



Février 2005 / 1

# doc.be

Ärztegesellschaft des  
Kantons Bern  
Société des médecins du  
canton de Berne  
[www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch)

Convention prestations  
coûts (CPC)

«La Confédération met en garde contre une  
explosion incontrôlée des coûts»  
NZZ am Sonntag, 16.1.2005

Le 30.6.2005, la neutralité des coûts (NC),  
qui avait été approuvée, en 2002, par la  
majorité des membres de la FMH dans le  
cadre de l'Annexe 2 du contrat-cadre Tar-  
med, arrive à son terme. Elle sera suivie, jus-  
qu'à la fin de l'année, de la phase de com-  
pensation, également convenue contractuel-  
lement. Pendant ce semestre, nous devons  
compenser la différence subsistant à la fin de  
la neutralité des coûts entre coûts prévision-  
nels et coûts effectifs. Aujourd'hui – quatre  
bons mois avant le terme de la NC – dans la  
région contractuelle Berne, ce sont environ  
18 millions de francs qui ont été accumulés  
et que nous devons compenser. Chacun  
d'entre nous peut contribuer à éviter d'aug-  
menter encore ces coûts qui devront être  
compensés.

«Tous les fournisseurs de prestations qui  
s'imaginent – quelle joie –, après la neutra-  
lité des coûts pouvoir retourner aux an-  
ciennes habitudes, doivent savoir que cela  
ne sera plus jamais possible», déclarait le  
vice-directeur de l'office fédéral de la santé-  
suisse (SaS). «Nous allons continuer de  
contrôler la NC et exigeons de l'autorité  
cantonale une correction de la valeur du  
point dès que les coûts auront augmenté»,  
faisait savoir SaS à l'occasion d'une confé-  
rence de presse à fin 2004.

S'exprimant au sujet de ces joyeuses an-  
nonces, le comité directeur de la FMH disait  
à fin 2004: «Une solution contractuelle intel-  
ligente est préférable à une procédure impo-  
sée par l'autorité.» Puis, au début de l'année

**Annexe à conserver:  
Règlement de la CPC (pages 17 et 18)**

200 <sup>ème</sup> anniversaire de la Faculté de médecine	2
Le nouveau médecin cantonal	3
Un nouveau collaborateur de la SMCB	4
Bilan intermédiaire Tarmed	4
Service de garde des médecins	6
Pharmacies privées des cabinets médicaux	6
Kurt Hänni: rétrospective	8
Le passage du tiers garant au tiers payant contrevient au contrat	9
Règlement de la commission paritaire cantonale	9
Drogues et circulation routière	10
Injures publiques	10
Le progrès en médecine	12
Le silence des médecins	20

**Vous pouvez prendre connaissance de nouvelles récentes  
sous [www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch) «Membres»**

«Nous sommes intéressés par la poursuite d'un monitoring des coûts et prêts à collaborer à son développement. On peut travailler à l'élaboration de propositions concernant le pilotage des coûts.»

Dans le cas où, pour la période suivant le 1.1.2006, aucune solution contractuelle pour la neutralité des coûts n'aurait été trouvée, c'est le contrat TAR-MED sans pilotage des coûts qui reste en vigueur. Dans le cas de dénonciation, Tarmed s'appliquerait encore pendant une année après le délai de résiliation. Ce n'est que passé ce délai que le gouvernement cantonal fixerait le tarif.

Les partenaires tarifaires se représentent de façon fort différente une éventuelle réglementation qui devrait prendre la suite de la NC. Pour les présidents cantonaux, il va de soi qu'il ne faut pas tenir compte uniquement des coûts, mais également des prestations. De plus, une future convention devra obligatoirement accorder aux médecins un corridor de croissance. Ce dernier doit non seulement tenir compte du renchérissement, mais également du progrès médical et de la démographie. On ne peut encore dire s'il sera possible de parvenir à une redevance liée aux prestations (CPC). En ce qui me concerne, j'ai indiqué mon opposition à la FMH – seul de tous les présidents présents. Ce qui sera déterminant, c'est la façon dont réagiront l'OFSP et SaS au non-pilotage de la NC par les consultations ambulatoires des hôpitaux. Un des objectifs de Tarmed consistait à mettre, dans le domaine ambulatoire, les cabinets en mesure de lutter à armes égales avec hôpitaux. Jürg Schlup, président

## Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton de Berne – Edité par la Société des médecins du Canton de Berne, Kapellenstrasse 14, 3011 Berne / paraît 6 x par an.

Résponsable pour le contenu: Comité de la Société des médecins du Canton de Berne.

Rédacteur: Marco Tackenberg, Service de presse et d'information, Postgasse 19, 3000 Berne 8. Tél. 031 310 20 99;

Fax 031 310 20 82; E-Mail: tackenberg@forumpr.ch

Annonces: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Berne.

