de découvrir de hôpitaux tant en France qu'à l'étranger, ou tout simplement d'oublier leurs problèmes de santé en retrouvant leur passé, la ligne Maginot, par exemple. Ces rubriques touristiques fournissent le thème des couvertures de la revue. Les visites de STIMUCOEUR, un annuaire, permettent des contacts entre les stimulés ou candidats à la stimulation.

– Pour être crédible et efficace une telle publication devrait non seulement évoquer les côtés positifs de la stimulation, mais aussi ses aspects négatifs et notamment les défaillances ou insuffisances de certains modèles. Nos lecteurs ont été informés rapidement de la supériorité des appareils équipés de piles au lithium par rapport à ceux dotés de piles au mercure. Ils ont été avisés des risques possibles de défaillance de certains stimulateurs. Ces informations ont, certes, alarmé à tort certains patients et irrité quelques médecins. Elles ont cependant contribué à faire disparaître rapidement des appareils de conception périmée, elles ont aussi permis d'éviter des accidents en avisant certains patients négligents ou mal informés de la menace qui pesait sur eux.

Cet aspect de défense du consommateur auquel tiennent beaucoup les stimulés membres de l'Association d'Aide aux Porteurs de S.C., éditeur de la revue, n'a pas été toujours bien accepté par le corps médical et explique la diffusion limitée de la revue, qui atteint 3000 stimulés environ sur une population de l'ordre de 40 000. STIMUCOEUR est souvent écarté volontairement du malade, qui se le procure parfois «contre avis médical».

STIMUCOEUR MEDICAL

Publiée trimestriellement, cette revue constitue depuis 1975, un fascicule indépendant de STIMUCOEUR Grand Public. Pour être efficace, le médecin, et en particulier le cardiologue amené à surveiller ou à traiter un stimulé, doit connaître la physiologie et la pathologie de la prothèse électronique dont bénéficie son patient. Compte tenu de la multiplicité des modèles et de l'évolution constante en ce domaine, seul un périodique permet de tenir au courant des nouveautés et de leurs incidences cliniques.

Une large part est accordée aux aspects électro-cardiographiques de la stimulation qui constituent le souci majeur du cardiologue souvent désemparé devant des tracés complexes induits par un appareil dont il connaît mal le fonctionnement. Une présentation se voulant didactique et décontractée incite à s'intéresser à ces problèmes. Des articles de fond bien documentés et abondamment illustrés, remis à jour périodiquement, constituent une véritable encyclopédie de la stimulation, d'un maniement commode.

C'est peut-être dans le domaine de la stimulation cardiaque que l'évolution de l'électronique médicale est la plus spectaculaire. Les modèles de 1973 diffèrent du tout au tout de ceux fabriqués actuellement. Les constructeurs sont de plus en plus nombreux et proposent des appareils dont les perfectionnements et les comportements sont très variables. Dans chaque numéro de la revue, les nouveaux modèles sont présentés avec leurs avantages et leurs inconvénients. Ces renseignements facilitent la sélection des stimulateurs par les centres d'implantation et permettent aux médecins de connaître les caractéristiques des appareils dont sont dotés leurs patients.

Tous les stimulateurs ne sont pas parfaits, certains sont même franchement mauvais. La rubrique «OUVRONS L'OEIL» démarrée avec le premier numéro de la revue, informe le corps médical du comportement des appareils. La liste des dysfonctionnements rapportés mensuellement par les centres de stimulation à l'échelon national est publiée régulièrement. Chaque marque fait l'objet de commentaires parfois redoutables (Fig. 1). Le médecin peut ainsi éliminer temporairement ou définitivement un modèle, voire une

marque manifestement défaillante ou moduler sa surveillance en conséquence.

Diverses enquêtes, bancs d'essais, mises au point permettent de mieux cerner les problèmes posés par la stimulation cardiaque et de mieux les résoudre.

Le financement de STIMUCOEUR est assuré à plus de 80 % par les constructeurs, sous forme de publicité et d'abonnements de soutien. Malgré cette dépendance financière, la revue a su conserver une stricte indépendance rédactionnelle. Il suffit de lire les rubriques «OUVRONS L'OEIL», où les constructeurs malhonnêtes ou mettant en vente des appareils dangereux sont nommément cités, pour s'en convaincre. Précisons cependant que, la rédaction et la réalisation de la revue étant basées sur le bénévolat, les frais de fonctionnement sont réduits au minimum.

Il est difficile d'être à la fois juge et partie. Si l'on se borne à considérer l'évolution et la diffusion de STIMUCOEUR MEDICAL, le bilan est positif, le numéro 1 tirait à 1000 exemplaires et ne comportait qu'une dizaine de pages, le numéro 22 a plus de 80 pages et dépasse les 3000 exemplaires, dont près de 500 sont diffusés à l'étranger. Au cours de ses 5 années d'existence, la rédaction de STIMUCOEUR fut assurée à plus de 80 % par l'équipe du centre de STIMUCOEUR de Nancy. La revue est devenue depuis peu le porte-parole du Groupe de Stimulation Cardiaque de la Société Française de Cardiologie. A ce titre, ce périodique accueillera des articles scientifiques rédigés en français qui s'ajouteront aux écrits à visée essentiellement pratique et donneront un nouvel essor à cette publication.

La formule adoptée par STIMUCOEUR MEDICAL a séduit un certain nombre de médecins et ingénieurs anglo-saxons qui ne possèdent en ce domaine qu'une publication «PACE», créée il y a un an, beaucoup plus conventionnelle et à visée plus scientifique que pratique. Au cours de 1979, une version anglaise de STIMUCOEUR devrait voir le jour. Cette initiative montre qu'à condition de sortir de la routine habituelle, une revue de langue française n'a pas à avoir de complexes par rapport à ses concurrents étrangers.

AMERICAN TECHNOLOGY

Malgré les dysfonctionnements itératifs signalés quelques mois après l'apparition de cette marque au patronyme prestigieux en 1976, 121 patients ont eu le redoutable privilège d'être appareillés avec ces stimulateurs qui sont incontestablement les plus mauvais jamais construits depuis l'ère du lithium.

12 pannes ont été rapportées à l'A.R.E.C., en 1978 :

— 7 arrêts complets survenus entre le 10e et le 18e mois.

— 5 dysfonctionnements mineurs allant du ralentissement au défaut de détection.

La plupart des AM-TECH ont été explantés prophylactiquement ; ceux qui demeurent en fonctionnement risquent de s'arrêter d'un moment à l'autre. Il convient donc de ne les laisser implanter que chez des patients non stimulo-dépendants.

Le représentant français ne vend plus ces appareils ; ils ont également peu de succès aux Etats-Unis où des dysfonctionnements ont été rapportés.

Dans le numéro 3 de PACE, BILITCH fait état de 55 °o de stimulateurs seulement, restant en fonctionnement 18 mois après leur implantation.

Le problème est donc réglé.

Extrait d'OUVRONS L'OEIL -
STIMUCOEUR N° 22 - Eté 1978.-

Discussion

Prof. J. HERAN (Strasbourg):

Je veux d'abord vous demander quel est votre support publicitaire. Je pense que vous devez avoir des annonceurs pharmaceutiques ou d'appareils de stimulation cardiaque. Ensuite, quand vous critiquez un appareil responsable par exemple de morts subites, est-ce que vous citez le nom de l'appareil ou du fabricant?

Dr B. DODINOT (Vandoeuvre les Nancy):

Les annonceurs étaient au départ quelques firmes pharmaceutiques mais depuis trois ans, les annonceurs sont uniquement des constructeurs de stimulateurs. Ceci ne concerne que la version exclusivement médicale de notre journal. Les patients s'abonnent à la version non médicale, dépourvue de publicité pour 20 F par an, les constructeurs y ajoutant des abonnements de soutien. Cela dit, quand nous découvrons des défaillances techniques, nous annonçons dans la revue médicale le nom du fabricant, qui quelquefois conteste les faits. Il est évident que nous ne pouvons pas accepter de publicité pour ces appareils défaillants. Je dois reconnaître que les constructeurs ont joué le jeu en acceptant les critiques et n'ont jamais essayé de m'influencer par le biais de la publicité.

Melle Claude BEGON (Paris):

Je crois qu'il serait intéressant d'élargir le champ de votre revue à un problème qui est tout aussi important que la stimulation, c'est celui de prothèses valvulaires cardiaques. Il existe actuellement un nombre impressionnant de valves cardiaques de types différents qui ont beaucoup évolué au cours des dix dernières années. Les opérés, autant que les médecins, ne connaissent pas ou ne savent pas reconnaître les prothèses valvulaires et sont donc désarmés devant les difficultés qui peuvent apparaître. Ne pensez-vous pas que dans votre revue, vous pourriez élargir votre champ en y ajoutant les porteurs de valves cardiaques?

Dr B DODINOT (Vandoeuvre les Nancy):

Effectivement, la revue est limitée parce que, au départ, j'étais pratiquement seul avec un stimulé coopérant. Nous avons pu ultérieurement étendre considérablement son champ d'action. Mais effectivement, la valve cardiaque est tout aussi importante qu'un stimulateur d'autant que les porteurs de valves sont plus jeunes que les stimulés. Encore faudrait-il que nous trouvions une collaboration complémentaire car notre petit comité ne pourrait y faire face.

Prof. M. LEGRAIN (Paris):

Je voudrais intervenir à propos des deux communications précédentes qui démontrent l'existence de courants nouveaux dans la presse médicale. La qualité de cette presse nouvelle et des résultats obtenus est en réalité une critique de la presse médicale traditionnelle qui manque complètement de dynamisme et de courage. J'évoquais hier qu'on voulait des journaux scientifiques de qualité et si possible vivants. Or, hélas, dans une certaine presse, qui en plus, parfois, n'est même pas de qualité, la présentation est très ennuyeuse. Je voudrais en même temps souligner l'information donnée par notre collègue, qu'il n'y a pas de pression financière sur son journal. Ainsi, avec un peu de courage, on peut éviter cela. Il n'empêche que le danger existe et que dans d'autres journaux moins dynamiques, la subordination peut exister. Je voudrais encore signaler des difficultés de rénovation, comme on l'a vu pour l'information cancérologique, qui a dû se rattacher à un journal existant. Toutes les raisons de ce rattachement n'ont d'ailleurs pas été données, il serait intéressant de les connaître dans le détail.

Dr PERRIN (Paris):

Mr LEGRAIN, je vous ai toujours écouté avec beaucoup d'intérêt. Aujourd'hui vous venez de me décevoir. Vous avez parlé de la carence globale de la presse médicale. Ce n'est pas parce qu'hier j'ai regretté l'absence, pour des raisons de santé je pense, de quelques uns de nos brillants confrères centenaires que pour autant j'accepte votre appréciation. J'ai créé il y a dix ans un périodique, tout seul, sans aucun soutien, et nous sommes quelques uns dans cette situation. Notre ami DUPORTET en est également un exemple vivant. Dans différentes enquêtes d'audience, nos publications apparaissent en bon rang. Et pourtant elles ne subissent la pression d'aucun groupe financier. Je pense qu'il faut plutôt souligner les efforts de rénovation que de mettre en évidence et en permanence les efforts de pérénité d'un certain nombre de publications. Je pense qu'il faut savoir évoluer et innover, et des initiatives comme celles de notre confrère témoignent au fond du dynamisme de ce pays et de sa presse.

Prof. R. BENICHOUX (Nancy):

Je voudrais à nouveau calmer le jeu. Nous avons aujourd'hui la démonstration que ce colloque était utile, car en effet, s'il a le succès qu'il paraît avoir, c'est qu'il correspondait à un besoin. Je l'ai annoncé dans mon exposé introductif, nous ne voulions pas dire que toutes les revues étaient mauvaises. Aujourd'hui nous avons deux exemples de tentative de qualité. Il n'est pas question de condammer les centenaires en faveur des juvéniles et inversement. Il suffit simplement de trouver un juste milieu. Je pense que le Docteur J. PERRIN sera rassuré. Il n'était certainement pas dans l'intention de Mr LEGRAIN de dire du mal du vaillant «PERFECTIONNEMENT DU PRATICIEN».

Périodiques médicaux régionaux et centres Hospitalo-Universitaires

G. LAZORTHES*

De 1899 à 1965, existait à Toulouse un journal «Le Toulouse Médical»; il tirait environ à 2 000 exemplaires et était une entreprise privée.

En 1965, j'ai créé «La Revue de Médecine de Toulouse» qui l'a remplacé. Ce périodique est l'organe du centre hospitalo-universitaire toulousain... Tous les membres du corps professoral des Facultés de Médecine de Toulouse font partie de «l'association de la Revue de Médecine de Toulouse» constituée selon les règles de la loi de 1901. Les doyens des Facultés de Médecine et le président de la C.M.C. font partie de droit du conseil d'administration. Le Comité de Rédaction est constitué par 10 membres du corps enseignant des plus jeunes générations. Il est composé de telle manière que la représentation des hôpitaux et des différentes disciplines soient équilibrés. Ils se renouvellent assez fréquemment afin que plus nombreux soient ceux du corps enseignant qui sont informés de la vie du journal et plus nombreux ceux qui le fassent bénéficier de leurs idées; chacun à leur tour, ils sont responsables d'un numéro. Nous tirons à 6 500 exemplaires. Un service gratuit est assuré pendant six mois aux nouveaux diplômés de nos Facultés.

Le but de ce journal est d'être régional dans son sens le plus large et de se préoccuper d'information et de formation. Pour bien marquer ces deux objectifs, nous paraissons chaque mois en deux fascicules.

Le premier s'efforce d'être d'un haut niveau. Il n'accueille que des articles originaux de chercheurs, et de spécialistes de notre centre hospitalier universitaire ou d'ailleurs. Nos efforts ont été récompensés puisque, depuis 2 ans, nous sommes indexés au Current Contents, Clinical Practice. Cette promotion exceptionnelle pour un journal médical régional nous a attiré un plus grand nombre d'articles originaux et nous a permis d'être plus exigeants encore sur leur qualité scientifique et sur leur présentation. Dans le premier fascicule on trouve encore des cas radio-cliniques et des analyses d'ouvrages.

Le deuxième fascicule est destiné à la formation et à l'information; il s'efforce de satisfaire deux ordres de clientèle: les médecins praticiens et les candidats aux concours.

Notre réussite, on peut même dire notre succès correspond à nos espoirs pour le deuxième objectif, c'est-à-dire les questions destinées aux candidats préparant les concours des certificats d'études spéciales et des internats; dans cette catégorie, nous avons un grand nombre d'abonnés étudiants ou jeunes diplômés.

* Revue de Médecine de Toulouse – 37, Allée Jules Guesdes 31400 TOULOUSE

Nos efforts sont moins satisfaisants pour le premier objectif qui vise la formation médicale continue des médecins praticiens. Ils ne sont pas absolument vains puisque environ un tiers des médecins généralistes de la région sont nos abonnés. L'enquête auprès des médecins de la région sur laquelle le Docteur Corberand, rédacteur en chef de la Revue de Médecine de Toulouse fera un exposé nous a un peu éclairé sur la voie à suivre. Chaque année, nous avons innové. Nous avons varié les rubriques: programme des différentes réunions, conduite à tenir, jeu de questions-réponses, tribune libre du praticien, observations commentées, quoi de neuf dans une spécialité, CROQS, analyse d'ouvrages recommandés aux praticiens, pages de médecine légale, note de thérapeutique, organigrammes des hôpitaux de la région et des consultations. Nous nous proposons de composer de courtes fiches dont la présentation sera très didactique et l'esprit très pratique, sur des «conduites à tenir», des schémas physiopathologiques», des «observations» suivies de commentaires.

Nous avons lié la formation médicale continue à notre journal en associant l'inscription à un groupe de F.M.C. et l'abonnement à un tarif très réduit de la Revue de Médecine de Toulouse.

Deux représentants parmi les plus représentatifs des groupes de formation médicale continue font partie de notre Comité de Rédaction et nous servent d'intermédiaire.

Malgré cela, le nombre des abonnés médecins n'est pas encore celui auquel nous croyons pouvoir prétendre en raison de la qualité de notre journal et du but que nous nous sommes fixé qui est de représenter un lien entre les médecins du centre hospitalo-universitaire et les médecins praticiens. Ce lien est particulièrement indispensable depuis la pleine application de la réforme Debré et le plein temps. Un journal médical régional, géré et composé essentiellement par le personnel médical des hôpitaux, doit être l'un des points de rencontre des médecins hospitaliers et des médecins praticiens; il doit participer à leur compréhension; leur entente réciproque. C'est dans ce sens que nous avons encore à oeuvrer.

Comité de lecture d'une revue régionale

Fonctionnement et résultats

R. WOEHRLE, J. L. TOURAINE, J. P. GARIN ET A. BERTOYE

RESUME

Le Comité de Lecture et de Rédaction du LYON MEDICAL fonctionne depuis 7 ans. Son organisation, ses méthodes de travail sont analysées et à titre d'exemple le bilan de son activité pour l'année 1977 est présenté. Il en ressort que 23 % des articles proposés ne sont pas publiés, 55 % sont publiés après modifications de forme ou de fond, et 22 % tels quels.

Sont ensuite discutés les aspects spécifiques de l'activité du Comité de Lecture liés au caractère régional de la revue et sont envisagées les modifications susceptibles d'améliorer la qualité du résultat déjà obtenu.

Le LYON MEDICAL est une revue régionale dont l'histoire est déjà longue puisqu'il fut fondé en 1869.

En 1970, de profondes modifications furent apportées à son organisation dont la principale fut la création d'un Comité de Lecture et de Rédaction. Après sept années de fonctionnement, il est possible de dresser un bilan de l'activité et des résultats de ce Comité.

LA REVUE

La LYON MEDICAL est une revue bi-mensuelle régionale par son implantation, l'origine de la majorité des auteurs qui y publient, sa diffusion (Rhône-Alpes: 74,5 %, reste de la France: 20,3 %, étranger: 5 %).

On y trouve les rubriques habituelles dans les revues régionales. En nombre de pages publiées, la balance est à peu près égale entre:

- les articles «scientifiques»: travaux originaux, revues générales ou mises au point sur des sujets de spécialité ou de médecine interne;
- les sujets de Médecine Praticienne: conférences d'E.P.U. («Jeudis de l'Europe»), faits cliniques, articles pratiques de biologie, de diagnostic ou de thérapeutique.

Enfin, le LYON MEDICAL publie également des éditoriaux, des comptes-rendus de congrès ou colloques, et des essais thérapeutiques.

Cette composition représente un dosage voulu, pour convenir à des lecteurs qui se recrutent aussi bien dans les milieux hospitaliers (C.H.U. ou Hôpitaux non universitaires que chez les médicins praticiens).

LE COMITE DE LECTURE

s'est vu attribuer, dès le début, un rôle double: celui à proprement parler de «lecture» et celui d'un comité de rédaction, chargé de définir avec le Comité Directeur la

LYON MEDICAL – 12, rue de la Barre – 69002 LYON

ligne générale du journal et de veiller à la mise en œuvre de ces orientations.

Il est actuellement composé de 29 membres, Assistants ou Agrégés, représentant presque toutes les disciplines médicales, y compris deux chirurgiens. Chaque année un renouvellement partiel a lieu, les nouveaux membres étant choisis en fonction de leur compétence, mais aussi et surtout en fonction de l'intérêt qu'ils portent à la presse médicale en général, et de la conviction qu'ils ont de la nécessité d'une revue régionale de haute valeur.

Le fonctionnement de ce Comité est le suivant:

– Tous les articles lui sont soumis, sauf les conférences d'E.P.U. et essais thérapeutiques qui ne sont revus que par le Secrétaire de Rédaction;

– Les articles sont soumis à deux lecteurs au moins: l'un dans la spécialité concernée, l'autre en dehors d'elle;

– Les avis des lecteurs sont confrontés au cours d'une réunion du Comité (2 par mois) et une discussion générale permet de dégager l'attitude à adopter: acceptation, demande de modifications ou rejet. Les commentaires des lecteurs sont transmis à l'auteur soit in extenso, soit sous forme de synthèse.

– Lorsque le Comité se juge insuffisamment compétent, ou lorsque les avis exprimés sont trop divergents, un avis est demandé à un lecteur choisi hors du Comité et le plus souvent hors du C.H.U. lui-même.

Selon les cas, cette navette demande 2 à 3 semaines, exceptionnellement plus et, presque toujours, l'avis du Comité de Lecture est transmis à l'auteur dans un délai de 1 mois.

Lorsqu'il est renvoyé après corrections, l'article est revu par le Secrétaire de Rédaction ou, lorsque les modifications apportées sont importantes, par les lecteurs initialement concernés.

BILAN D'UNE ANNEE D'EXERCICE

Du 1er janvier au 31 décembre 1977, 125 articles ont été adressés au LYON MEDICAL (sont exclus les E.P.U. et essais thérapeutiques).

– 27 (dont 11 revues générales) ont été acceptés tels ou avec de minimes modifications;
– 83 ont fait l'objet de demandes de modifications de forme (longueur, plan, présentation des résultats, iconographie ou bibliographie);
– 27 ont été renvoyés pour des modifications de fond (affirmations controversées, discussion insuffisante, conclusions inadaptées);
– 14 ont été refusés car non adaptés à la revue (trop spécialisés) ou de qualité trop médiocre.

Dans la grande majorité des cas, les modifications demandées sont apportées. Dans quelques cas l'argumentation du Comité de Lecture peut être réfutée et, après nouvelle lecture, l'article accepté. Dans 15 cas seulement l'auteur n'a pas renvoyé son texte.

Au total:
– 77% ont été publié, dont:

- 22% ont été acceptés tels
- 55% après modifications de forme et/ou de fond ou changemant complet de forme (lettre)

– 23% ont été refusés ou n'ont pas été renvoyés par l'auteur.

Ces diverses démarches permettent la publication des articles acceptés dans un délai de 3 mois environ après leur réception.

DISCUSSION

Cette expérience de 7 ans permet quelques réflexions:

1/L'existence d'un Comité de Lecture dans une revue régionale pose quelques problèmes spécifiques.

– Il doit être accepté dans son principe et dans l'exercice de toutes ses attributions.

Lors de sa création, et du fait pour une part de sa composition, les critiques n'ont pas manqué, certains auteurs acceptant mal les modifications demandées à leur article. Conscient de cette difficulté, le Comité a limité au début ses critiques aux aspects de forme, n'abordant les questions de fond qu'après deux années de pratique. Actuellement, non seulement il est accepté mais son rôle est reconnu comme bénéfique. L'évolution des opinions à son égard n'est sans doute pas indépendante de la large discussion actuelle sur les problèmes de la presse scientifique française.