Tél. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;

E-Mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.

Edition février 2005.

## 2005: 200<sup>ème</sup> anniversaire de la Faculté de médecine de l'Université de Berne

C'est le 4 novembre 1805 qu'eurent lieu les premiers cours de la Faculté de médecine de Berne. Cette dernière était issue de l'Institut médical, qui avait été fondé en 1797 par quelques médecins, chirurgiens et pharmaciens bernois. La Faculté faisait partie de l'Académie, une création qui prenait son origine dans la période de la Restauration bernoise. L'Académie, avec ses quatre Facultés, succédait à la Haute Ecole, qui était, depuis l'époque de la Réforme, chargée de former les pasteurs et qui comprenait également des chaires pour l'enseignement de la philosophie, des langues anciennes, du droit et de la mathématique. Quatre professeurs faisaient partie de la Faculté de médecine, l'un d'entre eux chargé de l'art vétérinaire. Il y avait chaque année, en moyenne, de 40 à 60 étudiants. Les études de médecine duraient quatre ans. L'enseignement se donnait dans le bâtiment de l'Anatomie (sis dans l'actuelle Hodlerstrasse), au sein de l'hôpital de l'Île (sis dans l'actuelle Kocherstrasse), à partir 1818, dans l'établissement pour les accouchements qui venait d'être créé et dans les cabinets privés des professeurs. L'Université actuelle ne fut créée que 29 ans plus tard, en 1834.

En médecine, on se trouvait à cette époque dans une période de retour à l'observation clinique, contrôlée sur la table de dissection, ainsi qu'une période au cours de laquelle on introduisait des méthodes d'investigation physiques. La vaccination contre la variole (la vaccination au sens strict) avait été pratiquée pour la première fois en 1798. Le créateur de l'homéopathie, Samuel Hahnemann, vivait à cette époque.

En ces temps, on pouvait encore à Berne accéder sans examen aux études de médecine. On craignait, en fixant des exigences par trop élevées, de sélectionner des étudiants qui, plus tard, ne seraient ni aptes ni disposés à s'établir à la campagne [sic].

La première étudiante en médecine s'est immatriculée en 1871. Jusqu'en 1914, quelque 1600 femmes ont étudié la médecine à Berne, parmi lesquelles 92% de russes et 3% de suisses. 28% d'entre elles acquièrent le titre de docteur. Au cours des années 1930 à 1945, un grand nombre d'étudiants en médecine juifs, venant des Etats-Unis et d'Allemagne, étudièrent à Berne.

2005, 200 ans plus tard. Aujourd'hui, comme autrefois, on est de plus en plus conscient que la recherche fondamentale et la recherche clinique doivent être encouragées si l'on veut continuer à progresser. Les méthodes d'investigation physiques d'autrefois, telle l'apparition du stéthoscope, ont trouvé de nos jours leur équivalent dans la résonance magnétique et la tomographie par émission de positrons. De nos jours, on fait des recherches dans le domaine des vaccins qui ne sont plus limitées à la protection contre des germes infectieux, mais par exemple contre l'apparition ou l'évolution de la maladie d'Alzheimer ou contre le cancer. L'homéopathie poursuit sa recherche dans la compréhension de ses mécanismes d'action et les preuves de son efficacité, de plus en plus souvent en collaboration avec la «médecine académique». Les examens de médecine, de même que l'enseignement de la médecine, sont étudiés au moyen de méthodes scientifiques



«Ancienne Anatomie»

et modifiés en conséquence. L'inégalité de la répartition des médecins entre la ville et la campagne reste d'actualité. En définitive, ce sont les mêmes problèmes qui nous préoccupent que ceux qui préoccupaient nos devanciers, il y a 200 ans. Les tâches essentielles sont restées, lutter avec les moyens les meilleurs et les plus efficaces contre la maladie, la douleur et la souffrance, rechercher des voies nouvelles là où ces moyens ne suffisent pas et transmettre les connaissances, les compétences et les aptitudes à la génération suivante.

Aujourd'hui, 1561 étudiants sont immatriculés dans notre Faculté, parmi eux, 53% de femmes. Chaque année, environ 150 étudiants terminent leurs études et obtiennent leur diplôme de médecin. Nous comptons 188 professeurs, hommes et femmes, 145 privat-docents et 84 enseignantes et enseignants chargés de l'enseignement des soins aux patients tant à l'hôpital universitaire que dans d'autres hôpitaux publics et dans des cabinets. La Faculté, en 2004, a bénéficié de 44,6 millions de francs de fonds destinés à la recherche et, grâce aux prestations de service de ses instituts, a pu encaisser 30,8 millions de francs. Le total des dépenses a atteint 184,3 millions de francs, y compris 95,2 millions de francs au titre de contribution à l'enseignement et à la recherche en faveur de l'hôpital de l'Île.

Notre faculté, comme les autres facultés de médecine de Suisse, est exposée à des tempêtes, tant de politique générale que de politique universitaire; nous nous contenterons de les esquisser ici, sans entrer trop dans les détails. Un groupe de travail, sous l'autorité de secrétaire d'état Kleiber, tend, par ses propositions, vers la centralisation de la formation médicale et de la recherche en Suisse. Un point important de ses propositions consiste en la subordination de la médecine universitaire à des organes fédéraux de direction et en un nouveau mode de financement. D'un autre côté, chacun des cinq centres doit choisir l'un des trois modèles d'organisation proposés pour la collaboration entre les facultés de médecine et les hôpitaux universitaires. Il est également prévu de régler d'une manière différente la responsabilité de la formation post-graduée et son financement. La Conférence suisse des recteurs universitaires a réagi en présentant son propre projet, «Médecine universitaire 2008», qui, cela va de soi, s'oppose à une trop grande centralisation aux dépens de l'autonomie universitaire. Enfin, pour l'ensemble de la Suisse, le modèle d'études de Bologne (avec les titres de bachelor, de master, et la possibilité d'un doctorat dans

le sens d'un PhD) va être introduit pour tous les types d'études. En médecine, en collaboration entre toutes les facultés de médecine, le changement interviendra un peu plus tard que dans les autres domaines. Finalement, il ne fait pas de doute que pour notre Faculté bernoise une collaboration étroite avec la faculté de l'Université de Bâle présentera des avantages. Les domaines concernés par cette collaboration, de même que sa mise en œuvre pratique, font actuellement l'objet des travaux d'un groupe d'étude.

Tenant compte des points communs existant entre son activité il y a 200 ans et celle d'aujourd'hui, la Faculté de médecine considère qu'il est de son devoir, dans le cadre de son 200<sup>ème</sup> anniversaire, d'honorer tous ceux qui se sont engagés avant nous en faveur de l'enseignement, de la recherche et des soins aux malades. Elle ne le fera pas sous la forme d'une fête spécialement destinée à cet effet, mais en s'associant, par des contributions choisies, aux manifestations prévues à Berne en 2005. Ces manifestations sont de nature très variée. Elles concernent entre autres des conférences dans le cadre de l'université du 3<sup>ème</sup> âge, des discussions au café scientifique, un débat au sujet de l'éthique et l'opportunisme dans le domaine scientifique, en relation avec la représentation au Théâtre municipal de l'œuvre de Dürrenmatt «Der Mitmacher»<sup>1</sup>, des manifestations en collaboration avec les services universitaires de psychiatrie Waldau (lui-même fêtant son 150<sup>ème</sup> anniversaire), des manifestations concernant la maladie de Paul Klee dans le cadre du nouveau Musée Klee, des contributions d'étudiants pour les politiciens et la population, des démonstrations de médecine sportive à l'occasion de l'inauguration du Stade de Suisse du Wankdorf.

Un programme, dans lequel figurent toutes les manifestations, vient de paraître ([www.medizin.unibe.ch/200jahre](http://www.medizin.unibe.ch/200jahre), à commander auprès de marianne.thormann@med.dek.unibe, tél. 031 632 86 34). Nous serions très heureux si ces manifestations suscitaient l'intérêt de nos confrères praticiens et si nous pouvions saluer quelques uns d'entre vous à l'occasion de l'une ou de l'autre.

*Prof. Martin Täuber, doyen*

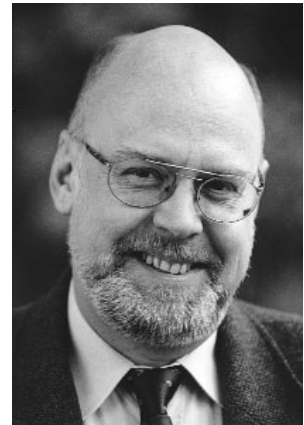
*Prof. Urs Boschung, professeur ordinaire d'histoire de la médecine*

*Prof. émérite Emilio Bossi, président du comité d'organisation du 200<sup>ème</sup> anniversaire de la Faculté de médecine*

<sup>1</sup> Cette œuvre n'a pas été traduite en français (Centre Dürrenmatt, Neuchâtel), ndt.

## Le nouveau médecin cantonal

**Le Prof. Hans Gerber, successeur du Dr Anton Seiler**



Le nouveau médecin cantonal s'appelle Hans Gerber. Le conseil exécutif a nommé ce médecin et professeur, âgé de 55 ans, en qualité de successeur du Dr Anton Seiler, qui va partir en retraite. Hans Gerber a exercé une activité pendant de nombreuses années à l'hôpital de l'Île, en dernier lieu en qualité de membre de la direction de l'hôpital.