– Les membres du Comité doivent être connus de tous, et non pas rester anonymes (même si la critique de chaque article est donnée au nom du comité). Cette question est régulièrement débattue. Il semble impossible, dans un milieu relativement restreint, de conserver un réel anonymat. Il paraît plus clair et préférable que l'auteur sache qui est le critique spécialiste, mais qu'il sache aussi que celui-ci n'est pas seul. La responsabilité est clairement annoncée, mais elle est partagée.

– Le Comité de Lecture doit être, en partie au moins, de recrutement local. Il est en effet certain que la critique doit tenir compte du type de la revue où doit paraître l'article et que, sans accepter l'idée qu'il y a des articles de premier et de deuxième choix, on ne juge pas un travail de la même façon s'il doit paraître dans une revue internationale, ou même de spécialité, et dans une revue régionale de médecine interne. Ce n'est pas qu'il y ait deux vérités possibles, c'est que la présentation qu'on en donne doit être adaptée aux lecteurs de la revue.

2/L'organisation et le fonctionnement actuels ne sont certainement pas exempts de critiques.

On peut reprocher, notamment, un recrutement trop exclusivement hospitalo-universitaire. A l'avantage de l'homogénéité qui permet de dégager plus facilement une ligne de conduite, s'oppose l'inconvénient d'une éventuelle monotonie et d'une méconnaissance des besoins réels de certaines catégories de lecteurs. Les souhaits des praticiens par exemple sont connus à travers leurs représentants dans les associations d'E.P.U., et l'on s'efforce d'en tenir compte, mais leur avis critique précis sur le contenu de la revue reste ignoré. Le rôle de lien entre les praticiens de la région et le C.H.U. dont ils sont pour la plupart issus, pourrait certainement être amélioré, notamment par les «Lettres à la Rédaction», si cette habitude pouvait se développer.

Le mode de recrutement, qui est une cooptation, porte en germe le risque de constitution d'une sorte de chapelle avec la partialité qui en découle. Le renouvellement partiel annuel des membres qui n'ont pas tous une position ou un avenir dans la hiérarchie hospitalo-universitaire paraît jusqu'ici un garde fou suffisant.

Il n'en reste pas moins qu'un besoin d'élargissement par apport de personnalités et d'idées nouvelles se fait sentir au sein même de ce Comité.

3/Avec ses défauts et des qualités, le Comité de Lecture a mené une action dont le résultat global est sans discussion positif.

L'amélioration de la qualité de la revue, si elle est difficile à juger de l'intérieur, ne paraît pas niable. La publication du sommaire du LYON MEDICAL dans les «Current Contents» permet d'assurer en France et à l'étranger la diffusion, par tirés à part, d'articles dont la valeur est bonne.

A l'échelon régional la revue est susceptible d'attirer les travaux de spécialistes qui n'ont que trop tendance à publier exclusivement dans les revues de leur discipline. Il est indéniable que la publication dans une revue de médecine interne oblige à adopter une présentation et un vocabulaire compréhensibles par tous (c'est une des tâches principales du Comité de Lecture que d'y veiller). Mais c'est là une façon de maintenir les

échanges inter-disciplinaires dont la disparition, notamment par l'agonie des «Sociétés Médicales», est si souvent regrettée. C'est là aussi un moyen de faire connaître dans la zone d'influence la vitalité de l'école médicale régionale, et de participer ainsi à son entretien.

Mais, et peut-être surtout, l'action du Comité de Lecture a été en quelque sorte «éducative», à plusieurs points de vue:

- éducative pour ses membres d'abord. La discipline qu'ils exigent pour les autres, ils ont dû l'acquérir, et pour cela s'intéresser particulièrement aux questions de rédaction médicale. La richesse des discussions au cours des réunions, réellement pluridisciplinaires, est également un apport très positif.

- pour les auteurs ensuite, et notamment pour les plus jeunes, internes ou assistants, dont c'est le rôle naturel pour une revue régionale d'accueillir les premières publications. Les progrès en ce sens sont sensibles, et la qualité rédactionnelle des travaux proposés est globalement en progrès continuel.

Cette évolution a deux conséquences:

- il y a une certaine stagnation du nombre des articles proposés (on n'ose plus envoyer n'importe quoi);

- à l'autre extrémité, les meilleurs des articles proposés pourraient sans doute trouver une tribune nationale ou internationale. Les conditions actuelles de prise en considération des publications des chercheurs par les divers organismes, tels que l'I.N.S.E.R.M., exclut cependant toute possibilité d'attirer le meilleur et le plus original des travaux de recherche régionaux.

Cette action positive peut et doit être améliorée par un effort continu. Sans changer la formule actuelle, des améliorations paraissent souhaitables, notamment le développement des lettres et des éditoriaux, plus nombreux et suivant mieux l'actualité.

Mais déjà le résultat obtenu témoigne qu'une revue réellement régionale, c'est-à-dire d'initiative local et de réalisation effectivement décentralisée, peut vivre et réussir.

ARTICLES REÇUS

du 1er janvier au 31 décembre 1977

RUBRIQUE	Nombre reçu	Refusé	Accepté tel	Modif. forme	Modif. fond	Non revenu	Publié
ARTICLES ORIGINAUX	45	4	5	35	13	8	33
FAITS CLINIQUES	40	5	1	34	10	5	30
MISES AU POINT	14	4	1	9	4	2	8
REVUES GENERALES	16	1	11	4			15
CONNAISSANCES ACTUELLES PRATIQUES	10		9	1			10
TOTAL	125	14	27	83	27	15	96

Une méthode originale de formation médicale continue

M. HODARA*

Il existe une confusion dans la presse médicale entre **information** et **formation** médicales.

Toute expérience personnelle, négative ou positive, toute nouvelle technique d'examen, toute nouvelle thérapeutique, toute nouvelle conception étiopathogénique représentent des informations médicales permettant aux praticiens de compléter ou de modifier l'enseignement prodigué à la Faculté ou à l'Hôpital. Les progrès considérables de la technique des 3 dernières décades et les nouvelles techniques de diffusion de l'information expliquent le nombre considérable d'informations publiées dans la presse. Une mise au point, une revue générale, un fait clinique sont, même si les articles sont précédés de la mention «Formation Médicale Continue», des informations médicales présentées isolément ou replacées dans le cadre de nos connaissances.

La Formation Médicale Continue représente à nos yeux autre chose. Il s'agit d'un **recyclage programmé** des médecins en exercice susceptible de renouveler les connaissances de base nécessaires à l'exercice d'une médecine adaptée à notre temps.

A ma connaissance, seule la Gazette Médicale de France a imaginé une technique de Formation Médicale Continue pour généraliste et l'a réalisée dans les faits depuis 1974.

I. CARACTERISTIQUES DE LA FORMATION MEDICALE CONTINUE DE LA GAZETTE MEDICALE DE FRANCE

Cette Formation Médicale Continue se présente sous la forme de **«certificats» de spécialité.**

Depuis 1974, les «certificats» suivants ont déjà été publiés: cardiologie, pneumologie, psychiatrie, hématologie, rhumatologie et gynécologie médicale. Le certificat de dermatologie se termine à la mi-décembre. En 1979, sont déjà programmés les certificats de pathologie infectieuse et d'ophtalmologie.

1°) Le choix des auteurs

La valeur d'un certificat dépend en grande partie du choix des auteurs. Ceux-ci sont choisis parmi les spécialistes qui exercent ou ont déjà exercé en clientèle de ville.

Il est indispensable qu'ils soient capables de faire la sélection rigoureuse entre ce qui est indispensable et ce qui est accessoire à connaître pour le généraliste exerçant en clientèle privée.

Enfin, il est préférable d'avoir au moins deux auteurs, parfois trois, permettant ainsi une inter-critique entre eux.

* Rédacteur en Chef de la Gazette Médicale de France – Paris

2°) **Le contenu d'un certificat**

Chaque «certificat» comporte un certain nombre d'entretiens, de 12 à 22 (en moyenne 14). Le nombre et le choix de ces entretiens sont décidés d'un commun accord entre les auteurs et le Comité de Lecture qui est différent du Comité de Lecture de la revue Gazette Médicale de France.

Chaque entretien comporte 3 parties, qui sont dans l'ordre de présentation dans la revue:

a)**un auto-questionnaire**

L'auto-questionnaire permet aux lecteurs de faire rapidement et par lui-même le bilan de ses connaissances.

Le plus souvent la question est de type binaire: le lecteur répond par oui ou par non; moins souvent il s'agit d'une question de type Q.C.M.: une ou plusieurs des réponses proposées sont exactes.

Chaque entretien comporte entre 20 et 30 questions.

b) L'auto-questionnaire est suivi immédiatement du TEXTE de l'entretien, et les COMMENTAIRES aux réponses sont placés plus loin dans la revue.

Les commentaires aux réponses représentent certainement une technique pédagogique originale dans ce type d'enseignement.

– En effet, le lecteur après avoir répondu à l'auto-questionnaire est obligé de lire les commentaires à ses réponses pour savoir si celles-ci sont fausses ou exactes.

Si la réponse est fausse, le commentaire sera du type: «Vous avez tort...» et donnera, en trois phrases, la bonne information contenue dans le texte. Si la réponse est exacte, le commentaire sera du type: «Vous avez raison...» et dans les deux ou trois phrases qui suivent, on essaye dans la mesure du possible de «valoriser» cette bonne réponse en donnant une information supplémentaire non contenue dans le texte de l'entretien, car non indispensable à connaître pour le généraliste.

Ainsi dans le cas du lecteur qui se trompe, on l'aura amené à prendre connaissance d'une information qu'il ne possédait pas même s'il ne désire pas lire tout le texte de l'entretien et dans le cas du lecteur ayant déjà l'information contenue dans le texte, on complète ses connaissances par une information supplémentaire.

c) **Le texte**

Grâce aux commentaires aux réponses, le texte peut être très court. Il est rédigé de manière claire, en évitant le «jargon» de la question d'internat. Il sera pratique car ce recyclage est destiné essentiellement à des généralistes. Enfin, il doit être suffisant, c'est-à-dire qu'il doit permettre au lecteur, qui en aurait pris connaissance au préable, de répondre sans difficulté à l'auto-questionnaire.

3°) **Le Comité de Lecture**

Le Comité de Lecture de la Formation Médicale Continue de la Gazette Médicale de France est distinct du Comité de Rédaction de la revue Gazette Médicale de France; il est composé de 4 médecins généralistes, un professeur agrégé de médecine interne, et le Rédacteur en Chef de la revue.

4°) **Cheminement du manuscrit**

a) Les auteurs adressent au Rédacteur en Chef, leur manuscrit. Celui-ci s'assure de la conformité du texte par rapport à l'objectif pédagogique de cette formation médicale continue, y apporte également des critiques de fond, et le renvoie aux auteurs.

b) Après avoir apporté les modifications suggérées par le Rédacteur en Chef, les au-

teurs renvoient un deuxième texte, qui est proposé à la critique du Comité de Lecture.

c) Les auteurs, après avoir pris connaissance des critiques des différents membres du Comité de Lecture, apportent les dernières modifications au texte et donnent leur bon à tirer.

II. LES DIFFICULTES DE REALISATION PRATIQUE

Elles se situent à deux niveaux: celui des auteurs et celui de la revue médicale.

A) Au niveau des auteurs

1°) **La première difficulté** est de modifier la pédagogie des auteurs de cet enseignement.

En effet, les auteurs sont presque toujours d'anciens internes de ville de faculté qui ont conservé le langage si particulier et, il faut bien le dire, «irritant» pour de nombreux praticiens de la question d'internat.

Il est parfois difficile pour les auteurs d'avoir toujours présent à l'esprit tout au long de leur enseignement, l'objectif pédagogique qui leur a été fixé et qu'ils ont accepté et poursuivi sans difficulté lors de la rédaction des premiers entretiens.

Cependant, tous les auteurs ont trouvé cette expérience extrêmement enrichissante, surtout grâce aux critiques du Comité de Lecture car elle leur a permis de mieux se rendre compte des réels besoins du généraliste.

2°) **La deuxième difficulté** commence à apparaître:

a) Certains des auteurs de cette F.M.C. sont actuellement temps plein dans les CHU, mais ils ont connu avant leur nomination l'exercice de la médecine de ville en tant que spécialistes.

Mais les modalités actuelles de recrutement des hospitalo-universitaires font que ces derniers n'ont plus aucune expérience personnelle de la médecine de ville. Or, cette expérience est indispensable pour que le spécialiste puisse mieux cerner l'objectif pédagogique de cette formation médicale continue.

b) Par ailleurs, la rédaction de ces entretiens représente un travail très long et astreignant qui vient alourdir leur activité d'enseignant déjà chargée.

B) Au niveau d'une revue nationale

Chaque entretien (auto-questionnaire, texte, et commentaires aux réponses) représente un volume rédactionnel non négligeable. Cette place est donc occupée au détriment des informations médicales qui peuvent être glanées au choix par le lecteur et qui ne demandent pas un effort continu de la part des praticiens souvent surchargés de travail.

III. PLACE DE LA FORMATION MEDICALE CONTINUE DE LA GAZETTE MEDICALE DE FRANCE DANS LA FORMATION PERMANENTE DU MEDECIN

Cette méthode de formation médicale continue déjà opérationnelle depuis de nombreuses années, s'insère tout naturellement dans la formation permanente du corps médical en exercice.

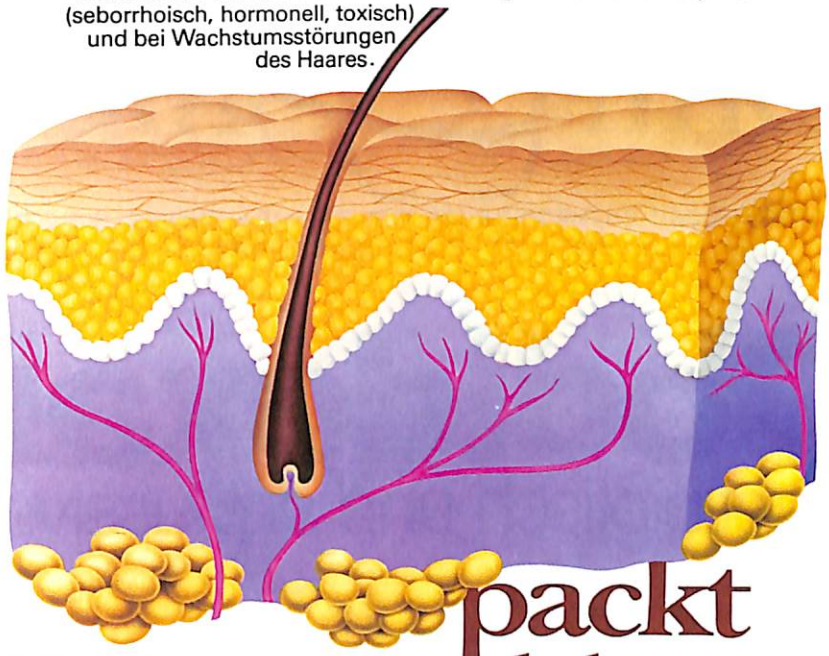
En effet elle possède les avantages suivants:

A) Elle permet au médecin géographiquement isolé de se recycler, même s'il ne peut assister à des réunions du type «enseignement post-universitaire»qui n'ont d'ailleurs pas la faveur de nos confrères.

B) Elle permet également un recyclage «personnalisé» dans la mesure où le médecin peut la faire à un rythme qui lui est propre aux jours et aux heures de sa convenance ou de sa disponibilité d'esprit.

Die Gelacet® Kur

Zum Aufbau und zur Strukturverbesserung der Haare bei Alopezien (seborrhoisch, hormonell, toxisch) und bei Wachstumsstörungen des Haares.



packt Haarprobleme an der Wurzel.

Zusammensetzung:
Pulver: 1 Beutel enthält: Gelatine 7,0 g, Vitamin A 18000 I.E., L-Cystin 0,07 g, Korrigentien ad 7,105 g.
Kapsel: 1 Kapsel enthält: Vitamin A 1850 I.E., L-Cystin 7,0 mg, Gelatine inkl. Kapselgelatine ad 850,0 mg.

Anwendungsgebiete:
Zum Aufbau und zur Strukturverbesserung der Haare, z. B. bei Alopezien (seborrhoische, hormonelle, toxische) sowie bei Wachstumsstörungen der Haare, bei stumpfen und glanzlosen Haaren.
Außerdem bei Onycholysis, Onychodystrophie, Onychorrhexis und Onychoschisis und als Adjuvans bei der Therapie von Nagelpilzerkrankungen und nach Nagelextraktionen.

Dosierung und Anwendungsweise:
Es empfiehlt sich, eine Kur mit Gelacet® (tägl. 1 Pulver oder 9 Kapseln) über 3 Wochen durchzuführen und diese nach zweiwöchiger Pause zu wiederholen. Danach sollten über mehrere Wochen oder Monate 3 Gelacet Kapseln als Erhaltungsdosis gegeben werden.
Die Kur kann nach Bedarf wiederholt werden.
Pulver: Die Einnahme vom Inhalt eines Beutels täglich erfolgt morgens auf nüchternen Magen. Am zweckmäßigsten rührt man das Pulver mit Frucht-Joghurt, Milch, Wasser oder Saft an und trinkt sofort, ohne ein Auflösen oder Quellen abzuwarten.

Kapseln: Die Einnahme von 9 Kapseln täglich erfolgt morgens auf nüchternen Magen oder 3x täglich 3 Kapseln ca. ½ Std. vor den Mahlzeiten mit reichlich Flüssigkeit.
Als Erhaltungsdosis empfiehlt es sich, täglich 3 Gelacet Kapseln morgens auf nüchternen Magen mit reichlich Flüssigkeit einzunehmen.

Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:
Bisher keine beobachtet.

Unverträglichkeiten und Risiken:
Das Präparat soll nicht angewendet werden bei schweren Nieren- und Leberschäden.

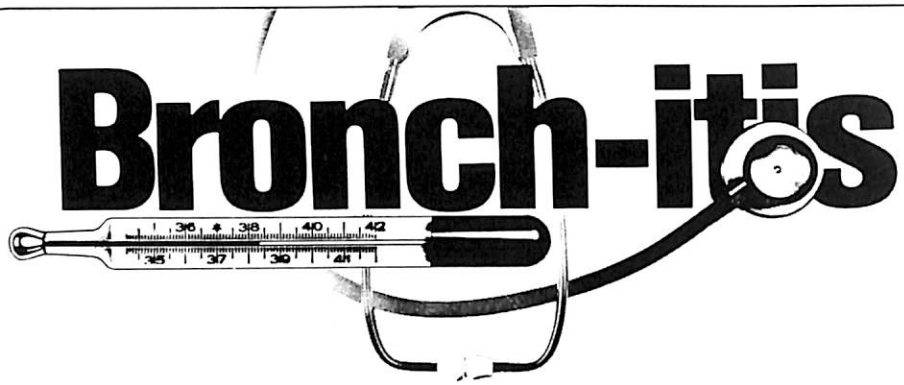
Besondere Hinweise:
Das Präparat nicht über 25°C lagern.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:

Pulver:	O.P. mit 7 Beuteln	DM 6,85 m. MwSt.
	Kurpackung mit 21 Beuteln	DM 17,09 m. MwSt.
Kapseln:	O.P. mit 63 Kapseln	DM 11,23 m. MwSt.
	Kurpackung mit 189 Kapseln	DM 29,74 m. MwSt.

Hermal-Chemie Kurt Herrmann,
2057 Reinbek b. Hamburg
Hermal im Dienste der Dermatologie

Gelacet® Kapseln / Pulver
wenn Ihre Patienten Haare lassen.



Codidoxal®

antibiotisch und antitussiv

die konsequente Therapie bei Husten mit Fieber

antitussiv über Nacht

antibiotisch über Tag und Nacht

– 1 Kapsel für 24 Stunden, abends einnehmen* –

*am 1. Tag: 1 Kapsel morgens; 1 Kapsel abends

Zusammensetzung: 1 Kapsel enthält 120 mg Doxycyclin-hydrochlorid-hemiaethanolat-hemihydrat, entsprechend 100 mg Doxycyclin, 30 mg Codein wasserfrei, gebunden an Polystyrol-divinylbenzol-sulfonsäure 120-150 mg. **Anwendungsgebiete:** Durch Doxycyclin-empfindliche Erreger verursachte Lungenentzündung, Lobar- und Bronchopneumonie, akute und chronische Bronchitis. **Dosierung:** Erwachsene und Jugendliche über 50 kg Körpergewicht am ersten Tag morgens und abends 1 Kapsel bzw. während der ersten 24 Stunden je 1 Kapsel in 12stündigem Abstand. An den folgenden Tagen je 1 Kapsel abends. **Gegenanzeigen:** Überempfindlichkeit gegen Tetracycline. Zustände, die mit einer Funktionsstörung des Atemzentrums einhergehen; Langzeitverabreichung bei chronischer Obstipation. Anwendung in der Schwangerschaft nur bei vitaler Indikation. **Nebenwirkungen:** Gastrointestinale Beschwerden und allergische Reaktionen sind selten. Erhöhte Lichtempfindlichkeit, Zahnverfärbungen während der Zahnentwicklung und Überwucherung resistenter Keime im Magen-Darm-Trakt können auftreten. **Hinweis:** Codidoxal kann auch bei bestimmungsgemäßem Gebrauch das Reaktionsvermögen soweit verändern, daß die Fähigkeit zur aktiven Teilnahme am Straßenverkehr oder zum Bedienen von Maschinen beeinträchtigt wird. Dies gilt in verstärktem Maße im Zusammenwirken mit Alkohol. **Wechselwirkungen:** Die gleichzeitige Einnahme von Präparaten, die Eisen, Magnesium, Aluminium, Kalzium und Colestyramin enthalten, ist zu vermeiden. Die Wirkung gleichzeitig verabreichter Cumarin-Derivate und Sulfonylharnstoffe kann verstärkt werden. Methoxyfluran darf nicht gleichzeitig angewendet werden.
Darreichungsform und Packungsgrößen: OP mit 8 Kapseln. OP mit 16 Kapseln

© 1978 HEINRICH MACK NACHF., 7918 Illertissen/Bayern

MACK

Littérature et échantillons:

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A. Luxembourg

NOUVEAU Line Drinks KOUSA

FORMULE DIETETIQUE ADAPTEE AUX PLUS RECENTES DECOUVERTES DANS LE DOMAINE DU CONTROLE DU POIDS ET DE L'OBESITE.

DEFINITION : aliment complet qui permet une perte de poids rationnelle et équilibrée avec un apport idéal de nutriments essentiels.

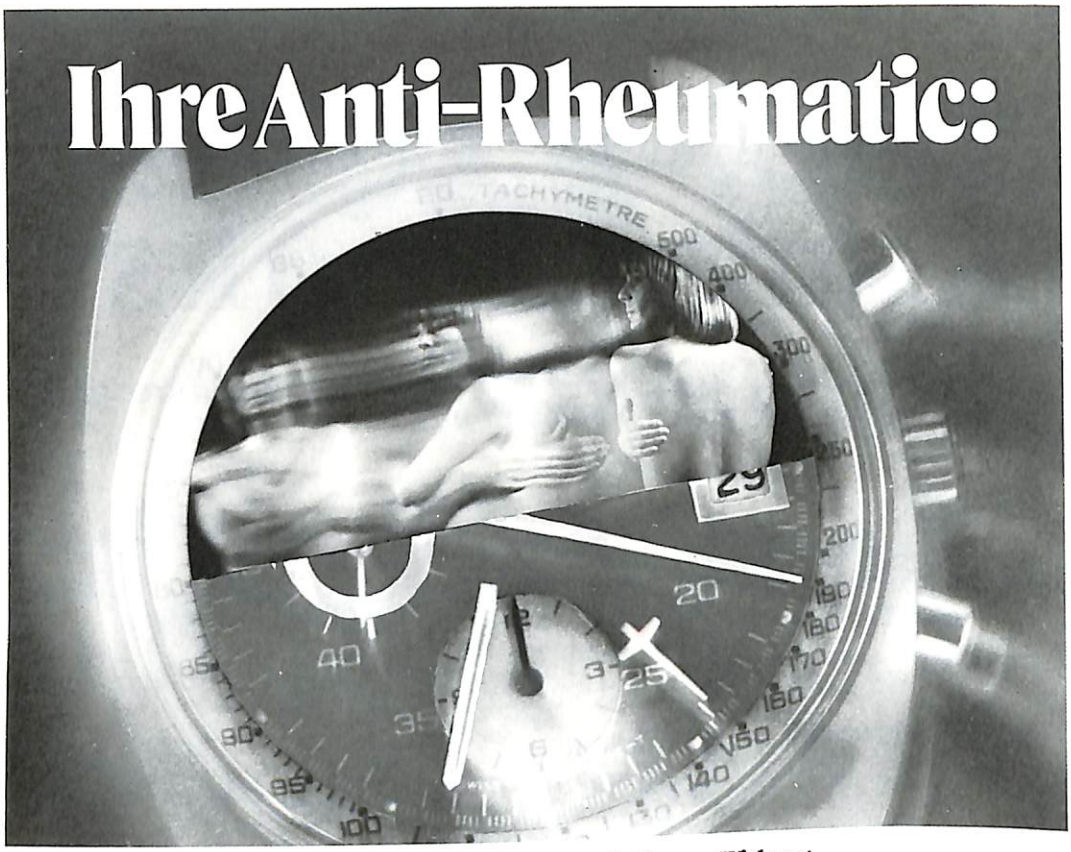
CARACTERISTIQUES DE LINE DRINKS :

- — fournit à l'organisme tous les nutriments indispensables dans des proportions idéales.
- — apport élevé en protides de haute valeur biologique.
- — 25 % des calories = calories protidiques → rassasiant.
- — supplément en acide linoléique, Ca, Fe et vitamines.
- — facile à préparer : simplement diluer dans de l'eau; agréable à boire.

PRESENTATION : Boîtes de 5 sachets-repas variés ce qui correspond à une «journée Kousa Line Drinks» (± 950 Kcal.)
Vendu en pharmacie

Informations complémentaires et échantillons sur demande :
S. A. MILUPA - Hendrik I lei 327 - B 1800 VILVOORDE - Tél. 02/ 251.52.80

Ihre Anti-Rheumatic:



Monosubstanz mit gesicherter Anti-Rheuma-Wirkung

Rheumon® Gel

Das "Erfolgsgeheimnis" für die schnelle Schmerzbefreiung

Überragende Resorption und 20-fach höhere Wirkstoff-Anreicherung im entzündeten Gewebe*)

*) im Vergleich zu nicht entzündetem Gewebe, 1 Stunde nach kutaner Applikation. Dell, et al.: Arzneim.-Forsch. 27, 1316, 1322 (1977)

Zusammensetzung:
1 g Rheumon Gel enthält 50 mg Etofenamat.

Anwendungsgebiete:
Rheumon Gel wirkt entzündungshemmend und schmerzlindernd bei akuten und chronischen Erkrankungen der Weichteile des Bewegungs- und Stützapparates, z. B. bei Muskelrheumatismus, Muskelverspannung bei schmerzhafter Schulterstarre (Periarthropathia humero-scapularis), Hexenschuß (Lumbago), Ischialgie, Sehnenscheidenentzündung, Schleimbeutelentzündung, sowie bei stumpfen Traumen wie Prellungen, Verstauchungen, Zerrungen. Rheumon Gel wirkt außerdem in gleicher Weise bei schmerzhaften Weichteilerkrankungen infolge von Überlastungs- und Abnutzungserscheinungen der Wirbelsäule und Gelenke (Arthrosen).

Dosierung und Anwendungsweise:
Wenn vom Arzt nicht anders verordnet, mehrmals täglich – je nach Größe der schmerzhaften Gebiete – einen 5 bis 10 cm langen Strang Rheumon Gel auftragen und möglichst großflächig in die Haut einreiben.

Nebenwirkungen, Begleiterscheinungen:
In sehr seltenen Fällen können Reizungen der Haut auftreten, die sich nach Absetzen des Medikamentes rasch zurückbilden.

Besonderer Hinweis:
Rheumon Gel soll nicht auf verletzter oder ekzematös entzündeter Haut angewendet werden.

Darreichungsformen und Packungsgrößen:
Tube mit 40 g
Tube mit 100 g

TROPON ARZNEIMITTEL KÖLN

Vertretung für L.:
Integral S.A., 25, Rue de Epernay

c) Loin de s'opposer aux autres modes de formation médicale continue, elle représente un outil complémentaire souvent indispensable à celle-ci.

1°) C'est ainsi qu'après avoir fait un «certificat», la fréquentation hospitalière ou hospitalo-universitaire est plus utile ou gratifiante pour ce médecin ayant acquis les indispensables connaissances pour sa pratique quotidienne.

2°) De même, chaque certificat peut servir de base de travail pour des séminaires de petits groupes de médecins; cette utilisation s'est faite déjà dans de nombreuses régions de France et notamment dans la Région Parisienne.

EN CONCLUSION

La presse médicale a certainement un rôle important à jouer non seulement dans l'information médicale, mais également, dans la formation médicale continue comme le montre l'exemple de la Gazette Médicale de France.

Résultats d'une enquête d'opinion sur les revues médicales régionales

J. CORBERAND*

RESUME

Organisée par une revue médicale régionale, une enquête a été adressée à des médecins d'exercice libéral abonnés à cette revue et adhérents à une organisation de Formation Médicale Continue. Le but de cette enquête était de vérifier si la publication de revues régionales était justifiée face au grand nombre de publications nationales et de recueillir l'avis des lecteurs sur les critères rédactionnels à observer pour répondre aux attentes des médecins généralistes. Les résultats confirment que le médecin, lecteur régulier de plusieurs revues, recherche avant tout une information médicale pratique, clairement et agréablement présentée. Pour lui, exerçant en province, les périodiques régionaux de bonne qualité peuvent occuper une place importante en constituant un lien avec son CHU.

Un choix varié de périodiques médicaux est actuellement offert au médecin, sans que pour cela beaucoup de revues correspondent parfaitement aux attentes de ce dernier. Si l'on se limite aux revues de littérature tertiaire, consacrées à la formation médicale, on peut individualiser deux groupes de publications: des revues à prétention nationale, d'essence parisienne pour l'ensemble, à fort tirage, et des revues loco-régionales réalisées par des équipes axées sur un centre hospitalo-universitaire et dont l'audience, bien que plus restreinte, peut parfois dépasser les limites de la région.

Une enquête d'opinion a été réalisée auprès de médecins d'exercice libéral de la région midi-Pyrénées dans le but de déterminer la place qu'ils accordent aux revues médicales régionales en général. Cette enquête a été organisée par une revue régionale, ce qui a été clairement présenté aux médecins interrogés. L'objectif de cette enquête était, d'une part de préciser si la publication de revues régionales était justifiée face au grand nombre de publications nationales, d'autre part de recueillir l'avis de médecins sur les critères rédactionnels qui correspondent le mieux à leurs attentes. Les éléments recueillis lors de cette enquête dont seule une partie est présentée à ce Colloque devaient être initialement réservés à une exploitation strictement interne.

MATERIEL ET METHODES

Une enquête écrite préservant l'anonymat de l'interrogé a été adressée en Mai 1978, par courrier postal, à 360 médecins ayant la double qualité d'abonnés à la revue régionale organisatrice, et d'adhérents à une association de Formation Médicale Continue qui s'exprime régulièrement dans cette revue.

* Rédacteur en Chef de la Revue de Médecine de Toulouse

Les médecins se répartissaient:

- selon leur mode d'activité, en généralistes (69 %) et spécialistes (31 %),

- selon leur implantation, en ville de CHU (47 %) et autres zones (53 %).

La durée moyenne d'abonnement à la revue était de 2 ans.

Le questionnaire de quatre pages comportait 17 questions portant sur huit thèmes qui concernaient:

1 – La place accordée aux périodiques parmi les moyens d'information médicale,

2 – Les modalités de lecture (nombre de revues lues et fréquence de la lecture).

3 – La caractéristique des revues lues, en s'attachant exclusivement à leur origine, nationale ou régionale.

4 – La place accordée aux revues régionales par rapport aux nationales et la qualité des premières par rapport aux secondes.

5 – La nature de l'information que doit apporter une revue médicale, quelle que soit son origine.

6 – Le type des rubriques qui paraissent le mieux adaptées pour transmettre cette information. Il s'agissait ici de classer dans un ordre de préférence 20 rubriques qui peuvent être proposées dans un périodique.

7 – L'opinion des abonnés sur la revue régionale à laquelle ils étaient abonnés et qui leur adressait cette enquête.

8 – Leurs souhaits sur les modifications à apporter à cette revue (choix de nouvelles rubriques et sujets à envisager).

RESULTATS ET COMMENTAIRES

Le nombre de réponses utilisables a été de 86 ce qui représente un pourcentage de 24 % des questionnaires envoyés. Ce pourcentage est faible, d'autant que la population servant à ce test était déjà sélectionnée par sa double qualité d'abonnée et d'adhérente à une association de F.M.C. Cela confirme en partie l'inertie du monde médical et les difficultés que l'on rencontre pour le faire participer à des activités ou initiatives qui le concernent directement.

Les résultats de l'enquête elle-même montrent que:

– pour 93 % des interrogés, les périodiques occupent une place indispensable parmi les moyens d'information. Les 7 % restants les jugent comme seulement utiles ou même accessoires.

– pour ce qui est des modalités de lecture, 63 % des médecins interrogés lisent plusieurs revues régulièrement, 20 % les lisent de façon épisodique, 7 % lisent une seule revue soit régulièrement, soit épisodiquement. Les 10 % restants ont fourni des réponses incomplètes, mais personne ne dit ne lire aucun périodique médical.

– selon l'origine du périodique, 90 % affirment lire des revues régionales et nationales, 5 % lisent seulement des revues régionales et 5 % ne lisent que des revues nationales (ce qui signifierait qu'ils ne lisent pas la revue régionale à laquelle ils sont abonnés!).

– en ce qui concerne la nature de l'information que doit apporter une revue médicale, tous demandent une information médicale à caractère pratique, 63 % désirent une information à caractère scientifique et seulement 38 % souhaitent trouver des informations sur le «monde médical» traitant des problèmes ordinaux ou syndicaux. L'étude plus détaillée des réponses révèle que 38 % des médecins interrogés souhaitent obtenir simultanément les 3 types d'informations, que 37 % ne recherchent que l'aspect pratique et que 25 % souhaitent trouver à la fois une information pratique et scientifique. Ainsi, les médecins semblent considérer les périodiques médicaux comme étant essentiellement un outil de formation pratique.

La liste des rubriques classées par ordre de préférence s'établit comme suit:

1 – mise au point sur un sujet précis,
2 – conduite à tenir,
3 – notes thérapeutiques,
4 – mise au point sur une discipline,
5 – faits cliniques,
6 – schémas physiopathologiques,
7 – questions adressées à la revue,
8 – programmes des séances de Formation Médicale Continue,
9 – notes de techniques,
10 – «questions» destinées à la préparation aux concours et aux CES.

Les rubriques classées entre la 11ème et la 20ème position ne sont pas rapportées ici.

Ce classement confirme bien le désir des praticiens d'exercice libéral d'obtenir une information médicale pratique et formatrice. Il montre leur défiance à l'égard des articles «savants». Les articles originaux, les revues de presse et les analyses de livres ne sont que respectivement aux 11ème, 12ème et 18ème positions. Le rejet du CHU s'exprime certainement par les places réservées aux programmes des enseignements du CHU et les nouvelles hospitalo-universitaires, en 17ème et 19ème positions. Enfin, les médecins enquêtés n'accordent pas non plus grand intérêt aux essais thérapeutiques (16ème position), en considérant qu'ils n'ont pas une vertu formatrice.

La plupart des interrogés considérent qu'une revue régionale apporte «quelque chose de plus» que les revues nationales. Pour 79 %, parce qu'elle informe sur l'activité médicale du CHU dont ils dépendent et pour 45 % en permettant la communication avec les équipes hospitalo-universitaires. Au contraire, 12 % estiment qu'elle n'apporte rien de plus qu'une revue nationale, mais 90 % d'entre eux ne pensent pas que les revues régionales soient de qualité inférieure aux nationales. Il faut noter toutefois qu'un médecin à répondu qu'il considérait que les revues régionales étaient de qualité inférieure.

A l'exception de cette dernière réponse, il apparait que pour des médecins exerçant en province, des revues régionales de bonne qualité peuvent jouer un rôle privilégié de lien avec le CHU dont ils dépendent.

Parmi les questions consacrées aux appréciations sur la revue organisatrice de l'enquête, nous retiendrons seulement celles qui portaient sur les Pages de la Formation Médicale Continue. Les résultats de cette enquête critique s'établissent comme suit:

– absence de schémas (48 %) ou de certains thèmes (45 %),
– articles trop longs (32 %),

– enfin, plus rarement, le manque d'intérêt (29 %) ou de clarté (10 %) sont mis en cause.

Il est facile de tirer les conclusions de cette enquête:

1 – Elle confirme que les praticiens lisent, pour la plupart, régulièrement plusieurs revues à la recherche d'une information médicale pratique.

2 – Elle précise surtout que, pour ces médecins, des périodiques régionaux de bonne qualité doivent occuper une place irremplaçable dans l'éventail de la presse médicale, en constituant un lieu de rencontre avec leur CHU.

Discussion

R. WOEHRLE
M. HODARA
J. CORBERAND

Prof. J.P. GARIN (LYON):

C'est à R. WOEHRLE que je vais m'adresser. Je crois que sa communication montre bien ce qu'un comité de lecture peut faire pour le renouvellement d'une revue comme le LYON MEDICAL. En effet, LYON MEDICAL était une revue centenaire, tenue par un milieu patronal assez fermé et assez jaloux de ses prérogatives. Vers 1970, il a fallu en assurer le renouvellement. Et ceci à deux niveaux. Il y a eu d'abord absorption d'autres revues lyonnaises, si bien que maintenant, sur LYON, il n'y a plus que deus revues au lieu de trois en Médecine. Deuxièmement, un comité de lecture a été mis en place, sous la direction de R. WOEHRLE qui est devenu Rédacteur en Chef. C'est sa tenacité et son savoir-faire qui ont permis la réussite. Cet exemple, je crois, peut servir. En effet, hier Mr NUSSAUME nous a dit que son comité de lecture à DAKAR était bon enfant, parce que le milieu dans lequel il se trouvait ne permettait pas le contraire. Et bien, à LYON, c'était un peu pareil. Je crois que cela peut servir d'exemple, même si on part de très bas. Je voudrais poser deux questions à R. WOEHRLE. La première c'est: quelle a été la fréquence et l'importance des protestations véhémentes lorsqu'un article est refusé. Il y en a 23 %. D'ou proviennent-ils? Du milieu patronal? D'autres membres du C.H.U.? Ou de personnes et d'auteurs étrangers au C.H.U.?

Mr R. WOEHRLE (LYON):

A la première question, on peut répondre qu'effectivement les protestations les plus véhémentes au début sont venues du milieu patronal, qui avait l'impression de subir un crime de lèse-majesté. Elles ont parfois été très véhémentes, mais n'ont jamais été très nombreuses. Finalement, elles ont disparu. Nous avons, au début, porté nos efforts sur la forme pensant que si la vitrine était très claire, on verrait très bien ce qu'il y avait derrière, et que finalement le fond suivrait de lui-même, ce qui a été en partie réalisé. Actuellement, nous n'avons plus de réactions véhémentes, mais ce qui est beaucoup plus constructif, des discussions avec les auteurs. Le comité de lecture peut se tromper. Certaines conceptions peuvent ne pas être perçues par les juges et il doit y avoir une navette. La deuxième chose concerne les articles refusés. Il y en a très peu qui sont définitivement refusés, l'auteur s'étant manifestement trompé de revue. La plupart sont des articles qui n'ont pas la qualité suffisante. Certaines fois, les modifications proposées par le comité de rédaction ne sont pas acceptées par les auteurs et il nous arrive de retrouver ce même article, non retouché, publié dans une autre revue.

Dr G. SCHARF (WOIPPY):

Je veux féliciter notre confrère HODARA, car il nous propose une voix d'approche

excessivement intéressante pour le médecin autodidacte. C'est en effet une forme d'esprit à respecter. Mais cette manière de procéder s'adresse au savoir mais pas tellement au savoir faire ni au savoir être qui devient de plus en plus important en Médecine, du moins en Médecine générale. Je voudrais cependant qu'il me dise où en France son excellent procédé a servi de base à des séminaires de Médecins?

Pour ce qui est de la REVUE MEDICALE DE TOULOUSE, nous savons tous que ces enquêtes sont très décevantes. La majorité silencieuse ne s'exprime pas, et vous savez très bien que vous arrachez plus facilement une dent à un médecin plutôt que de lui faire prendre son stylo et exprimer son contentement ou son mécontentement. Je proposerai peut-être un congrès des lecteurs. Evidemment, il va falloir les y attirer, pour que les langues se délient. Je pense d'ailleurs que la revue régionale doit garder son importance, et j'espère que la Table Ronde de tout à l'heure va le dégager.

Mr M. HODARA (PARIS):

Je réponds à Mr SCHARF. D'abord,je le remercie pour avoir été une des rares personnes en France à prendre la peine, dans le passé, de me dire l'intérêt de notre effort pédagogique. Enfin, pour répondre à votre question très précise, je peux vous dire qu'il y a déjà trois ans, le certificat de cardiologie a servi de base à un séminaire de deux jours.

Dr B. DUPORTET (LYON):

Je voudrais ajouter quelque chose à ce qu'a dit notre ami WOEHRLE. C'est à peu près dans le même temps que, à LYON, nous avons institué des comités de lecture et des procédures plus sévères de contrôle rédactionnel et pédagogique des textes publiés. Nous avons demandé encore plus d'efforts à nos auteurs. Et nous constatons que les réactions negatives à nos demandes diminuent. Nous sommes maintenant arrivés au stade où il nous est demandé quelquefois des conseils préalables à la publication alors qu'auparavant on redoutait les critiques. Ceci veut dire qu'il est en train de se produire actuellement un mouvement considérable dans la presse médicale française. Il va dans le sens du professionnalisme: de la forme au niveau des périodiques et de l'écriture au niveau des auteurs.

Prof. GARIN (LYON):

Je veux m'étonner de l'absence des responsables de grands périodiques médicaux français. Je crains qu'il ne s'agisse d'un boycott systèmatique, et j'aurais volontiers, si cela vous agréait, demandé aux organisateurs de ces journées, de leur adresser une missive pour leur faire part de notre émotion, malaise, peut-être même un blâme, comme vous l'entendez.

Prof. R. BENICHOUX:

Je ne veux pas allonger cet aparté. Je veux simplement vous laisser deviner tous les soucis rencontrés au cours de l'organisation de ce colloque. Beaucoup de gens se sont inscrits, ont promis leur participation, m'ont envoyé leur résumé, et à la dernière minute, se sont décommandés. Et il semble que ce mouvement soit télécommandé de quelquepart, quisqu'il y a une certaine convergence. Je la regrette profondément. Je ne veux pas faire de polémique. Je veux simplement remercier Monsieur GARIN de sa remarque qui me permet de mettre les choses au point. De toute façon, les absents ont toujours tort, tant pis pour eux!

Propos Préliminaires

Prof. J. Ch. SOURNIA*

Monsieur BENICHOUX m'a demandé de diriger les débats cet après-midi, et je voudrais, en préambule, le remercier d'avoir eu cette initiative. Il n'est plus possible à notre époque, de lier l'exercice de la Médecine uniquement à la formation reçue par un médecin au cours de sa période universitaire. Un médecin exerce pratiquement son métier pendant 35 ans, très schématiquement de 30 à 65 ans, et nous savons que la médecine a évolué si vite et continuera à évolouer si vite qu'il n'est plus possible de se fier uniquement aux connaissances acquises à l'âge de 30 ans. C'est dire aussi que cette évolution ne peut aller qu'en s'accélérant; l'afflux de l'innovation dans toutes les disciplines impose désormais au médecin de nouveaux devoirs, qui sont à la fois techniques et moraux.

Une deuxième notion est l'augmentation du nombre des médecins. Cette évolution démographique va avoir une répercussion considérable sur tous les modes d'exercice de la Médecine. Il est possible que cette augmentation accèlère encore les connaissances, mais il est certain qu'elle va entraîner une plus grande diversité parmi nos confrères. Nous aurons un énorme rajeunissement du corps médical et une augmentation du nombre des généralistes. Je ne suis pas tout à fait d'accord avec les chiffres qui ont été donnés ce matin. Nous avons, Dieu merci, encore en France 60 généralistes contre 40 spécialistes, et ceci assure la supériorité de la médecine française sur beaucoup d'autres médecines des pays industrialisés.

Enfin un dernier point qui prouve l'utilité de ce colloque, c'est la nécessité d'une évaluation de la qualité des soins donnés. Il n'est plus possible que des soins soient donnés par des médecins diplômés une fois pour toutes, et dont personne ne vérifie la qualité des soins qu'il donne. Je ne sais pas comment cette évaluation va s'organiser dans les années qui vont venir, mais je peux vous assurer que je considère comme un de mes devoirs primordiaux de l'organiser, étant bien entendu que les décisions seront majoritairement prises par des médecins. C'est donc une nouvelle tournure d'esprit qui va s'imposer à nous tous.

Voilà ce que je voulais dire en préambule, avant la séance de travail de cet après-midi.

* Directeur Général de la Santé, Ministère de la Santé, Paris.

Que lisent les pneumologues français?

Essai d'évaluation par une enquête nationale.

AUTEURS:
J. OREHEK*, A. ARNAUD**, D. VERVLOET** et J. CHARPIN**

ORIGINE:
*Laboratoire de Médecine Experimentale de la Faculté de Médecine de Marseille
**Clinique de Pneumo-Phtisiologie de la Faculté de Médecine de Marseille

Adresse pour correspondance:
Docteur J. OREHEK – Hôpital Salvator – Laboratoire d'Exploration Fonctionnelle Respiratoire – 13009 MARSEILLE

INTRODUCTION

Les critiques qui ont été adressées à la presse médicale française (1) doivent sans doute inciter les «producteurs» (auteurs des articles et rédacteurs des revues) à la réflexion. Néanmoins, avant que d'éventuels changements puissent être proposés, une meilleure connaissance des «utilisateurs» (le public des lecteurs) parait souhaitable. Nous avons tenté, à l'aide d'une enquête par questionnaire, de préciser l'attitude des pneumologues français vis à vis des journaux médicaux de cette discipline. Les résultats préliminaires de cette enquête sont rapportés ici.

METHODES

Un questionnaire a été envoyé aux médecins figurant dans un annuaire médical (ROSENWALD) à la rubrique «pneumo-phtisiologie» et aux médecins inscrits au 28ème Congrès National des Maladies Respiratoires et de la Tuberculose (Marseille, Septembre 1977) mais ne figurant pas sur l'annuaire précité. Ce questionnaire, à remplir de façon anonyme et accompagné d'une enveloppe timbrée pour la réponse, comportait des groupes de questions destinées à préciser: a) l'âge et la situation professionnelle des sujets interrogés; b) l'importance relative des informations obtenues à partir de systèmes bibliographiques (type Current Contents), au cours des congrès ou par la lecture des journaux spécialisés; c) la place relative des principaux journaux pneumologiques en fonction de différents critères: abonnement personnel ou non, lecture occasionnelle ou régulière, intérêt scientifique; d) l'obstacle éventuel représenté par la lecture de journaux en langue anglaise.

La liste des journaux proposée comporte des journaux publiés exclusivement en français (Revue Française des Maladies Respiratoires, Le Poumon et le Cœur), des journaux comportant des articles en plusieurs langues dont le français (Bulletin Européen de Physiopathologie Respiratoire, Les Bronches, Respiration), des journaux rédigés exclusivement en langue anglaise (American Review of Respiratory Disease, Thorax, Chest, Scandinavian Journal of Respiratory Diseases, British Journal of Diseases of the Chest, Respiration Physiology) et un journal dont les articles sont rédigés en anglais et en allemand (Lung).

RESULTATS

Sur 1240 questionnaires envoyés, 595 ont été retournés (48 %). Seulement 478 (38,5 %) ont pu être exploités car 117 ont été retournés non remplis ou remplis par des médecins retraités ou n'exerçant plus dans le cadre de la spécialité de pneumo-phtisiologie. Le tableau 1 montre la répartition de ce groupe en ce qui concerne l'âge. 22,2 % des médecins ont déclaré avoir une activité exclusivement privée alors que 47 % exercent exclusivement dans le secteur public. Un sous-groupe de 72 professeurs de Faculté et Maîtres de Conférence Agrégés a été individualisé. Les résultats obtenus dans ce sous-groupe ont été comparés, à titre indicatif, à ceux obtenus dans l'ensemble du groupe.

A la question «Consultez-vous régulièrement ou êtes-vous abonné à des systèmes d'index bibliographiques (c'est-à-dire des organismes qui fournissent régulièrement la liste des sommaires de différentes revues et/ou des résumés des articles scientifiques parus dans ces revues)», 28,8 % des médecins ont répondu affirmativement (76,4 % dans le groupe des professeurs). Dans 11,9 % des cas le système d'index bibliographique utilisé est Current Contents (38,8 % des cas dans le groupe des professeurs). A la question «Participez-vous régulièrement à des réunions bibliographiques à l'échelon d'un service (séances où les participants résument et commentent le contenu de différentes revues scientifiques)», 18,8 % des médecins constituant l'ensemble du groupe et 52,8 % des professeurs ont répondu positivement. Les réponses affirmatives sont de 89,3 % (100 % chez les professeurs) à la question «Participez-vous régulièrement à des réunions scientifiques?».

Pour la question «Lisez-vous régulièrement des journaux médicaux?» on obtient 95 % de réponses affirmatives (100 % dans le groupe des professeurs). En réponse à la question «Indiquez lequel de ces 3 modes d'information (index bibliographiques, congrès, journaux) est le plus important pour vous», 6,8 % ont choisi les index, 16,4 % les congrès et 74,8 % les journaux médicaux, avec 2 % de réponses inclassables. Dans le groupe des professeurs les pourcentages sont respectivement de 16,6 %, 8,4 %, 70,8 % et 4,2 %.

A la question «Est-ce que les articles intéressants pour vous sont surtout: les articles originaux qui apportent un fait nouveau? Les revues générales qui constituent une mise au point concernant un traitement, une technique,...?» on obtient 31,9 % de réponses en faveur des Articles Originaux, 57,5 % en faveur des Revues Générales et 10,6 % n'ont pas exprimé d'opinion. Pour les professeurs les pourcentages sont respectivement de 41,7 %, 31,9 % et 26,4 %. A la question «Est-ce que la lecture des articles rédigés en anglais vous pose un problème?», 57,3 % des médecins ont répondu affirmativement (20,8 % dans le groupe des professeurs) et 35,8 % (4,2 % des professeurs) ont répondu affirmativement à la question «Si oui, est-ce que ce problème est suffisamment important pour vous empêcher de lire les journaux médicaux publiés en anglais?», qui faisait suite à la question précédente.

21,5 % des médecins dans leur ensemble (43 % des professeurs) affirment demander habituellement des tirés-à-part, 37,4 % (40,2 % des professeurs) trouvent que les journaux pneumologiques sont actuellement trop nombreux et 60,2 % (56,9 % des pofesseurs) sont satisfaits de l'état actuel de la presse médicale pneumologique.

La figure 1 indique la répartition des différents journaux pneumologiques en ce qui concerne les abonnements personnels ou de service et leur lecture régulière ou occasionnelle par les médecins. On constate la large prédominance de la Revue Française des Maladies Respiratoires, l'existence d'un groupe «moyen» (du Poumon et le Cœur à Chest) et d'un groupe à faible diffusion (de Respiration Physiology à Lung). En ce qui concerne la Revue Française des Maladies Respiratoires il faut préciser que 61,3 % des médecins interrogés ont affirmé être membre de la Société Française des Mala-

dies Respiratoires, ce qui implique l'abonnement automatique à la revue.

Seulement 244 sujets (56 professeurs) ont répondu à la question demandant d'indiquer, parmi la liste proposée, les 3 journaux pneumologiques considérés comme les plus intéressants. La figure 2 (partie inférieure) montre que: a) la répartition des journaux en 3 groupes persiste, b) les revues anglophones sont diversement appréciées (voir par exemple la différence d'intérêt manifesté pour l'American Review of Respiratory Disease et le Scandinavian Journal of Respiratory Diseases), c) l'appréciation des professeurs est assez différente de celle du groupe dans son ensemble, les professeurs manifestant plus d'intérêt pour certaines revues anglophones au détriment de certaines revues francophones.

Par ailleurs la figure 2 montre les réponses du groupe des professeurs en ce qui concerne l'abonnement personnel et la lecture régulière.

DISCUSSION

Le taux relativement faible des réponses exploitables (38,5 %) empêche d'affirmer que la population étudiée exprime l'opinion de l'ensemble des pneumologues français. Toutefois, ces résultats suggèrent quelques commentaires:

1) – La lecture de journaux médicaux constitue le moyen d'information fondamental des médecins, qu'ils soient ou non universitaires.

2) – Pour un nombre élevé de médecins la lecture des journaux en langue anglaise constitue un problème grave.

3) – L'intérêt témoigné à certains journaux publiés en langue anglaise, en dépit de la difficulté linguistique, indique probablement leur valeur scientifique. Inversement, il est possible que la diffusion de certains journaux francophones reflète plus le fait qu'ils sont publiés en langue française que leurs qualités scientifiques.

TABLEAU I

Répartition par tranches d'âge du groupe de pneumologues étudié

Moins de 30 ans	0,6 %
30-39 ans	15,2 %
40-49 ans	19,2 %
50-59 ans	41,3 %
Plus de 60 ans	23,7 %

REFERENCE

(1) GARFIELD E., La Science Française est elle trop provinciale?
La Recherche, 1976, 7, 757-760

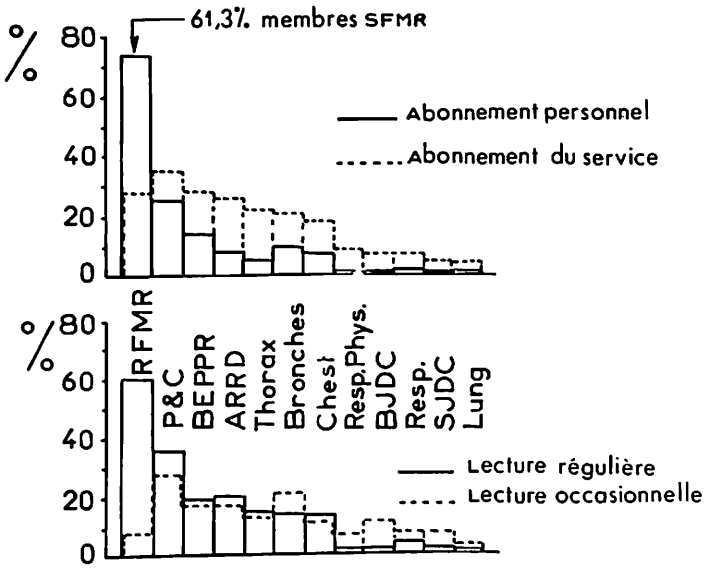


Figure 1: Nombre de médecins (en pourcentage, ordonné) abonnés personnellement ou par l'intermédiaire de leur service hospitalier aux différents journaux pneumologiques cités en abscisse (graphique supérieur) et qui lisent régulièrement ou occasionnellement ces journaux (graphique inférieur). Les titres des journaux en abrégé sont les suivants: RFMR: Revue Française des Maladies Respiratoires; P et C: le Poumon et le Cœur; BEPPR: Bulletin Européen de Physiopathologie Respiratoire; Resp. Phys.: Respiration Physiology; BJDC: British Journal of Diseases of the Chest; Resp.: Respiration; SJDC: Scandinavian Journal of Diseases of the Chest; SFMR: Société Française des Maladies Respiratoires.

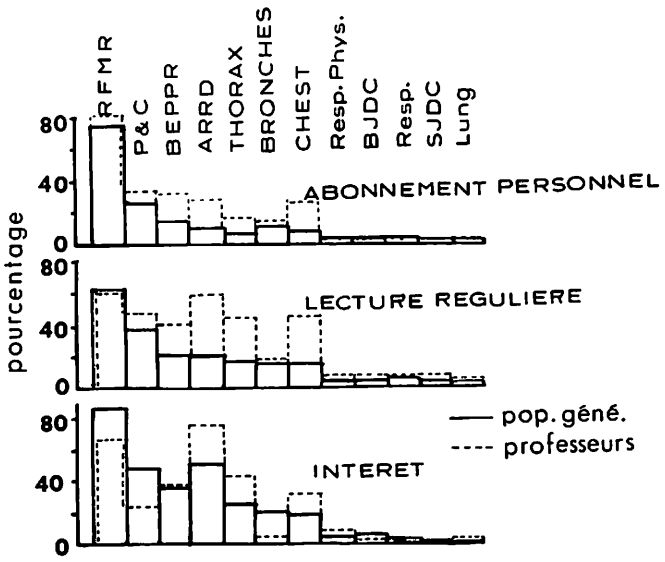


Figure 2: Pour chacun des journaux pneumologiques figurant en abscisse est représenté le nombre de médecins (pourcentages, ordonnée) considérant que ce journal est parmi les 3 journaux les plus intéressants (graphique inférieur). Les 2 graphiques supérieurs représentent les pourcentages d'abonnements personnels et de lecteurs réguliers des différents journaux. Pour la signification des abréviations employés voir la légende de la figure 1. Le trait plein désigne l'ensemble du groupe, le trait pointillé le sous-groupe des professeurs de Faculté.

Du Dirigisme en Terminologie

J. C. SOURNIA*

Périodiquement le procès est fait du vocabulaire employé par les médecins, et nous devons reconnaître que de toutes les branches du savoir scientifique de notre fin de siècle, c'est certainement la langue médicale qui paraît la plus complexe.

Certes toutes les sciences ont deux niveaux de vocabulaire: le menuisier pour désigner le bois qu'il travaille, ou le pêcheur pour le poisson qu'il vend au port n'emploient pas les mêmes termes que le botaniste ou l'ichthyologue. En médecine le problème est infiniment plus vaste car chaque individu, chaque peuple, chaque culture, chaque classe sociale a son vocabulaire propre pour désigner un organe du corps ou une maladie. Cette opposition entre terminologie savante et terminologie vulgaire existera toujours, et laissons les journalistes s'en amuser ou nous accuser de cacher nos ignorances derrière des mots grecs.

I. Malheureusement au sein du langage employé par les techniciens pour eux-mêmes le désordre est considérable, et je n'insisterai que sur les trois principaux travers que l'on doit déplorer.

La synonymie est une tare souvent condamnée. Nous pouvons désigner la maladie de MINKOWSKI-CHAUFFARD de quinze expressions différentes, et les 21 noms qu'avait l'hépatite infectieuse il y a 5 ans sont certainement plus nombreux aujourd'hui. Certes l'histoire de notre langage explique ces désignations qui ne sont pas toujours de parfaits synonymes, mais nous encombrons nos index, nos fichiers informatiques et la mémoire de nos étudiants avec des données inutiles qui nuisent à la qualité et à la rapidité de la compréhension. Beaucoup de ces synonymes ne sont que des fantaisies d'auteurs, elles n'amènent aucune nouveauté scientifique dans la connaissance de la maladie ni dans sa thérapeutique.

Un deuxième défaut tout aussi grave est celui de l'éponymie, c'est-à-dire la manie de donner un nom de savant à une structure anatomique, à un symptôme, ou à une maladie. Malheureusement pour une même entité, les noms de baptême peuvent varier d'un pays à un autre, d'une ville à une autre. Un même médecin peut donner son nom à plusieurs maladies. Et avec le temps la maladie individualisée s'agrémente de variétés, de formes cliniques, si bien que le nom donné à une époque ne correspond plus à la science du jour. Certains éponymes ont dans certains cas l'avantage de la brièveté et de la clarté, comme le mal de POTT ou la maladie de HODGKIN, mais le plus souvent ils sont hermétiques et facteurs de confusion.

Le troisième danger qui suscite le plus de polémiques et d'indignations contraires, sur

* Président du Comité des Termes Médicaux Français
Vice-Président de la Commission de Terminologie (Ministère de la Santé)

lequel chacun a un avis tranché, est celui des emprunts à l'étranger, et particulièrement à l'anglais. Il est excusable qu'une innovation provenant d'un pays anglo-saxon soit provisoirement désignée par un terme anglais; mais tout ce qui s'exprime en anglais peut être dit en français, grâce à la francisation du terme, ou à une traduction, ou une transposition de l'image originelle. Dans une phrase française un terme anglais se comporte comme un corps étranger, que la lecture soit muette ou parlée; et surtout les changements de sens sont fréquents lorsqu'un mot a traversé une frontière ou un océan, et en l'employant Américains et Français ne désignent plus le même objet. La conséquence est évidemment la même lorsque les anglophones font un emprunt au français.

Ainsi, à une époque où les problèmes de communication sont tellement d'actualité, et où la médecine accentue son caractère scientifique et précis, le langage médical cumule des défauts qui sont sources de confusion, de malentendus, d'imprécision, et d'inutiles difficultés de traduction.

II. La plupart des médecins ne sont pas conscients de ces dangers; ils ignorent les difficultés de la linguistique, ils répugnent à la discipline tout en reconnaissant les inconvénients du laisser-aller. Aussi différents organismes ambitionnent de les aider.

Le plus ancien (âgé de quatorze ans) est le Comité d'Etudes des Termes Médicaux Français. Il travaille sur le terrain et au jour le jour, puisque ses discussions portent sur les anomalies relevées dans les journaux médicaux. Pour les termes impropres ou étrangers il propose des équivalents français qui sont ainsi mis à l'essai, il correspond avec les auteurs, il entretient des relations avec le Fichier de Berne, et l'Office de la Langue Française du Québec pour une bonne coordination de ces institutions concourant au même but. Il a publié plusieurs listes d'équivalents à des termes étrangers abusivement utilisés dans des textes français.

La Commission de Terminologie du ministère de la Santé de la Famille a été créée en 1974 dans le cadre du décret imposant à chaque Ministère une Commission semblable. Elle est chargée de la mise à jour du langage médical français. Son travail est lent, son caractère officiel lui interdit de faire des erreurs, et les termes nouveaux qu'elle propose et définit doivent avoir reçu l'aval de l'Académie des Sciences et de l'Académie Française. Elle a publié un arrêté de terminologie qui s'impose dans les textes administratifs et les contrats officiels, un deuxième arrêté est en préparation, et des circulaires de caractère moins impératif recommandent l'emploi d'autres termes.

On pourrait penser que l'O.M.S. jouerait un rôle international d'une part pour que tout le monde francophone bénéficie en médecine d'un langage clair, d'autre part pour faciliter les échanges entre langues étrangères. Ce n'est malheureusement pas le cas pour des raisons logiques. D'abord les médecins de l'O.M.S. ne sont pas plus conscients que les autres médecins des problèmes linguistiques. Ensuite la réalisation et la mise à jour permanente d'un dictionnaire médical multilingue est un travail gigantesque que l'O.M.S. ne pourrait cautionner. Enfin, bien qu'elle s'en défende, sa principale langue de travail est l'anglais, et de nombreux documents de l'O.M.S. ne sont pas écrits en français, mais traduits de l'anglais par des non francophones. C'est dire que les «faux-amis» aidant, les faux sens et fautes de traduction créent un sabir dangereux: un récent «vocabulaire de santé publique» en est la preuve.

III. Ainsi les médecins français ne peuvent compter que sur eux-mêmes pour maintenir la qualité de leur langage professionnel. Cette attitude ne résulte ni d'un purisme académique, ni d'un nationalisme car à côté de mots nouveaux dont nous avons besoin pour désigner un concept, une technique ou une maladie nouvelle, d'autres termes tombent en désuétude, et les échanges internationaux sont souhaitables et inévitables dans ce domaine comme dans d'autres. Mais nous devons rechercher la brièveté, la concision et la précision pour lui maintenir son caractère scientifique.

Le problème principal qu'ont à résoudre le Comité des Termes Médicaux et la Commission de Terminologie est celui de l'innovation. La solution paresseuse est celle de l'emprunt, c'est-à-dire l'introduction directe du mot étranger dans le discours français, j'ai dit ses inconvénients. Une autre méthode est celle de la francisation; par exemple la substitution du suffixe -age à -ing est facile, «monitoring» devient «monitorage» sans que la compréhension soit gênée et sans atteinte du message sémantique; ce procédé ne convient pas toujours. Une autre solution encore préférable est la traduction; il y a quelques années les chirurgiens des gros vaisseaux pratiquaient un «banding» de l'artère pulmonaire, ils font maintenant un «cerclage», terme préférable parce que plus expressif; par contre certains maîtres enseignent encore le «thrill», que certains prononcent «srill» et d'autres «trill», alors que les étudiants comprendraient mieux le «frémissement».

La création d'un nouveau mot pour désigner une nouvelle chose est la méthode la plus évidente qui suscite pourtant le plus d'indignation. Alors que les dictionnaires et les lexiques n'ont comme rôle que d'enregistrer l'usage et non de le guider, puisque le lecteur doit y trouver tout mot qu'il aura rencontré, on a vite fait de condamner comme «non français» un terme qui ne s'y trouve pas. Mais la néologie a des règles; il ne suffit pas de créer un mot nouveau pour prétendre inventer un concept nouveau, et n'importe qui ne peut pas innover en matière de langage. Un néologisme doit être simple, euphonique, si possible bref, évocateur, s'intégrer dans une lignée de mots de morphologie et de contenu voisins, il doit fournir facilement des dérivés en français et éventuellement pouvoir s'intégrer dans les langues étrangères romanes ou germaniques.

La langue française est d'une très grande souplesse, tout peut être dit en français. A titre de seul exemple je puis citer quelques traductions que nous avons données aux termes anglais «to scan, ou scanning», éminemment imprécis et trop ulitisés: dans les télécommunications on parle de «balayage», pour les explorations isotopiques de «scintigraphie», et pour la tomographie axiale avec calculatrice l'Académie Française a adopté le mot «scanographe» parmi les néologismes que nous lui proposions. Cette diversité des traductions contribue à la précision.

La simplification de l'orthographe, pourtant anarchique, n'est pas de notre ressort. On peut cependant regretter qu'avec des étymologies semblables «frénésie» et «phrénique» ne s'écrivent pas de la même façon, ni «colère» et «choléra», ni «cinésiologie» et «kinésithérapie». Mais là encore les médecins n'y mettent guère du leur, puisque des psychiatres proposent de donner des sens nosologiques différents à «phantasme» et «fantasme».

IV. En conclusion on peut dire que si tout langage même scientifique a une vie spontanée, celle-ci peut être guidée. Les organismes spécialisés ne peuvent pas imposer des règles et des mots, mais les proposer, et s'ils sont bons, ils seront adoptés par l'usage quotidien.

La discipline personnelle de chaque médecin-auteur est indispensable, et avant l'impression les Comités de rédaction des revues peuvent jouer un rôle considérable. Les médecins français, lorsqu'ils sont attachés à la qualité de leurs périodiques, sont prêts à conférer aux Comités de rédaction une plus grande autorité scientifique pour garantir le sérieux de la publication; ils doivent leur accorder la même autorité pour la qualité et la précision de sa rédaction.

Discussion

Prof. R. RAZAFIMAHALEO (Paris):

Je vais m'adresser à Mr SOURNIA, mais avant je voudrais faire une petite remarque et un petit voeux qui se concrétise grâce à cette communication de Mr SOURNIA. C'est à dire qu'ici notre colloque est intitulé «PRESENT ET AVENIR DES PERIODIQUES MEDICAUX DE LANGUE FRANCAISE» et ne comporte donc que le terme «médical». Or, je voudrais qu'on y associe comme Mr SOURNIA l'a fait, le terme «scientifique». En effet, toute publication médicale n'est pas dénuée de caractère scientifique, et tout scientifique médecin étudiant la biologie médicale, ne peut être que médical, malgré un certain ostracisme, une certaine ségrégation entre fondamentalistes et cliniciens. Je crois que cette ségrégation ne devra plus exister, et pour être clairs, il faut que nous soyons médicaux scientifiques ici, et non pas seulement médicaux.

Mr SOURNIA a dit que tout ce qui s'exprime en anglais peut s'exprimer en français. Je suis très heureux de cette déclaration, puisque je suis francophone. Et je voudrais demander à Mr SOURNIA où en sont les travaux de la Commission de Terminologie, en particulier en ce qui concerne les équivalents français des termes anglais. Pourrons-nous être informés de ces travaux? Vous avez dit que cette Commission existe depuis plus de quatre ans. Et pourtant des termes français très estimés et plus anciens que leurs correspondants anglais sont remplacés dans la bouche et dans les communications de certains par ces termes anglais. Récemment, les canadiens ont fait un très gros effort pour essayer de franciser certains termes anglais en particulier dans un livre de Biochimie américain que des professeurs canadiens ont traduit en français.

Pourquoi cet état de fait? Les mots, les lexiques français ne sont-ils pas assez honorables et significatifs pour exprimer ces choses là?

Hyperurikämie + tophöse Gicht

Den Serum-Harnsäure-Stau
renal lösen!

Zusammensetzung: 1 Tablette NARCARICIN® mite enthält 50 mg Benzbromaron INN. 1 Dragée NARCARICIN® enthält 100 mg Benzbromaron INN. **Indikationen:** Hyperurikämie jeder Genese und Gicht. Durch medikamentöse Behandlung entstandene erhöhte Serumharnsäure-Konzentrationen. **Kontraindikationen:** Die Präparate sollen nicht angewendet werden bei mittelschwerer bis schwerer Niereninsuffizienz (Glomerulusfiltrat unter 20 ml/min). Obgleich Benzbromaron im Tierversuch keine schädigende Wirkung zeigte, sollten NARCARICIN® mite und NARCARICIN® dennoch während der Schwangerschaft nicht verabreicht werden. **Nebenwirkungen und Begleiterscheinungen:** Die Verträglichkeit ist im allgemeinen sehr gut. Unter einer Behandlung mit Benzbromaron können Durchfälle auftreten. Treten diese Durchfälle häufig oder über längere Zeit auf, so sind die Natrium- und Kaliumwerte im Blut zu kontrollieren. Gegebenenfalls kann die Tagesdosis reduziert werden. **Besonders zu beachten:** Bei der vorgeschriebenen Dosierung sind Gichtanfälle zu Beginn der Therapie im allgemeinen nicht zu erwarten. Tritt dennoch in seltenen Fällen, besonders zu Beginn der Behandlung mit NARCARICIN® ein Gichtanfall auf, sollte gleichzeitig Colchicin oder ein antiphlogistisch wirkendes Präparat gegeben werden. Für eine ausreichende Diurese und für eine Alkalisierung des Harns ist zu sorgen; dies ist bei Patienten mit Nierensteinen besonders wichtig. Die tägliche Trinkmenge sollte mindestens 1,5 – 2 Liter betragen. Hierzu empfiehlt sich u.a. ein urologischer Tee wie SOLUBITRAT®.

Stand Januar 1979

Darreichungsformen u. Packungsgrößen:

NARCARICIN® mite
30 Tabletten
100 Tabletten

NARCARICIN®
30 Dragées
100 Dragées

Anstaltspackungen

LUDWIG HEUMANN & CO GMBH
NÜRNBERG

HEUMANN Arzneimittel

Littérature et échantillons: Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A., Luxembourg

blend-a-med unterstützt Sie bei der Behandlung von Parodontopathien.

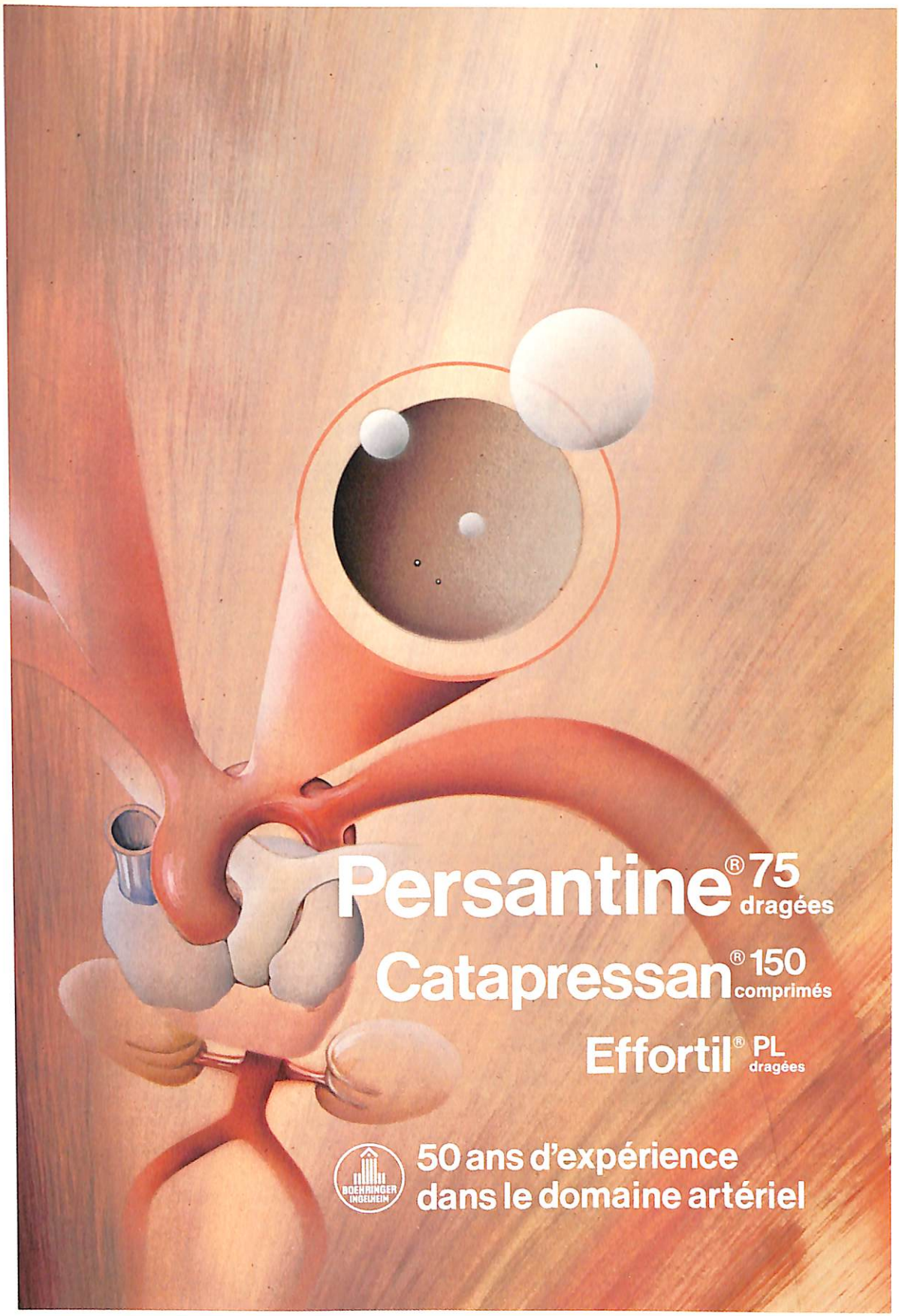
① **blend-a-med Fluid.*** Zur Therapie entzündlicher Prozesse in der Mundhöhle. Anwendung im Spray, in der Mundbadeanlage, zum Touchieren und zur Tamponade.

② **blend-a-med Zahnpasta.** Schützt vor Karies und Parodontose. Denn blend-a-med enthält hochaktive Antikariesfaktoren und zum besonderen Schutz des Zahnfleisches Allantoin und Pyridyl-carbinol.

③ **blend-a-med "medic"** Zur richtigen Reinigung der Zähne und zur schonenden Massage des Zahnfleisches.

* Zusammensetzung blend-a-med Fluid
100 g enthalten (in g) 2,2' Dihydroxy-3,3' dibrom-5,5' dichlordiphenylmethan 0,1, 1,4 Dimethyl-7-isopropylazulen 0,006, Tinctura-Arnicae 1,0, Tinctura-Myrrhae 1,0, Saccharin-Na 0,03 und Geschmackskorrigentien in alkoholischer Lösung
* Indikationen – Gingivitis – Stomatitis – Parodontitis
* Kontra-Indikationen = keine

blend-a-med Forschung Mainz


Persantine® 75 dragées
Catapressan® 150 comprimés
Effortil® PL dragées
BOEHRINGER INGELHEIM
50 ans d'expérience
dans le domaine artériel

Persantine® 75 dragées

Formule : 2,6-bis(diaethanolamino)-4,8-dipiperidino-pyrimido (5,4-d) pyrimidin (dipyridamol) 75 mg - Sacchar. lact. - Amyl. - Polyvidonum - Amaranth. - Magnes. stearas - q.s. pro compr. uno - Lacca - Ol. ricin. - Talc. - Sacchar. - Acac. gum. - Flav. sunset pro colore - Titan. oxyd. - Glycolumpolyethylen. 6000 - Carnauba cera et cera alba obduct.

Indications : Insuffisance coronarienne aiguë et chronique. thérapeutique à long terme de l'insuffisance myocardique, cœur sénile.
Posologie : La dose recommandée est de 3 fois 1 dragée par jour ; les dragées de Persantine 75 sont à prendre entre les repas.
Effets secondaires : Une lourdeur de tête ou des céphalées peuvent parfois apparaître, mais ces phénomènes disparaissent rapidement au cours du traitement.

Remarques : La Persantine 75 n'est pas destinée à interrompre la crise angineuse aiguë, cependant, son administration régulière permet, dans la majorité des cas, de réduire la fréquence et l'intensité des crises. Le traitement de l'insuffisance coronarienne par la Persantine 75 est essentiellement un traitement à long terme. L'excellente tolérance du produit permet dans la grosse majorité des cas de maintenir la posologie initiale de 3 x 75 mg durant toute la période de traitement.

Présentations : Flacon de 50 dragées. Conditionnement clinique de 250 dragées.

Catapressan® 150 comprimés

Formule : 2-(2,6-dichlorophenylamino)-2-imidazolin. (clonidin) hydrochlorid. 0,150 mg - Sacchar. lact. - Dicalcii phosphas - Amyl. - Silic. oxyd. colloid. - Polyvidonum - Acidum stearicum - q.s. pro compr. uno. **Indications** : Tous les cas où la tension artérielle est pathologiquement élevée. **Posologie** : Dans le cas où le régime sans sel est difficilement applicable, p. ex. chez les malades ambulants, l'adjonction d'un saluretique est souhaitable. Cette adjonction permet généralement une réduction de la posologie Catapressan. Le traitement débutera par l'administration de 1/3 comprimé Catapressan 2 à 3 fois par jour (1 comprimé sécable contient 0,15 mg de Catapressan). Selon l'effet, la dose sera augmentée ou diminuée jusqu'à fixation de la posologie la mieux adaptée à chaque cas particulier. Cette posologie ayant été établie, il sera souvent possible d'administrer la dose quotidienne en deux prises au lieu de trois. Si nécessaire, on peut, dans les cas extrêmes, augmenter graduellement la dose jusqu'à 6 comprimés par jour et même 12 chez les malades traités en milieu hospitalier. **Remarques** : Au début du traitement, on peut observer une sédation qui, dans la plupart des cas, rétrocède après 1 ou 2 semaines sans aucune réduction de l'activité hypotensive du médicament. Cette sédation - souvent souhaitable au début du traitement - peut diminuer les facultés de réaction. Il convient d'avertir de cette éventualité les conducteurs de véhicules, les personnes appelées à travailler sur des échafaudages et tous les autres travailleurs courant des risques. La sécheresse de bouche observée au début du traitement ne doit pas préoccuper, d'autant plus qu'elle disparaît généralement après 8 à 15 jours ; elle ne doit pas être confondue avec de la soif (ne pas boire plus que de coutume). Un bonbon à la menthe peut estomper ce phénomène. On observe parfois, et le plus souvent passagèrement : étourdissements, constipation, manque d'appétit, nausées, inquiétude, pâleur et bradycardie. A doses thérapeutiques, aucun de ces effets secondaires n'a de gravité. Les effets des calmants, des somnifères et de l'alcool sont accentués chez les sujets traités par le Catapressan. Le traitement des hypertendus porteurs d'affections vasculaires cérébrales importantes devra débuter avec une posologie très prudente et graduelle. Chez les malades souffrant simultanément d'insuffisance rénale, il est indiqué de contrôler régulièrement l'azote résiduel et éventuellement aussi la créatinine et l'urée dans le sérum. **Antagoniste** : En cas de surdosage, l'antagoniste de choix est la tolazoline à la dose de 30 mg par 0,3 mg de Catapressan. **Présentations** : Comprimés sécables à 0,150 mg : Flacon de 30 comprimés - Flacon de 75 comprimés - Conditionnement clinique de 250 comprimés

Effortil® PL dragées

Indications
Défaillance circulatoire, collapsus circulatoire dans les états comateux, au cours et après les maladies infectieuses, l'infarctus du myocarde, les interventions chirurgicales, les accouchements, les accidents, les intoxications, les états de cachexie des patients cancéreux. Hypotension, troubles de la tension circulatoire d'origine hypotonique, dysrégulation orthostatique dans l'asthénie constitutionnelle, les maladies infectieuses chroniques, la convalescence, les états post-opératoires et le post-partum, la grossesse et la période de croissance. Prévention des perturbations cardiovasculaires au cours des petites interventions diagnostiques ou thérapeutiques, certaines formes de céphalées vasomotrices, tendance au collapsus orthostatique dans le dumping-syndrome, sensibilité aux influences atmosphériques.

Contre-Indication
Thyréotoxicose.

Présentations
Dragées PL : Flacon de 20 dragées
Flacon de 50 dragées
Conditionnement clinique de 250 dragées.

Posologie Effortil PL	Dragées
Adultes	1-2 dragées le matin. Au besoin, 1 autre dragée au cours de l'après-midi.
Ecoliers	1 dragée le matin. Au besoin, 1 autre dragée au cours de l'après-midi.

Les dragées d'Effortil PL doivent être avalées sans être croquées, de préférence avec un peu de boisson.

Formule
2-aethylamino-1-(3-hydroxyphenyl)-aethanol. (etilefrin.) hydrochlorid. 12 mg - Amyl. - Silic. oxyd. colloid. - Acid. tartaric. - Acid. stearic. - q.s. pro compr. uno - 2-aethylamino-1-(3-hydroxyphenyl)-aethanol. hydrochlorid. 13 mg - Polyvidonum - Amyl. - Silic. oxyd. colloid. - Talc. - Saccharum - Titan. oxyd. - Acac. gum. - Carboxypolymethylen. - Cellulos. acetylphtalic. - Aethylcellulos. - Dibutyl. phtalas - Glycolumpolyethylen. 5000-6000 - Methyl. paraoxybenzoas - Propyl. paraoxybenzoas - Cera alba et carnauba cera obduct.

Boehringer Ingelheim

n.v. Boehringer Ingelheim s.a.
rue du Collège St-Michel 17 - 1150 Bruxelles

198/B/frz

Composition, rôle et pouvoirs à donner au Comité de Sélection d'une revue aux fins d'en améliorer les qualités scientifiques, rédactionnelles et éditoriales. A propos d'une expérience

V. CHEVALIER*

Secrétaire général de la société belge de pédiatrie, j'ai collaboré depuis 4 ans à la réorganisation de son bulletin périodique par des «amateurs passionnés». C'est de cette difficile expérience dont je voudrais vous entretenir brièvement.

Qu'ils soient ou non gérés par des maisons d'édition professionnelles, qu'ils soient ou non la propriété de sociétés scientifiques, les journaux médicaux se heurtent actuellement à trois grands groupes de problèmes:
a. le tirage;
b. l'équilibre budgétaire;
c. la qualité scientifique et rédactionnelle de la copie publiée.

Médecins, nous avons cru que la première façon de faire survivre ou prospérer notre journal était de lui assurer un **apport suffisant** en copies de qualité.

Je ne m'étendrai pas sur le problème de la récolte de la matière brute. Disons simplement que nous croyons que la rédaction d'un périodique connu pour la qualité de ce qu'il publie reçoit plutôt trop de copie que trop peu. Le tout est de se faire connaître, ce qui n'est pas facile.

Ce sur quoi il faut insister c'est l'indispensable sélection des articles. Les qualités scientifiques et rédactionnelles de la copie publiée par un périodique médical doivent faire l'objet d'une surveillance généralisée et constante, quel qu'en soit l'auteur.

Cela n'est réalisable que si l'organe de sélection travaille rapidement, sévèrement, équitablement et efficacement.

La méthode qu'a pu choisir notre Société a été de placer à la tête de sa revue un Comité de Sélection composé de cinq personnes: un éditeur en chef assisté de 4 éditeurs adjoints. Ce noyau de dévoués a été investi des pouvoirs nécessaires pour pouvoir jouer son rôle.

Le Comité de rédaction qui entoure ce Comité assume la gestion générale du journal et siègerait en degré d'appel, dans les très rares cas où surgissent une contestation entre éditeur en chef et auteur d'un article contesté ou refusé.

Tout article envoyé à la revue est donc soumis à deux arbitres choisis par le Comité de sélection pour leur compétence dans le sujet abordé; l'expérience montre qu'il n'en faut pas plus de deux, pour autant que chaque arbitre s'acquitte convenablement de sa tâche:

- lire **attentivement** l'article soumis (dont il ignore l'origine exacte);
- formuler à l'intention de la Commission de publication un avis critique, sévère mais constructif;
- s'acquitter de ce travail dans un délai suffisamment bref (2 à 3 semaines, en temps normal).

* Acta Paediatrica Belgica, Bruxelles.

En possession des deux avis, le Comité de sélection décide que l'article sera:

– soit accepté tel quel, ou presque;

– soit rejeté purement et simplement, une décision en définitive non rare (30 p. cent de la copie soumise), qu'il faut avoir le courage de prendre;

– soit retourné à son auteur avec mission de le retravailler, les notes des arbitres lui étant communiquées.

Les auteurs concernés, lorsqu'ils adressent un «papier» à un péridoque de langue anglaise, se soumettent sans rechigner aux impératifs que je viens de décrire.

D'autre part, lorsque l'article primitivement contesté paraîtra après remaniement, c'est sur eux et non sur le Comitè de sélection que rejaillira la renommée. Il n'y a dès lors guère de protestations à redouter s'il est notoire que les règles de sélection sont d'application générale et identiques pour tout le monde, si les articles une fois acceptés paraissent suffisamment rapidement et si le nombre de demandes de tirés-à-part qui s'en suit est conséquent.

Un article bien pensé et intéssant peut être imparfaitement rédigé: longueurs inutiles, langue incorrecte, bibliographie non conforme aux instructions ou encore résumé mal fait (mieux vaut un bon résumé en français qu'un mauvais résumé en anglais!); voir enfin une iconographie mal conçue ou mal fabriquée. La correction de ces défauts relève tantôt des auteurs eux-mêmes, plus souvent du Comité de sélection; il sera pratique pour ce dernier d'avoir, par exemple, sous la main un collaborateur capable de redessiner une figure ou de reconstruire un tableau. Toutes ces corrections seront portées sur épreuves à la connaissance de l'auteur, lequel en contestera très rarement le bien fondé.

Une fois retenus, les articles sont classés en catégories différentes: revue générale, articles de fond, cas cliniques, lettres à l'éditeur, etc... dont l'éditeur en chef s'efforce de publier un mélange équilibré dans chaque numéro. Parfois aussi une affiche didactique, avec documents illustrant la symptomatologie d'un cas rare, est encartée.

Une fois réglés les problèmes rédactionnels, il reste, pour les revues qui ne sont pas gérées par une grande maison d'édition, la gestion plus proprement technique, c'est-à-dire la surveillance de la qualité et du coût de la fabrication. Un imprimeur n'est pas un éditeur. Le choix du format, du ou des caractères ainsi que de la mise en page peuvent venir alléger ou alourdir considérablement la facture de papier. Une meilleure sélection de ce dernier, par exemple, nous a permis une économie importante alors que le prestige du journal était augmenté.

Tout cela demande des connaissances professionnelles que possèdent bien peu de médecins? Sans doute. La consultation – payante mais qui nous a rapporté – d'un éditeur-conseil, entièrement indépendant de l'imprimeur, nous a permis de régler une fois pour toutes un certain nombre de ces problèmes; nous avons profité de l'occasion pour remettre en question le choix de l'imprimeur, afin de vérifier que les prix réclamés par ce dernier restent compétitifs.

Les quelques journaux d'Outre-Manche et d'Outre-Atlantique que nous admirons sont le fruit d'un travail quasi-professionnel fait par des gens qui savent ce qu'ils veulent. Leur audience linguistique est et restera plus grande certes; pour autant que la chose n'ait pas déjà été faite à leur niveau, les périodiques médicaux de langue française peuvent cependant s'inspirer, sans copier servilement, des exemples venus de là-bas. Tout effort concerté et sensé entamé avec suffisamment de décision et d'énergie et poursuivi pendant un laps de temps suffisant, ne tardera pas à porter ses fruits.

Ce que l'on refuse de lire à l'étranger, c'est le français (médical) tel que nous le concevons, le rédigeons et l'illustrons encore trop souvent. Faisons de bonne littérature et les confrères étrangers la liront.

Commodités et contraintes de la publication sans signature d'articles médicaux

L'expérience de la Lettre Médicale

Michel Detilleux *

En 1974, la Lettre Médicale, devant faire paraître en janvier 1975 son premier numéro, a défini ses objectifs et s'est interrogée sur les moyens de les atteindre. L'absence de signature au bas des articles a été l'un de ses choix fondamentaux.

L'absence de signature au bas des articles semblait a priori s'accorder avec la nature des objectifs poursuivis.

L'objectif général assigné à la Lettre a été la préparation et la diffusion d'une information sur le bon usage des médicaments précise, concise, objective, utilisable pour la pratique de la prescription, mais sans concession à la rigueur scientifique et à la fidélité aux sources utilisées. La forme adoptée a été celle d'un bulletin mensuel de quatre pages, ne comportant pas de publicité.

En fixant cet objectif, nous avions conscience des controverses auxquelles nous risquions de nous trouver mêlés, voire que nous allions susciter. Nous ne cherchions pas à esquiver ces difficultés, mais n'avions pas l'intention d'alimenter des polémiques inutiles.

Nous avons rapidement acquis la conviction qu'une des exigences à satisfaire pour atteindre notre objectif tout en évitant de verser dans des polémiques était d'associer à la préparation de nos mises au point toutes les parties concernées: les scientifiques, médecins, pharmacologues, spécialistes des produits étudiés, les utilisateurs des médicaments, les industriels qui les fabriquent et les commercialisent.

Dans ces conditions, il nous a paru que la formule rédactionnelle la mieux adaptée était celle d'un texte non signé, soumis en cours de préparation à débat ouvert assuré par une large diffusion, publié, après sa mise au point par la rédaction, avec la caution de l'ensemble des membres de l'Association éditrice de la Lettre, tous placés en position de lecteur et de censeur responsables, libres de recueillir auprès des personnes de leur choix les avis qu'ils jugeaient nécessaires.

En pratique, nous nous sommes dotés d'une méthode de travail que l'on peut schématiser ainsi:

– pour chaque thème retenu par le Conseil d'Administration de l'association, où siègent – tous à titre personnel et non es-qualités – des médecins hospitaliers, des pharmacologues, des pharmaciens, des spécialistes de l'industrie, des médecins praticiens, et diverses personnalités qualifiées –, un ou plusieurs experts sont désignés. Ils

* Hôpital Cochin, 27, rue du Faubourg Saint-Jacques, 75014 PARIS

resteront anonymes. Leur rôle est de collaborer à la préparation des projets de textes avec le Comité de rédaction, qui rédige effectivement;

– les projets de textes sont diffusés à l'ensemble des membres de l'Association et aux industriels concernés. Les critiques et suggestions sont recueillies. Il leur est répondu. Au cours de navettes successives entre les experts et la rédaction, d'une part, et des discussions entre la rédaction et ses autres interlocuteurs d'autre part, le texte est progressivement mis au point dans le fond et dans la forme.

– la version finale, établie par les soins du Comité de rédaction, est publiée sans signature avec la caution du Conseil d'administration (1).

Dans le type d'organisation retenu, l'absence de signature au bas des articles semblait a priori s'accorder avec le caractère collectif de la version finale des textes et mettre en évidence la caution d'un groupe, préférée à celle d'une signature unique ou même multiple.

L'absence de signature au bas d'un article ne doit pas être assimilée à l'absence de garanties pour son lecteur.

La signature apposée au bas d'un article médical n'est pas de signification univoque. En signant un article dit de littérature primaire (publication de travaux originaux), le ou les auteurs, qui ne sont pas nécessairement tous associés à la rédaction, revendiquent la propriété intellectuelle du contenu de l'article tout en engageant leur responsabilité scientifique sur ce contenu. La signification d'une signature est ici parfaitement claire, au moins en théorie.

(1) Une note plus détaillée sur le fonctionnement de la Lettre Médicale peut être obtenue auprès du Comité de Rédaction (La Lettre Médicale, 120, Bld Saint-Germain, 75006 PARIS).

Il est évident qu'on ne peut accorder la même signification à la signature d'un article dit de littérature tertiaire (typiquement: les mises au point ou revues générales, préparées à l'aide de «matériaux» extraits de travaux le littérature primaire, sans apport de nouveaux «matériaux» personnels à l'auteur). La contribution personnelle du signataire est extrêmement variable; elle est pratiquement nulle quand l'article est une simple compilation de publications existantes ou le nième „remake" d'une question d'internat; elle peut être importante quand le signataire renouvelle la présentation d'un sujet ou apporte des commentaires personnels. Dans tous les cas, la signification de la signature est ambiguë, désignant tantôt un véritable auteur, même quand celui-ci n'est pas à proprement parler un «créateur de matériaux», tantôt un simple rédacteur, et à la limite un copiste.

Il existe des garde-fous et des alternatives pour limiter ces ambiguïtés, par exemple la distinction nette, dans l'écriture du texte, entre la présentation de «matériaux» et l'usage qui en est fait, et la restitution, par le biais des références bibliographiques de la propriété intellectuelle des matériaux utilisés à ceux qui peuvent la revendiquer. On peut encore, lorsque l'article est censé refléter des connaisssances et des opinions partagées par d'autres personnes que les rédacteurs, ne pas signer cet article, quand bien même les rédacteurs sont parfaitemant identifiés.

Mais ne pas signer expose à des risques, ceux de l'«article orphelin». Les faiblesses d'un tel article sont évidentes. Elles découlent toutes du non respect des règles de responsabilité et de probité scientifiques auxquelles le rédacteur anonyme peut être tenter d'échapper. Pour éviter à un article sans signature d'être considéré comme un «article orphelin», on peut lui adjoindre un «tuteur» clairement désigné, en l'occurence un groupe de personnes décidé à apporter au lecteur une garantie égale et même supérieure à celle d'une simple signature.

La publication d'articles sans signature n'est pas un procédé nouveau dans la presse médicale, mais il tend à être délaissé par ceux-là mêmes qui l'avaient le mieux illustré.

Les «éditoriaux» sans signature des grands journaux médicaux de langue anglaise sont ainsi «tuteurés». Leurs lecteurs perçoivent parfaitement que ces articles, loin d'être «anonymes», sont en fait préparés et publiés avec d'importantes cautions qui sont celles des différentes instances de sélection, de rédaction, et de révision du journal, engagées collectivement sur le fond. Chacun sait que ce sont les exigences de qualité de ces instances qui garantissent en fin de compte la qualité d'ensemble du journal. On peut ajouter que ces garanties couvrent particulièrement bien les articles sans signature parce que l'absence de signature impose et facilite le recueil de critiques de fond plus nombreuses et plus directes que pour les articles signés. Corollairement, on peut faire remarquer que la publication d'articles sans signature représenterait une aventure fort risquée pour un journal qui ne posséderait pas des structures de rédaction suffisamment solides et actives pour les cautionner.

Ce plaidoyer pour les éditoriaux sans signature conduit évidemment à se demander pourquoi ce genre est peu pratiqué et se trouve même contesté au sein des journaux anglophones pour lesquels il représente une tradition. Il s'est échangé ces dernières années bon nombre d'arguments et de «lettres à la rédaction» sur cette question. Un des points de vue les plus remarqués parmi ceux qui se sont exprimés est celui de la rédaction du British Medical Journal (Editorial, To sign or not to sign, Br. Med. J. 1978, 1, 598) qui estime que si certains journaux avaient décidé de renoncer à publier des éditoriaux sans signature, ce n'était pas en raison des réserves touchant à la responsabilité scientifique ou morale, mais plutôt parce que leur rédaction ne trouvait que difficilement des correspondants du niveau scientifique requis acceptant d'écrire des articles sans signature.

L'absence de signature au bas des articles de la Lettre Médicale: les avantages et les inconvénients tels que nous les avions évalués en 1974; notre bilan en 1978.

Les **avantages** attendus étaient:

● **pour la rédaction:**

● liberté dans le choix des experts, et notamment allègement de la contrainte poussant les rédactions des journaux à choisir toujours les mêmes personnes – les signatures les plus connues des lecteurs – pour traiter de mêmes sujets;

● liberté d'expression des experts;

● liberté dans l'expression et la circulation des critiques, tant de fond que de forme;

● écran interposé entre les différents participants, de façon à éviter, quand seraient abordés des sujets très controversés ou mettant en jeu certains intérêts d'ordre économique ou scientifique, que le système ne se bloque par la création d'une situation de polémique.

● **pour les lecteurs:**

● nous pensions que la caution répétée d'un même groupe de personnes créerait à l'égard de la publication un sentiment de confiance comparable à celui qu'aurait entraîné la répétition de signatures connues;

● nous pensions que des textes traitant du meilleur usage des médicaments comporteraient des analyses et des critiques des habitudes des prescripteurs eux-mêmes, des incitations à les changer, et que l'ensemble serait plus facile à formuler sous une forme «dépersonnalisée» et collective.

Les principaux **inconvénients** prévisibles nous paraissaient:

● **pour la rédaction:**

● la difficulté, voire l'impossibilité, à réaliser la synthèse d'informations ou d'objec-

tions divergentes, et à présenter une forme finale recevant l'accord des différentes parties sans pour autant sombrer dans les nuances, les réserves, les attitudes systématiquement «moyennes».

● **pour les lecteurs:**

● la méfiance vis-à-vis d'une formule inhabituelle dans notre pays où les traditions privilégient plutôt l'expression des opinions individuelles.

Après quatre ans de parution, nous avons fait les constatations suivantes:

● **pour ce qui est de la rédaction:**

● nous avons éprouvé des difficultés à trouver des spécialistes acceptant de jouer le rôle d'experts et plus encore à leur faire tenir ce rôle jusqu'au bout.

Les obstacles n'ont pas été, comme nous l'avions craint, des controverses scientifiques, des prises de position d'écoles, etc., mais plus souvent le peu d'enthousiasme à préparer minutieusement un texte très dense devant rester «anonyme».

● l'absence de signature a paru grandement faciliter les relations avec les fabricants des médicaments pris pour sujets d'articles, alors que certaines difficultés étaient prédites de ce côté-là. Le remplacement de la signature par la caution du groupe a permis de situer les relations avec l'industrie à un haut niveau dans le domaine de la collaboration scientifique et d'aplanir la plupart des difficultés rencontrées.

● dans l'ensemble, les contributions à la mise au point finale des textes ont été si variées que ces textes ont pris un réel caractère collectif excluant en fait la possibilité de les signer, même si nous avions encore été tentés de le faire.

● **pour ce qui est des lecteurs:**

Rappelons que la Lettre n'est diffusée que par abonnements (pas de services gratuits), que le prix de l'abonnement (80 F. fin 1978) peut paraître élevé au regard du nombre de pages publiées annuellement, que le nombre d'abonnés approche de 2000 à la fin de 1978, et qu'il croît régulièrement. Nous n'avons pas encore eu la possibilité de procéder à un sondage sur un échantillon d'abonnés. Les impressions que nous rapportons ici nous ont été exprimées de façon tout à fait informelle.

● l'absence de signature paraît bien acceptée et même bien comprise, tant parmi les abonnés «institutionnels» (bibliothèques, médecins de contrôle, laboratoires) que parmi les prescripteurs, spécialistes ou généralistes. Jamais il nous a été reproché par un lecteur l'absence de signature. Ceci, évidemment, ne signifie pas que tous les lecteurs ont perçu que la signature ne s'était effacée qu'au profit d'une caution plus large, et qu'ils préfèrent cette caution à une signature. Il faut ajouter que certains des reproches formulés portent sur des options auxquelles nous conduit l'absence de signature: rédaction (trop?) prudente, exposé détaillé des thèses en présence, recherche d'exhaustivité dans les listes des médicaments cités, etc.

● on nous rapporte souvent que ce ne sont pas les particularités de notre formule redactionelle mais le prix de notre abonnement (trop facilement rapporté au nombre de pages servies) qui dissuade certains lecteurs de concrétiser leur intérêt par une souscription.

Après quatre ans de parution, nous sommes donc convaincus que l'absence de signature est, malgré ses contraintes, un moyen adapté à l'objectif fixé, la préparation et la diffusion, en collaboration avec toutes les parties concernées, d'une information de qualité sur le bon usage des médicaments.

Quelques incongruites dans les périodiques médicaux francophones

R. BENICHOUX*

C'est après de longues hésitations et même avec tremblement que ces remarques sont présentées. Tout lecteur attentif peut relever des incongruités sans pour autant se sentir obligé d'en faire la collection et encore moins de les publier. Mais je ne peux m'empêcher de continuer à le faire comme je le fais déjà plusieurs années. Parler de langage est délicat. On risque d'encourir de nombreux reproches: suffisance, pédantisme et surtout ceux-là mêmes qu'on enjoint d'éviter: prolixité, illisibilité, incongruités, etc... Et pourtant, les incorrections du langage médical français sont telles que leur recensement est nécessaire et utile.

J'ai souhaité présenter quelques incongruités, les plus spectaculaires parmi celles trouvées dans quelque périodiques médicaux. Ce relevé n'est ni exhaustif ni significatif de la presse médicale francophone. En effet comme le montre le tableau suivant, une petite partie seulement de cette presse a été lue. (Une remarque en passant: plus de la moitié des revues est gratuite.):

Revues reçues et lues à l'Institut de Recherches Chirurgicales	42
Anglo-saxonnes:	
payantes	14
non payantes	2
Francophones:	
payantes	10 (38,4 %)
non payantes	16 (51,6 %)

LE TITRE

Parce qu'il est la partie la plus accessible d'une publication, le titre est la cible favorite des critiques. Il perd le pouvoir d'attraction de l'enseigne qui attire le chaland vers l'intérieur de la boutique, pour devenir véritable repoussoir. En voici quelques exemples cités par J. HERAN:

Thèse Paris Bichat 1972, n° 13:
«Examens pré-opératoires d'un malade en vue d'une anesthésie générale par l'audio-visuel»

Thèse Paris Lariboisière 1974, n° 38:
«Les enfants battus en neuro-chirurgie»

Thèse Tours 1974, n° 3:
«La pollution des salles d'opération. Çontribution par l'étude bibliographique».

Après ces titres hilarants, un titre opaque, qui l'est d'autant plus qu'il est destiné à une revue de médecins praticiens:

EPREUVE AU TRH CHEZ 6 SUJETS 47, XYY

Bordeaux Médical, 1978, **11**(8): 653

* Professeur à la Faculté de Médecine de Nancy
Institut de Recherches Chirurgicales – CHU de Brabois – 54500 Vandœuvre-lès-Nancy (France)

Ou encore un titre tricheur, mêlant par une insidieuse typographie (sans doute à l'insu des auteurs): publicité et texte rédactionnel: (la flêche est de moi)

LYON MEDITERRANEE MEDICALE, XIII (19), Décembre 1977

ENSEIGNEMENT POST-UNIVERSITAIRE
DE PÉDIATRIE
CLINIQUE MÉDICALE INFANTILE

Pr A. BEAUDOING

Pr Ag M. BOST

Pr Ag P. RAMBAUD

ASPECTS ACTUELS DE LA DIÉTÉTIQUE DU NOURRISSON

H. LESTRADET*

Hôpital Herold. 7, place Rhin et Danube, Paris.

C.H.U. DE GRENOBLE
- 9 Juin 1977 -

*

colopten® AMPOULES BUVABLES

diarrhées
de l'enfant

INDICATIONS
● Diarrhées infectieuses et gastro-entérites du nourrisson et du jeune enfant

● Prophylaxie des diarrhées du nourrisson en collectivité et en milieu épidémique

POSOLOGIE
1 à 3 ampoules par jour selon l'âge
Traitement de 10 jours minimum

PRESENTATION
Boîte de 10 ampoules buvables autocassables de 5 ml
13,85 F

Boîte de 20 ampoules buvables autocassables de 5 ml
24,95 F
P.C.A. 76-60 P
A.M.M. 317 037.5 Boîte de 10 ampoules
A.M.M. 317 039.8 Boîte de 20 ampoules
Remboursement S.S. et Collectivités
Visa PM 62 H 181

LABORATOIRES DEBAT 80 rue de Marcadet
PARIS

Enfin un titre paraissant plus sérieux mais plus fallacieux:

CAS D'INTOXICATION AIGUE PAR LE DIBENZODIAZEPINE (NOVERIL) Contribution à l'étude des manifestations cardiaques des thymoanaleptiques

La Presse Médicale, 1968, **76**: 2473

En lisant l'article précédent, on s'aperçoit que: «Contribution à l'étude des manifestations cardiaques des thymoanaleptiques» occupe deux tiers de l'espace du titre, alors que dans l'article, il n'en occupe que un septième. On finit dans l'ahurissement en constatant que ces considérations générales sont tirées de l'étude d'un seul cas.

LE FRANGLAIS:

L'utilisation forcenée et maladroite du franglais nous a fait choisir les trois perles suivantes. Il faut assurer une mention particulière à la perle numéro 5, puisque la lecture de l'article révéle que ce «stab wound» est une plaie par arme blanche de la colonne dorso-lombaire qui a entraîné une dysurie.

LE «FOLLOW-UP» DANS UN SERVICE MEDICAL INTERENTREPRISE

Bruxelles Médical, **58**(1), 1978

UN SOMMET DU FRANGLAIS:

STAB WOUND CHEZ UN ENFANT DE DOUZE ANS

Lyon Méditerrannée Médical, **XII**(13): 937

Troisième Congrès international d'urgence:
«LES HEMORRAGIES DE L'HYPERTENSION PORTALE» (Paris, 14 Juin 1977)

... le tamponnement oesophagien (sonde à ballonnet de Blakemore ou Linton), efficace dans plus de 90 % des cas, rend exceptionnel l'usage du **Cooling** (J.C. PATEL) par ballonnet réfrigéré.

J. Chir., **115**(1), 1978: 47

LES REDITES

La perle numéro 7 confirme une pratique malheureusement fréquente.

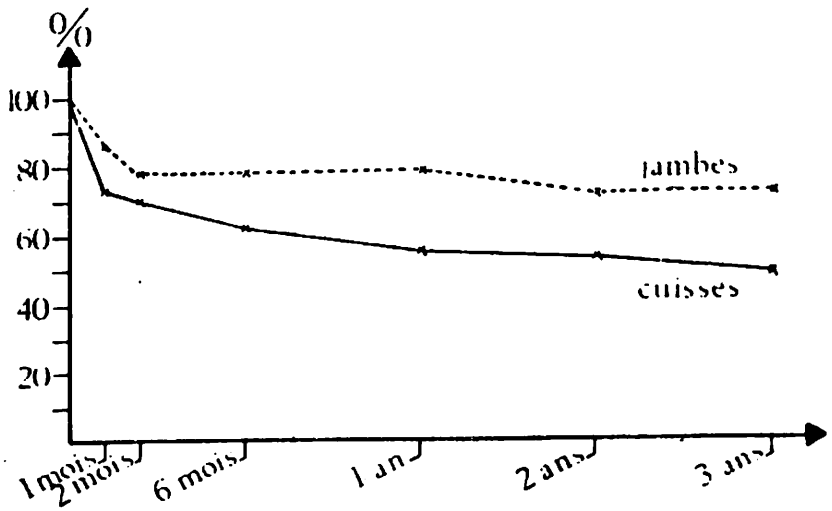
IL Y A PLUS D'UNE FARINE DANS LE MEME GRAIN

a) A Angers: **Archives Médicales de l'Ouest**, 1977, **9**(8):
«La bilharziose à Schistosoma mansoni en Anjou»

b) A Angers: **Ouest Médical**, 1977, **30**(17): 1157
«La bilharziose à Schistosoma mansoni en Anjou.
Etude préliminaire.»

Les mauvaises représentations graphiques des résultats sont aussi malheureusement fréquentes. La suivante a été choisie parmi de nombreuses autres pour l'apparence anodine de l'erreur, en réalité fort grave.

Montpellier Chirurgical, XXII(1), 1976: «Amputations pour artérite: la jambe mieux et plus souvent que la cuisse à propos de 180 cas.»



-AUCUNE PROPORTION N'EST RESPECTEE SUR LES ABCISSES
-AUCUNE LEGENDE
-PAS DE COURBE DE MORTALITE D'UNE POPULATION TEMOIN

LES RETARDS DE L'INFORMATION

La dernière perle choisie est révélatrice d'un besoin nouveau de la science médicale: le besoin d'un échange rapide de l'information actuellement assurée par les journaux quotidiens ou subquotidiens d'information rapide (le terme tabloïd utilisé devrait trouver un remplaçant plus adéquat).

LE LIEVRE ET LA TORTUE

Congrés de l'AMERICAN COLLEGE OF SURGEONS

- **Par avion:** Paris-Chicago en **octobre 1976:** 8 heures 30 mn

- **Compte-rendu** in ANNALES DE CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE (Vol. 16, p. 307, 1977) **octobre 1977** (fascicule parvenu en Décembre 1977)

- **Décalage de 14 mois** avec la présentation
  de 20 mois avec l'actualité des faits

Ces quelques spécimens sont loin d'avoir épuisé notre collection. Il faut ajouter que les défauts graves de présentation sont au moins aussi fréquents que les fautes de forme. Ils sont moins spectaculaires, plus difficiles à détecter, mais bien plus sérieux: une tricherie consciente ou inconsciente sur les chiffres, qui par exemple, varient d'un chapitre à l'autre, aboutit à une tricherie catastrophique dans les conclusions. Je ne manque jamais de signaler ces fautes aux responsables des revues, par une lettre courtoise, précise et détaillée. Certains me répondent avec compréhension, d'autres très séchement.

Il m'arrive, dans cette aventure, de perdre des amis!

Discussion

Dr J. ZUCMAN (Argenteuil):

Je voulais relever une incongruité qui n'avait pas été signalée dans la communication de Mr. BENICHOUX qui, dans sa première diapositive avait séparé les revues en revues payantes et non payantes. Au début, je croyais qu'il s'agissait de revues qui payaient les auteurs et d'autres qui ne les payaient pas. En écoutant plus loin son exposé, j'ai compris qu'il s'agissait de revues distribuées à titre onéreux et d'autres à titre gratuit. Je pense donc que le mot revue payante aurait dû être remplacé par revue onéreuse, et le mot revue non payante par revue gratuite.

Dr J.L. PARROT (Paris):

Je voudrais me hasarder à défendre Mr BENICHOUX. Je crois qu'il n'y a pas d'incongruité. On peut très bien dire revue payante comme on dit une rue passante, et il y a un mot que j'ai appris dans le temps pour distinguer le sens de passant et passager. Cette rue passante était le témoin d'amours passagères.

Prof. J. HERAN (Strasbourg):

Je vais parler d'autre chose. Je crois que si les médecins ne parlent pas français, c'est parce qu'on n'a pas obligé les étudiants à parler français. Je crois que nous avons une responsabilité considérable à ce sujet.

Prof. J.-C. SOURNIA

Je voudrais faire quelques remarques sur les sigles si souvent utilisés en Medecine et en Biologie. Il ne faut pas oublier que nous nous orientons de plus en plus vers un nouveau langage qui est un langage chiffré. Comme nous avons, hereusement, entre pays de niveau scientifique semblable, une même numérotation, pour la même raison nous nous orientons vers un langage de sigles qui aura la même valeur et le même caractère international que le langage chiffré.

Enfin je voulais dire que je regrette que la France n'ait pas la même combativité langagière que le Quebec, mais il se trouve que le Quebec a des conditions géographiques et culturelles différentes des nôtres, ce qui rend plus combatif (on a toujours intérêt à être minoritaires si on veut garder son dynamisme). Il se trouve également que le Quebec pour des raisons politiques évidentes a institué une Régie Nationale du Langage, dont les décisions s'imposent à toute la population. Malheureusement, nous n'en sommes pas encore là en France. Est-ce que c'est souhaitable? Je n'en suis pas convaincu, mais en tout cas, nous avons dans beaucoup de domaines intérêt à les suivre.

Annexes

LE RAPPORT BOURSIN
1978

SYNOPSIS des RECOMMANDATIONS

I - RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA QUALITE SCIENTIFIQUE

L'édition d'un guide développant de manière normative les principes de base pour l'organisation d'une revue et le choix, la rédaction et la présentation d'un article.

La création d'une cellule d'évaluation permanente des publications scientifiques primaires.

La généralisation au sein des organismes publics de recherches et du Comité Consultatif des Universités du système en cours à l'I.N.S.E.R.M.: l'établissement d'une liste de revues par des commissions scientifiques et dans les disciplines de la compétence de chacun des organismes qui puisse servir de référence pour orienter les publications des chercheurs vers des supports de qualité. Le développement des projets de coopération internationale, et en premier lieu européen.

II - RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA LANGUE

Dans les revues de niveau local ou national, seul l'emploi du français doit être toléré.

Dans les revues françaises de niveau international, une certaine proportion d'articles écrits en langues étrangères (dans la langue de l'auteur) est admissible; le résumé en anglais doit être systématique.

Dans les revues internationales où le français est admis, son emploi par nos chercheurs doit être exigé.

Dans les revues étrangères où le français n'est pas admis, la publication des manuscrits de nos auteurs se fait dans la langue exigée par la revue, mais elle s'accompagne d'une publication en français, sous une forme éventuellement ramassée, de l'essentiel des résultats.

L'aide à la traduction en français de revues de haut niveau publiées dans des langues non comprises de nos chercheurs.

L'expérience sur deux revues françaises de niveau international d'une publication simultanée des articles en deux langues soit en un même fascicule, soit en deux éditions séparées.

III - RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA PRODUCTION

La mise en place de moyens permettant de sensibiliser les auteurs à certains aspects, souvent négligés, de la communication scientifique.

L'établissement d'un «code des usagers»: recommandations typographiques spécifiques aux revues primaires. La rédaction d'un document de référence informatif à l'usage des rédacteurs en chef.

L'institution de stages d'apprentissage des techniques de l'édition et de la communication destinés aux rédacteurs.

La création dans chaque revue de secrétariats de rédaction.

Un attention constante au développement des techniques de composition et l'encouragement des expériences nouvelles en ce domaine.

L'emploi par les auteurs de caractères OCR lisibles par un lecteur optique.

L'homogénéisation des taux de la TVA sur les publications primaires, indépendamment des supports.

L'aide au lancement de revues de synopsis.

La participation à l'effort international de recherche technologique concernant la redéfinition des moyens de communication primaire.

IV - RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA DIFFUSION

La création d'outils d'information

L'amélioration de la diffusion de l'information.

La création d'un fichier central d'adresses.

La création d'un réseau de présentation et de vente des revues françaises primaires: les points S.

La création de coopératives de diffusion.

Le renforcement du rôle des bibliothèques par l'augmentation urgente de leurs crédits.

La réduction des coûts de transport aérien.

CONVENTION DE VANCOUVER

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS POUR DES MANUSCRITS DEVANT ETRE SOUMIS A DES REVUES BIOMEDICALES

Comité International d'Organisation des Editeurs Médicaux *

Les rédacteurs en chef des revues citées en annexe 1 ont convenu de ne recevoir que des manuscrits dont l'élaboration répondait aux conditions décrites ici. Les auteurs sont invités en plus à tenir compte des différentes instructions données par la revue qu'ils ont choisie pour leur publication, sur le matériel clinique ou scientifique le mieux approprié à la spécialité de la revue, et sur les types d'articles habituellement acceptés: articles originaux, articles critiques, rapports de cas et exposés sommaires, langue acceptée, longueur des articles, abréviations reconnues (en dehors de celles définies dans cette convention). Elles renseignent enfin sur le transfert des droits d'auteur.

Ces règles seront révisées régulièrement. Adresser toute question ou commentaire à un responsable de l'un des journaux participant à cette convention.

SOMMAIRE OU RECOMMANDATIONS

Les manuscrits sont tapés au double interligne et comprennent: page de titre, résumé, texte, remerciements, références bibliographiques, tableaux et légendes.

Le manuscrit devra inclure les différentes parties suivantes, chacune d'elles commençant sur une nouvelle page, et dans cet ordre: page de titre, résumé et mots-clés, texte, remerciements, références, tableaux (un par page, avec titre et notes de bas de page), légendes des illustrations.

Les illustrations devront être de bonne qualité, les épreuves photographiques glacées, non montées, ne dépassant pas la dimension 20,3 x 25,4 cm.

Les manuscrits et les figures seront soumis en trois exemplaires, dans une enveloppe de papier fort. Ils devront être accompagnés d'une lettre d'envoi et de toutes les permissions nécessaires pour la reproduction de toute figure déjà publiée ailleurs et pour l'utilisation de photographies où des malades risquent d'être identifiés. Les auteurs devront garder un exemplaire de tous ces éléments.

PREPARATION DU MANUSCRIT

Taper le manuscrit sur des feuilles blanches de format 20,3 x 26,7 ou 21,6 x 27,9 cm ou de format A4, avec des marges d'au moins 2,5 cm. Utiliser le double interligne tout au long de l'article, que ce soit pour la page de titre, le résumé, le texte, les remerciements, les références bibliographiques, les tableaux ou les légendes des illustrations. Fournir trois exemplaires du manus-

x Participants: William R. Barclay, Susan Crawford, Edward J. Huth, Stephen Lock, Harriet R. Meiss, Ian Munro, Frances Porcher, Arnold S. Relman, David Shepard, Therese Southgate, John F. Murray (Chairman).

xx Publiée dans: British Medical Journal, 1978, 1. 1334 - 1336

crit complet, ainsi que des épreuves photo sur papier glacé de toutes les figures. Commencer chaque nouvelle partie sur une nouvelle feuille: page de titre, résumé et mots-clés, texte, remerciements, bibliographie, tableaux (un par page) et légendes. Numéroter les pages à la suite, à partir de la page de titre. Taper le numéro dans le coin supérieur droit de chaque page.

Les manuscrits ne sont examinés en vue d'une éventuelle publication que s'ils ne sont soumis qu'à un seul journal à la fois et s'ils n'ont pas déjà été publiés. Ils ne doivent pas non plus être soumis dans le même temps à une autre revue ou être déjà acceptés ailleurs pour la publication. Cela n'empêche pas de prendre en considération un manuscrit qui a été refusé par une autre revue ou le compte-rendu complet d'une découverte préliminaire déjà publiée sous forme d'abstract. Des copies de toutes les publications antérieures devront être jointes au manuscrit.

a) Page de titre

Elle devra comporter: 1 - le titre de l'article, concis mais explicite

2 - un titre courant, avec un maximum de 40 caractères (en comptant lettres et espaces), placé au bas de la page de titre et identifié.

3 - les initiales et le nom de chaque auteur avec le(s) degré(s) académique(s) le(s) plus élevé(s)

4 - le nom du ou des services et instituts auxquels le travail doit être attribué

5 - nom et adresse de l'auteur chargé de la correspondance ayant trait au manuscrit

6 - nom et adresse de l'auteur à qui devront être adressées les demandes de tirés-à-part, ou note précisant qu'il n'y en aura pas.

7 - la ou les sources d'aide (subventions, équipements, ou produits pharmaceutiques).

b) Résumé et mots-clés

La deuxième page devra présenter un résumé de 150 mots maximum. Il précisera les buts de l'étude ou de la recherche, les procédés de base (définir les sujets ou les animaux d'expérience, les méthodes d'observation et d'analyse), les principales découvertes (fournir des données précises et si possible leur signification statistique). Il donnera finalement les principales conclusions. Il insistera sur les aspects nouveaux et importants de l'étude ou des observations.N'utiliser que des abréviations reconnues (voir annexe 2 pour les abréviations couramment usitées).

Mots-clés (indexation): en dessous du résumé, on donnera et on identifiera de 3 à 10 mots-clés ou courtes phrases, qui seront très utiles lors de l'indexation de l'article, et qui seront publiés avec le résumé. Se servir autant que possible du MEDICAL SUBJECTS HEADINGS de l'INDEX MEDICUS.

c) Texte

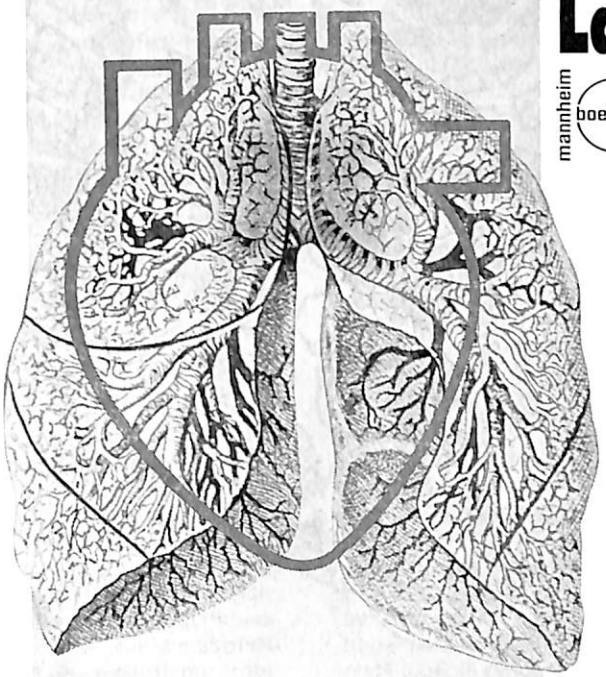
Pour des articles d'observation et d'expérimentation, le texte est normalement mais pas obligatoirement divisé en plusieurs parties, portant les titres suivants: Introduction, Méthodes, Résultats et Discussion.

Les articles de grande longueur auront recours à des sous-titres pour clarifier leur contenu, spécialement dans les parties Résultats et Discussion.

Introduction:

Exposer clairement le but de l'article. Résumer les raisons de l'étude ou de l'observation. Ne donner que des références pertinentes et passer brièvement le sujet en revue.

gesteigerte Herzleistung und verbesserte Lungenfunktion



Theo-Lanitop®

mannheim boehringer

denn Lanitop steigert zuverlässig die Herzleistung; zusätzlich senkt Theophyllin den Druck im kleinen Kreislauf, wirkt bronchospasmolytisch, stimuliert das Atemzentrum und fördert die Diurese

– deshalb Theo-Lanitop für das behandlungsbedürftige Altersherz, insbesondere mit Altersemphysem und Cor pulmonale.

Zusammensetzung:
1 Dragée Theo-Lanitop enthält

Lanitop (β-Methyl-Digoxin)	0,1 mg
Theophyllin	75 mg

Für Ihre Verordnung:
OP mit 50 Dragées
OP mit 100 Dragées
AP mit 500 Dragées

Kontraindikationen:
Alle Herzglykoside sind bei Digitalisintoxikation, Hypercalciämie und vor einer Kardioversion kontraindiziert. Außerdem kann eine Glykosid-Therapie bei manifestem Kaliummangel, Störungen der atrio-ventrikulären Erregungsüberleitung und pathologischer Bradykardie – je nach Schweregrad – kontraindiziert sein oder zusätzliche therapeutische Maßnahmen erfordern. Bei jeder Glykosid-Therapie ist von parenteralen Calciumgaben – insbesondere bei gleichzeitiger Verabreichung – abzuraten, da es zu Störungen der Erregungsleitung, in extremen Fällen zu Herzstillstand kommen kann.

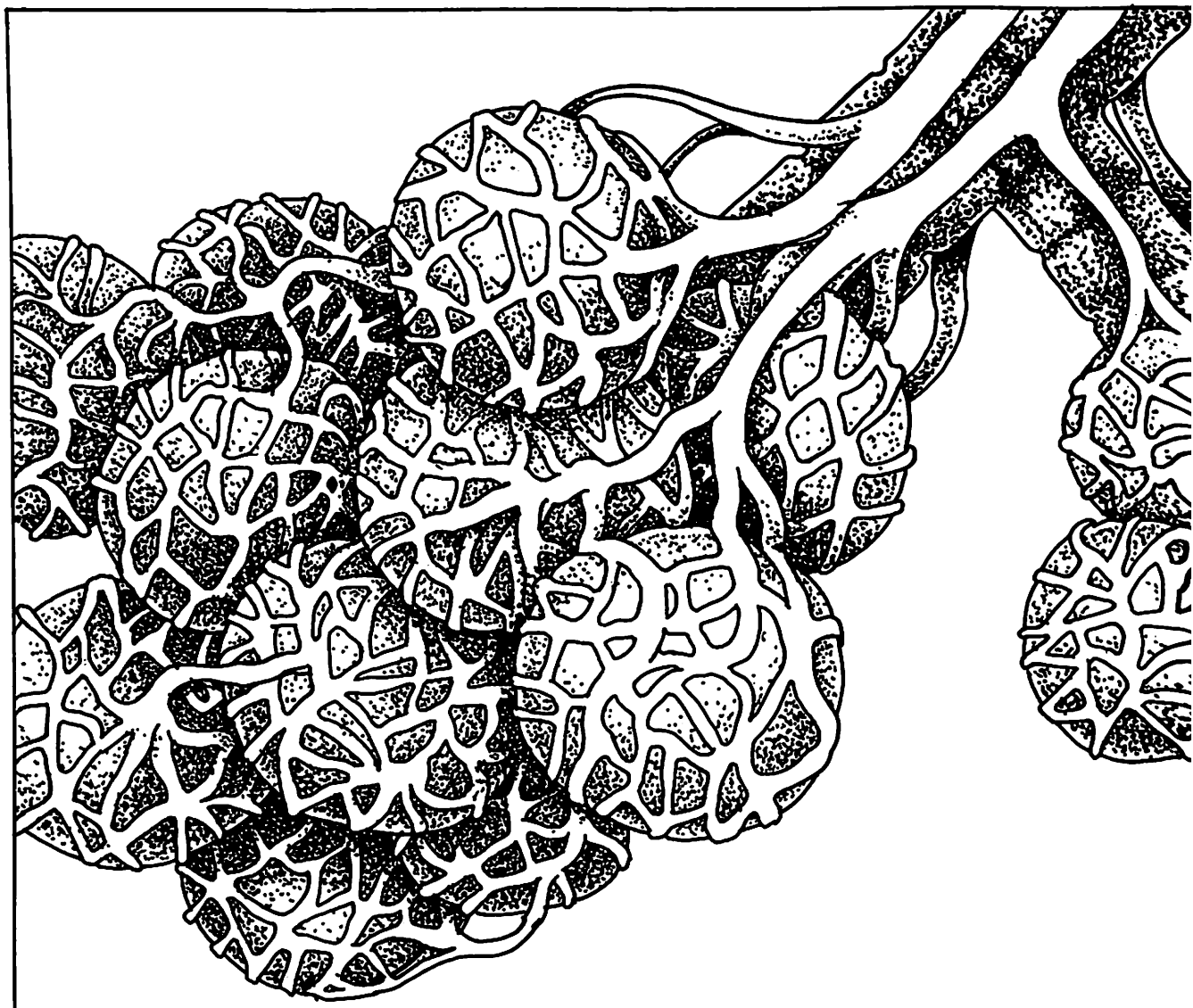
Nebenwirkungen und Hinweise:
Wie bei jeder Digitalis-Therapie können besonders bei Patienten mit Glykosid-Überempfindlichkeit bzw. Störungen des Elektrolythaushaltes Übelkeit, Erbrechen, Magenbeschwerden, Rhythmusstörungen und Sehstörungen auftreten.
Bei Niereninsuffizienz muß mit einem erniedrigten Glykosidbedarf gerechnet werden.

Weitere Informationen enthält der wissenschaftliche Prospekt

Dosierung:
Maßgebend für die Dosierung von Theo-Lanitop ist der individuelle Lanitop-Bedarf des Herzens.

Dauertherapie:
täglich 2–3×1 Dragée Theo-Lanitop je nach Glykosidbedarf.
Gelegentlich genügt täglich 1 Dragée Theo-Lanitop.
In der Praxis kommt mehr als die Hälfte aller Patienten mit täglich 2×1 Dragée Theo-Lanitop aus.

Prophac Luxembourg · Case postale 2063 · Tél. 48 24 82



VIBRAMYCINE®

doxycycline

Pfizer

Département pharmaceutique. - Rue Léon Theodor 102 - 1090 Bruxelles - Tél. 02/426.49.20.

Méthodes:

Décrire clairement le mode de sélection des sujets d'observation ou d'expérimentation (malades ou animaux expérimentaux, avec les contrôles qu'ils ont subis). Identifier les méthodes, l'appareillage (nom et adresse du fabricant entre paranthèses), et les procédés utilisés avec suffisamment de détails pour permettre à d'autres chercheurs de reproduire les résultats. Donner les références des méthodes déjà décrites et bien connues, y compris des méthodes statistiques. Donner une brève description des méthodes déjà publiées mais mal connues. Décrire les méthodes nouvelles ou qui ont subi d'importantes modifications, en donnant les raisons de leur utilisation et en évaluant leurs limites. Quand il s'agit d'expériences faites sur des humains ou sur des animaux, indiquer si les méthodes employées répondent aux normes éthiques du Comité d'expérimentation humaine de l'Institution dans laquelle les expériences ont été menées, ou si elles répondent à la Déclaration d'Helsinki (1975). Identifier avec précision tous les produits pharmaceutiques et chimiques utilisés, avec leur(s) nom(s) générique(s), les dosages et les modes d'administration. Ne pas utiliser les noms, les initiales ni les numéros d'identification hospitalière des malades. Inclure le nombre d'observations et leur signification statistique si nécessaire. Des analyses statistiques détaillées, des dérivations mathématiques ou autres informations de ce genre pourront être présentées sous forme d'une ou plusieurs annexes.

Résultats:

Présenter les résultats en suivant l'ordre du texte, des tableaux et des illustrations. Ne pas répéter dans le texte toutes les données des tableaux ou des illustrations. Ne souligner et ne résumer que les observations importantes.

Discussion:

Insister sur les aspects nouveaux et importants de l'étude, et sur les conclusions qui en découlent. Ne pas répéter les données déjà présentées dans la partie Résultats. Inclure dans la discussion les implications des découvertes et leurs limites, et rapporter les observations à d'autres études déjà menées sur le sujet. Etablir une relation entre les conclusions et les buts de l'étude, mais veiller à éviter toute déclaration générale ou conclusion non vérifiées par les données. Eviter de réclamer la priorité et de faire allusion à un travail qui n'a pas été publié. Ne faire état de nouvelles hypothèses que si elles sont fondées, et alors le préciser clairement.

Remerciements:

Ne nommer ici que les personnes qui ont apporté une contribution réelle à l'étude. Les auteurs doivent au préalable en avoir obtenu une permission écrite, car le fait d'être nommé implique une totale approbation des données et des conclusions.

Références:

Numéroter les références à la suite dans l'ordre d'apparition dans le texte. Les identifier dans le texte, les tableaux et les légendes à l'aide de chiffres arabes entre parenthèses. Les références citées seulement dans les tableaux ou dans les légendes des illustrations seront numérotées selon une suite établie par la première identification dans le texte du tableau ou de l'illustration. Utiliser les formes de références adoptées par la UNITED STATES NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE et utilisées dans l'INDEX MEDICUS. Pour les références ne figurant pas dans l'INDEX MEDICUS, se servir des exemples cités ci-après; ils adhèrent à la forme abrégée des références établie par l'AMERICAN NATIONAL STANDARD FOR BIBLIOGRAPHIC REFERENCES, et ont été approuvés par la NATIONAL LIBRARY OF MEDICINE. Les noms des revues devront être abrégés selon le modèle de l'INDEX MEDICUS; consulter la «Liste des revues indexées», qui figure chaque année dans le numéro de Janvier de l'INDEX MEDICUS.

Eviter d'utiliser des résumés comme références; des «observations inédites» et des «communications personnelles» (écrites, non orales) ne seront pas utilisées comme références, bien que des références s'y rapportant puissent être insérées dans le texte (entre parenthèses). Inclure parmi les références les manuscrits acceptés mais pas encore publiés. Nommer alors la revue, suivie de «sous presse» mis entre parenthèses. Citer dans le texte les manuscrits soumis mais pas encore acceptés comme «observations inédites» entre parenthèses.

Les références doivent être vérifiées par rapport aux documents originaux. Des exemples de formulation correcte de références sont donnés ici:

REVUES:

1) Article normal:
Citer tous les auteurs lorsqu'ils ne sont pas plus de six. Dans le cas contraire, n'en citer que trois:
Solter, N A, Wasserman, S I, Auster, K F: Cold urticaria: Release into the circulation of histamine and eosinophilic chemotactic factor of anaphylaxis during cold challenge. N Engl J Med 294: 687-690, 1976

2) Comité d'auteurs:
The Committee on Enzymes of the Scandinavian Society for Clinical Chemistry and Clinical Psychology. Recommended method for the determination of gamma-glutamyltransferase in blood. Scand J Clin Lab Invest 36:119-125, 1976
Anonymous. Epidemiology for primary health care.
Int J Epidemiol 5: 224-225, 1976

LIVRES ET AUTRES MONOGRAPHIES:

3) Nom de l'auteur:
Osler, A G: Complement: mechanisms and functions. Englewood Cliffs, Prentice-Hall, 1976

4) Comité d'auteurs:
American Medical Association Department of Drugs. A M A Drug evaluations. 3rd ed. Littleton, Publishing Sciences Group, 1977.

5) L'auteur est un «éditor»:
Rhodes, A J, Van Rooyen, C E: comp. Textbook of virology: for students and practitioners of medicine and other health sciences.
5th ed. Baltimore, Williams & Wilkins, 1968.

6) Chapitre d'un livre:
Weinsstein, L, Swartz, M N: Pathogenetic properties of invading microorganisms. pp. 457-472. In: Sodeman, W A Jr, W A, ed. Pathologic Physiology: Mechanisms of disease. Philadelphia, W B Saunders, 1974
Yalow, R S: New insights with radioimmunoassay. Special Lecture, Western Association of Physicians, Feb 1, 1978, Carmel, Ca.
National Center for Health Statistics. Acute conditions, incidence and associated disability, United States. July 1968-June 1969, Series 10, N° 69, 1972, DHEW Pub N° (HSM) 72-1036.

7) Article de Presse Journalistique:
Shaffer, R A: Advances in chemistry are starting to unlock mysteries of the brain: Discoveries could help cure alcoholism and insomnia, explain mental illness. he Wall Street Journal, Aug 12, 1977, 1(col.1), 10(col.1).

Tableaux:

Taper chaque tableau sur une feuille séparée, en double interligne. Les tableaux sont dactylographiés. Les numéroter à la suite et leur donner à chacun un titre bref. Donner à chaque colonne un court intitulé. Placer les explications en notes de bas de page, et pas dans l'intitulé. Expliquer dans ces notes les abréviations non standardisées qui sont utilisées dans chaque tableau. Pour les notes en bas de page, utiliser dans l'ordre les

signes suivants:*, †, ‡, §, ¶, ||, **, ††, etc... Identifier les mesures statistiques de variations telles que SD et SEM.

Ne pas tirer de traits horizontaux ou verticaux.

Citer chaque tableau consécutivement dans le texte.

Si des données proviennent d'autres sources publiées ou non, il faut le préciser et obtenir la permission de les utiliser. Un nombre de tableaux excessif par rapport à la longueur du texte peut amener des difficultés lors de la disposition des pages. Examiner alors d'autres numéros de la revue choisie afin d'estimer combien de tableaux peuvent être utilisés par 1000 mots de texte. Après acceptation d'un manuscrit et selon l'avis du rédacteur, des tableaux supplémentaires contenant d'importantes données, mais représentant une dépense trop élevée, peuvent être soit déposés au NATIONAL AUXILIARY PUBLICATION SERVICE ou soit envoyés par les auteurs sur demande. Dans ce cas, l'indiquer par une note ajoutée au texte. Joindre ces tableaux au manuscrit.

Illustrations:

Soumettre toutes les figures en trois exemplaires. Elles devront être exécutées par un professionnel et photographiées. L'écriture à la main ou les caractères de machine ne sont pas acceptés. Envoyer des épreuves photographiques glacées, noir et blanc, d'une grande netteté, de dimension 20,3×25,4 cm maximum, plutôt que des dessins originaux, des radiographies ou autres formes d'illustration. Les lettres, chiffres et symboles devront être nets et uniformes tout au long du texte, et de taille suffisante pour rester lisibles après réduction pour la publication. Les titres et les explications détaillées des illustrations figureront dans la partie: Légendes et non sur les illustrations elles-mêmes.

Chaque tirage photographique portera au dos une étiquette indiquant le numéro de la figure, les noms des auteurs et le sens. Ne rien écrire au dos des figures, ne pas les monter sur du carton. Veiller à ne pas les rayer ou les abîmer en utilisant des agrafes. Ne pas les plier.

Les microphotographies doivent être pourvues d'une échelle de référence. Les symboles, les flèches ou les lettres devront contraster nettement avec le fond. Si on se sert de photographies de personnes, on s'arrangera pour que celles-ci ne soient pas reconnaissables, ou alors elles devront être accompagnées de permissions écrites. Citer chaque figure dans le texte consécutivement. Si une figure a déjà été publiée, nommer la source d'origine et fournir une permission écrite du détenteur du droit d'auteur pour la reproduction de la figure. Cette permission est exigée, qu'il s'agisse de l'auteur ou de l'éditeur, sauf pour des documents du domaine public. Pour des illustrations en couleur, il faut fournir des diapositives couleur et si nécessaire, les dessins correspondants sur lesquels est indiquée la partie à reproduire; il faudra en plus envoyer deux tirages couleur positifs pour aider le rédacteur à faire les recommandations. Certaines revues ne publient des illustrations en couleur que si l'auteur se charge des frais supplémentaires.

Légendes des illustrations:

Taper les légendes des illustrations au double interligne sur une feuille séparée, avec des chiffres arabes correspondants aux illustrations. Si des symboles, des flèches, des chiffres et des lettres sont utilisés pour identifier différentes parties des illustrations, les identifier et les expliquer clairement dans la légende. Expliquer les échelles et identifier la méthode de coloration des microphotographies.

Abréviations:

N'utiliser que les abréviations courantes (annexe 2). Consulter le COUNCIL OF BIOLOGY EDITORS STYLE MANUAL (4° édition) et le ELSE MANUAL pour la liste des autres

abréviations courantes. Eviter d'utiliser des abréviations dans le titre. Le terme complet faisant l'objet de l'abréviation devra précéder celle-ci lors de son premier emploi dans le texte, sauf s'il s'agit d'une unité de mesure normalisée. Dans beaucoup de pays, le système international d'unités est normalisé ou est en train de le devenir. S'y rapporter dès que possible. Les revues peuvent utiliser ces unités ou les convertir dans un autre système, ou utiliser les deux à la fois.

SOUMISSION DES MANUSCRITS

Envoyer les manuscrits accompagnés des figures dans une enveloppe de papier fort avec un carton, pour éviter que les photographies ne soient abîmées pendant le transport. Mettre photographies et diapositives dans des enveloppes solides. Les manuscrits seront accompagnés d'une lettre de l'auteur responsable de la correspondance. Cette lettre confirmera que le manuscrit a été lu et approuvé par tous les auteurs. Elle donnera toute information supplémentaire pouvant être utile au rédacteur, telle que la catégorie dans laquelle doit être rangé le manuscrit selon la revue particulière; elle pourra également renseigner sur la publication préalable d'une partie du manuscrit et indiquer si les auteurs consentent à payer les frais de reproduction des illustrations en couleur. Y joindre toutes les permissions nécessaires pour la reproduction de certains éléments ou pour l'utilisation d'illustrations représentant des personnes reconnaissables.

Annexe I
Liste provisoire des revues adhérentes à la convention

American Journal of Diseases of Children

American Review of Respiratory Disease

Annals of Internal Medicine

Archives of Dermatology

Archives of General Psychiatry

Archives of Internal Medicine

Archives of Neurology

Archives of Ophtalmology

Archives of Otolaryngology

Archives of Pathology and Laboratory Medicine

Archives of Surgery

British Medical Journal

Canadian Journal of Public Health (Revue Canadienne de Santé Publique)

Canadian Medical Association Journal

Clinical and Investigative Medicine

Circulation

Journal of the American Medical Association

Lancet

New England Journal of Medicine

Annexe 2 Abréviations couramment utilisées

Tableau I: Unités de mesure standard et termes statistiques

Terme	Abréviation ou symbole	Terme	Abréviation ou symbole
Unités de mesure standard			
ampere	A	hertz	Hz
Angstrom	A	hour	h or hr
barn	b	international unit	IU
candela	cd	joule	J
coulomb	C	kelvin	K
counts per minute	cpm or counts/min	kilogram	kg
		liter, litre	l
counts per second	cps or counts/sec	meter, mètre	m
		minute	min
curie	Ci	molar	M
degree Celsius	C	mole	mol
disintegrations per minute	dpm or dis/min	newton	N
		normal (concentration)	*N*
disintegrations per second	dps or dis/sec	ohm	Ω
		osmol	osmol
electron Volt	eV	pascal	Pa
equivalent	Eq	revolutions per minute	rpm or r min
farad	F		
gauss	G	volt	V
gram	g	second	s
henry	H	square centimeter	cm^2
		watts	W
Termes statistiques			
correlation cœfficient	r	probability	p
degrees of freedom	df	standard deviation	SD
mean	x	standard error of the mean	SEM
not significant	NS	"Student's" τ test	τ test
number of observations	n	variance ratio	F

Tableau II: Facteurs de multiplication

Nom et facteur	Symbole	Nom et facteur	Symbole	Nom et facteur	Symbole
tera- (10^{12})	T	deca- (10^{1})	da	nano- (10^{-9})	n
giga- (10^{9})	G	deci- (10^{-1})	d	pico- (10^{-12})	p
mega- (10^{6})	M	centi- (10^{-2})	c	femto- (10^{-15})	f
kilo- (10^{3})	k	milli- (10^{-3})	m	atto- (10^{-18})	a
hecto- (10^{2})	h	micro- (10^{-6})	μ		

Tableau III: Autres abréviations courantes.

adenosinediphosphatase	ADPase
adenosine 5'-disphosphate (adenosine diphosphate)	ADP
adenosine 5'-monophosphate (adenosine monophosphate, adenylic acid)	AMP
adenosine triphosphatase	ATPase
adenosine 5'-triphosphate (adenosine triphosphate)	ATP
adrenocorticotrophic hormone (adrenocorticotropin	ACTH
bacillus Calmette-Guérin	BCG
body temperature, pressure, and saturated	BTPS
basal metabolic rate	BMR
central nervous system	CNS
coenzyme A	coA
deoxyribonucleic acid (deoxyribonucleate)	DNA
dihydroxyphenethylamine	dopamine
electrocardiogram	ECG
electroencephalogram	EEG
enteric cytopathogenic human orphan (virus)	ECHO
ethyl	Et
ethylenedia minetetraacetate	EDTA
gas-liquid chromatography	GLC
guanosine 5'-monophosphate (guanosine monophosphate, guanylic acid)	GMP
haemoglobin	Hb
logarithm (to base 10; common logarithm)	log
logarithm, natural	ln
methyl	Me
Michaelis constant	Km
negative logarithm of hydrogen ion activity	PH
partial pressure of CO_2	PCO_2
partial pressure of O_2	PO_2
per	/
per cent	%
radiation (ionising absorbed dose)	rad
respiratory quotient	RQ
specific gravity	sp gr
standard atmosphere	atm
standard temperature and pressure	STP
ultraviolet	uv
volume	vol
volume ratio (volume per volume)	vol vol
weight	wt
weight per volume	wt vol
weight ratio (weight per weight)	wt wt

Index des Auteurs

J.P. ABADIE 49

M. A. ALI 79

A. ARNAUD 152

G. ARNULF 55

Cl. BEGON 36, 39, 42, 133

R. BENICHOUX 14, 15, 29, 48, 52, 57, 58, 60, 95, 134, 150, 167

A. BERTOYE 137

E. BERTRAND 28, 41, 59

F. BESANCON 49, 89, 109, 111, 128

P. BOISSEL 44

J. BRUGERE 30, 123, 127

M.P. BUZEU 37

J.P. CAVELLAT 30, 55

J. DE CHARON 106

J. CHARPIN 152

V. CHEVALIER 21, 161

L. CITTI 65

P. COEUR 43, 59, 109

J. CORBERAND 89, 128, 146

M. DETILLEUX 37, 40, 163

B. DODINOT 129, 133

P. DOR 30

B. DUPORTET 34, 35, 37, 38, 41, 58, 100, 150

J.P. GARIN 137, 149, 150

R. GERDAY 23, 69

J.M. GILGENKRANTZ 24

J.P. GRILLIAT 40

J. HERAN 52, 127, 133, 172

Mme HERLANT 29

M. HERLANT 24

M. HODARA 38, 42, 96, 101, 106, 110, 126, 142, 150

B. HOERNI 116, 127, 128

M. HUGUIER 22, 47, 56, 92

Mme LAPLAINE-MONTHEARD 54

A. LARCAN 36, 42, 53

F. LAUNEY 96

D. LAURENT 88, 89, 110

G. LAZORTHES 135

M. LEGRAIN 26, 30, 46, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 134

J. LEQUIME 21, 24, 25, 88

J. LEROY 35, 36, 39, 40, 44

P. MAINGUET 28, 43, 55, 93, 95

G.A. MARCHAL 43, 55, 92, 100, 103, 110, 112

G. MATHIEU 127

R. MHABOULI 54

A. MENSAH 90

J.P. MONGIBEAUX 129

G.G. NAHAS 83, 88, 89

O. NUSSAUME 29, 90, 92

J. OREHEK 152

J.L. PARROT 29, 172

J. PERRIN 107, 109, 110, 134

H. PIGUET 96, 100, 101

P. RABISCHONG 50, 52, 58

E. RAZAFIMAHALEO 28, 160

F. REGNIER 43

G. SCHARF 34, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 149

J.C. SOURNIA 13, 48, 57, 128, 151, 157, 172

J.L. TOURAINE 137

D. VERVLOET 152

F. VICARI 28, 93

R. WOEHRLE 137, 149

J. ZUCMAN 172

ALDECIN®
CELESTONE®
DIPROSONE®
GEOMYCINE®
HYPERSTAT®
PERMITIL®
POLARAMINE®
RINAFORT®
SEVINOL®
SISMINE®
TRILAFON®

N.V. ESSEX (Belgium)
subsidiary of Schering Corporation USA
163, av. de la Couronne - Kroonlaan, 163
BRUXELLES 1050 BRUSSEL

Gewinn zerebraler Leistungsfähigkeit
Eine Arznei setzt sich durch

ab sofort

Vincapront® Retard dient der einfachen Dosierung: b.i.d.

2x 1 Kapsel täglich

INDIKATIONEN: Zur Behandlung und Unterstützung der Rehabilitation bei subakuten, intermittierend auftretenden und chronischen Zustandsbildern einer zerebralen Hypoxidose: Lokalisierte Formen mit vorwiegend neurologischen Symptomen, wie Halbseitenlähmung, Aphasien, Apraxien, Agnosien, sowie mit psychovegetativen Störungen. Durch zerebrale Zell- und Gewebsschädigung hervorgerufene Psychosen. Bei vertebro-basilärer Insuffizienz, sowie bei vaskulär bedingten zerebralen Atrophien, soweit therapeutisch beeinflußbar. Im okulären Bereich: Embolien der Zentralarterien des Auges, akute Retinopathien und Durchblutungsstörungen der Netzhaut. Im Innenohr: Gefäßbedingte Durchblutungsstörungen, Meniere'sche Krankheit und innenohrbedingte Schwindelanfälle.
VERTRÄGLICHKEIT: Vincapront weist eine gute Verträglichkeit auf. Vorübergehende Magen-Darm-Beschwerden wurden lediglich in seltenen Fällen beobachtet.
KONTRAINDIKATIONEN: Vincapront ist kontraindiziert bei intrakraniellen Tumoren und bei Steigerung des intrakraniellen Druckes. Bei Krampfkrankheiten bestehen mit Vincapront noch keine ausreichenden Erfahrungen.
Vincapront sollte nicht bei Frauen im gebärfähigen Alter verschrieben werden, es sei denn, daß ein Schwangerschaftsrisiko ausgeschlossen werden kann.
BESONDERE HINWEISE: Die Basistherapie bei eingeschränkter Herz-Kreislauffunktion soll selbstverständlich beibehalten werden.
Es bestehen keinerlei klinische Hinweise auf Leberschädigung, dennoch sind bei Langzeitanwendung Leberfunktionsprüfungen anzuraten.
DOSIERUNG: Die Tagesdosis beträgt 40-80 mg, im allgemeinen 60 mg. Es empfehlen sich: bei 60 mg 2x 1 Kapsel Vincapront Retard oder 3x 1 Filmtablette Vincapront 20; bei 40 mg Tagesdosis: 4x 1 Filmtablette Vincapront 10, bei 80 mg Tagesdosis: 4x 1 Filmtablette Vincapront 20.
Die Kapseln bzw. Filmtabletten sind unzerkaut zu den Mahlzeiten einzunehmen.
ZUSAMMENSETZUNG: 1 Kapsel Vincapront Retard enthält 30 mg Vincamin. 1 Filmtablette Vincapront 10 enthält 10 mg, 1 Filmtablette Vincapront 20 enthält 20 mg Vincamin.
PACKUNGSGRÖSSEN:

Vincapront Retard	Vincapront 10	Vincapront 20
O.P. mit 20 Kapseln	O.P. mit 50 Filmtabl	O.P. mit 50 Filmtabl
O.P. mit 50 Kapseln	O.P. mit 100 Filmtabl	O.P. mit 100 Filmtabl

© 1977 HEINRICH MACK NACHF., Chem.-pharm. Fabrik, 7918 Illertissen/Bayern

seit 1959 auf Retard-Präparate spezialisiert

MACK

Littérature et échantillons:

Comptoir Pharmaceutique Luxembourgeois S.A. Luxembourg

Ex-voto (Musée national d'Athènes)

C 3-11-7611

CYCLO 3

Accélère le retour veineux
Corrige les conséquences de la stase veineuse

3 ampoules par jour

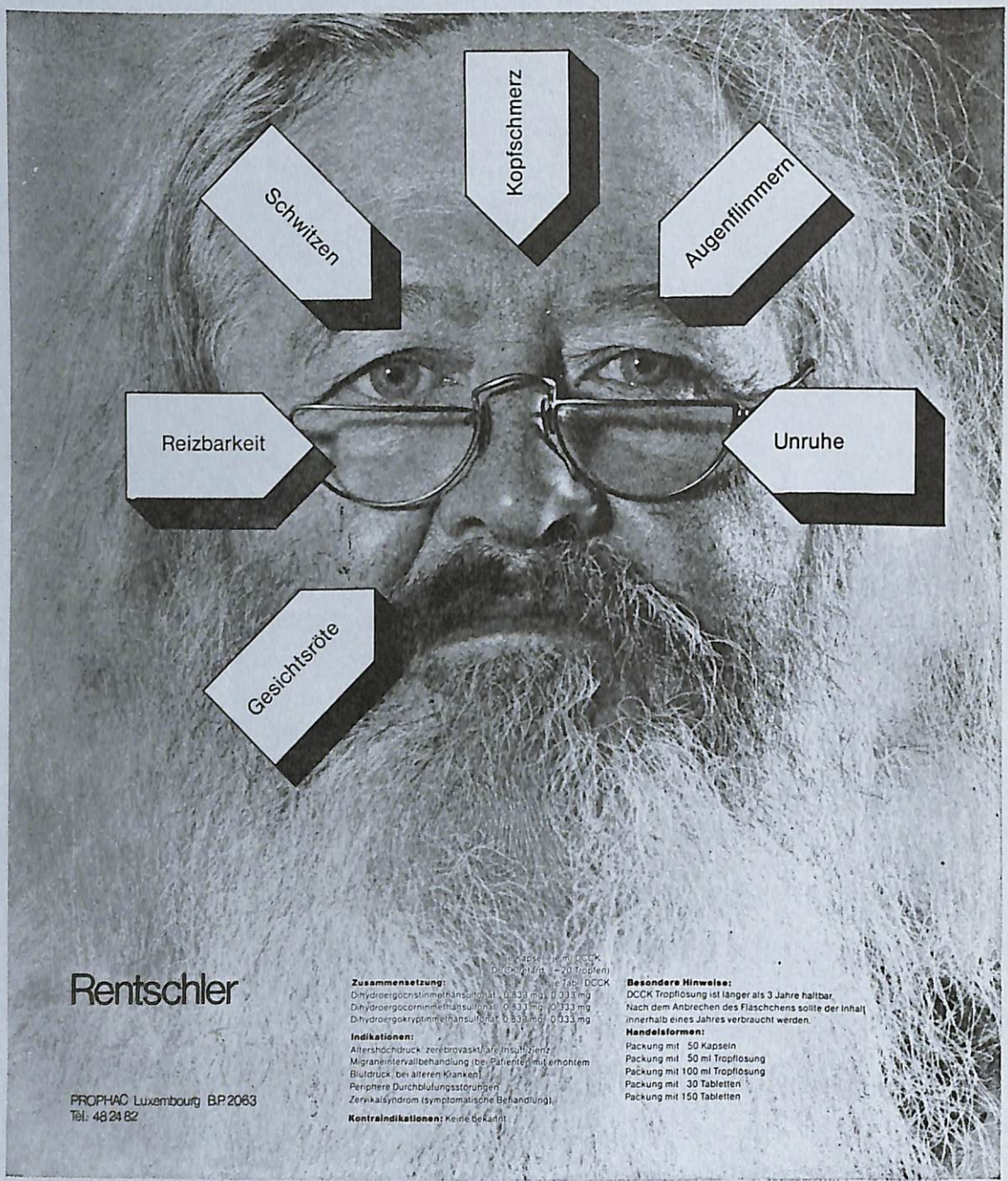
Indications - Troubles circulatoires aussi bien chez l'homme que chez la femme : varices, jambes lourdes. Fragilité capillaire, engelures. Hémorroïdes.
Formule - Extrait fluide de Ruscus aculeatus titré à 2% d'hétérosides stéroliques 0,5 ml. Méthyl 4 esculétol (mono éthanoate de sodium) 0,005 g. Hespéridine méthyl chalcone 0,04 g. Acide ascorbique 0,20 g. Acide citrique 0,05 g. Excipient aromatisé q.s.p. 1 ampoule de 5 ml.
Posologie moyenne - 3 ampoules par jour.
Présentation - Boîte de 20 ampoules buvables autocassables de 5 ml.

Laboratoires Pierre Fabre
Fimex - 125, rue de la Faisanderie, 75116 Paris

Schrittweise Rückkehr zur Normotonie

DCCK retard

bei Altershochdruck



Rentschler

Zusammensetzung: 1 Kapsel / 1 ml DCCK Tropflösung (= 20 Tropfen) / 1 Tab. DCCK
Dihydroergocristinmethansulfonat 0,333 mg / 0,333 mg / 0,333 mg
Dihydroergocorninmethansulfonat 0,333 mg / 0,333 mg / 0,333 mg
Dihydroergokryptinmethansulfonat 0,333 mg / 0,333 mg / 0,333 mg

Indikationen:
Altershochdruck, zerebrovaskuläre Insuffizienz
Migräneintervallbehandlung (bei Patienten mit erhöhtem Blutdruck, bei älteren Kranken)
Periphere Durchblutungsstörungen
Zervikalsyndrom (symptomatische Behandlung).

Kontraindikationen: Keine bekannt

Besondere Hinweise:
DCCK Tropflösung ist länger als 3 Jahre haltbar.
Nach dem Anbrechen des Fläschchens sollte der Inhalt innerhalb eines Jahres verbraucht werden.

Handelsformen:
Packung mit 50 Kapseln
Packung mit 50 ml Tropflösung
Packung mit 100 ml Tropflösung
Packung mit 30 Tabletten
Packung mit 150 Tabletten

PROPHAC Luxembourg B.P. 2063
Tél.: 48 24 82

Imprimerie Joseph Beffort, Luxembourg