Hans Gerber a étudié la médecine à l'Université de Berne et obtenu son diplôme en 1977. Il a ensuite acquis le titre de spécialiste en médecine interne et celui de spécialiste en analyses médicales FAMH (chimie clinique). Il a exercé son activité pendant plus de 20 ans à l'hôpital de l'Île à Berne. Il a dirigé pendant cette période entre autres la division de diagnostic des protéines et celle des analyses externes, il a été co-directeur administrateur du Laboratoire central de chimie, ainsi que co-administrateur du département d'hématologie, oncologie, infectiologie, laboratoire médical et pharmacie d'hôpital. Il a été membre de la direction de l'hôpital de l'Île durant les années 2000 à 2002, tout d'abord en qualité de directeur de l'enseignement et de la recherche, puis en celle de directeur des prestations médicales de service. En 1988, il a été chargé de l'enseignement de la médecine, en particulier de l'endocrinologie et, depuis 1995, il est professeur extraordinaire, à titre accessoire, pour cette même discipline à l'Université de Berne. Depuis 2002, Hans Gerber exerce une activité dans le domaine privé.

Hans Gerber entre dans sa nouvelle fonction de médecin cantonal le 1<sup>er</sup> mars 2005. Il prend alors la succession d'Anton Seiler qui se retirera après 17 ans d'activité.

## Un nouveau collaborateur du secrétariat de la SMCB



Chers membres,

J'ai le plaisir de vous informer que, depuis le 1er janvier 2005, notre secrétariat juridique a été renforcé en la personne de M. Philipp Straub, avocat. Mon confrère Straub exerce depuis 1999 en qualité d'avocat. Il pratique son activité depuis 2001 au sein du bureau d'avocats Kellerhals Rechtsanwälte.

Philipp Straub exerce à titre accessoire en faveur de la Société des médecins et, en collaboration avec le soussigné, il est chargé des conseils juridiques à l'intention de nos membres. Nous souhaitons ainsi faire en sorte que cette prestation soit plus facilement atteignable et plus rapide.

Philipp Straub vient de terminer son travail de doctorat dans le droit de l'énergie. Il s'est entre autres spécialisé en droit médical et bénéficie de plusieurs années d'expérience en qualité d'avocat. N'hésitez donc pas à faire appel à ses services.

Vous l'atteignez facilement pendant toute la semaine sous

[straub.bekag@bgb.ch](mailto:straub.bekag@bgb.ch)

Thomas Eichenberger, secrétaire

## La neutralité des coûts stabilisée pour l'ensemble de la Suisse – le canton de Berne de très peu au-delà du corridor

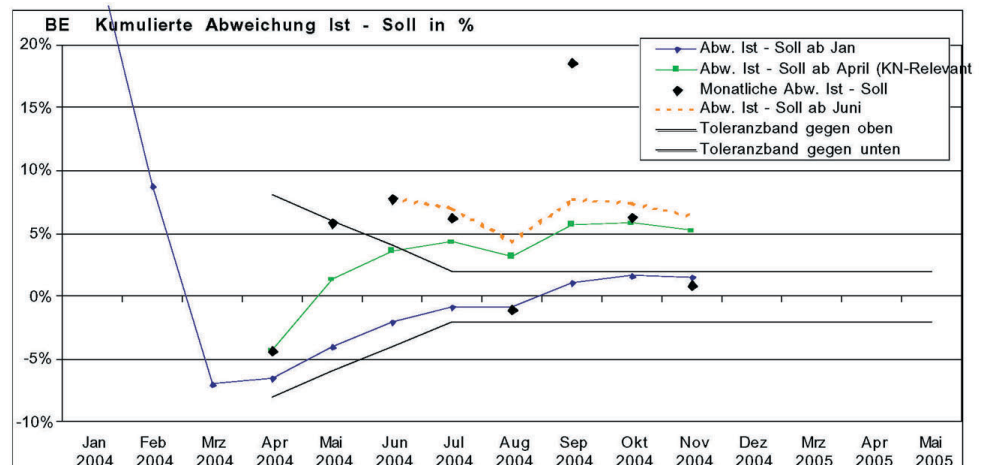
### Bilan intermédiaire Tarmed

Une année après l'entrée en vigueur de Tarmed, nous pouvons constater avec satisfaction que les médecins en pratique privée en Suisse, avec une déviation d'à peine 1,47%, ont satisfait aux exigences contractuelle de la neutralité des coûts (NC). 9 des 16 régions de NC se situent, en tenant compte des adaptations de la valeur du point déjà intervenues, à l'intérieur du corridor prévisionnel de +/-2%. Notre espace de NC se situe lui aussi, selon de modèle de calcul, à l'intérieur du corridor prévisionnel.

Un coup d'œil sur la *figure 1* permet cependant de constater que nos coûts prévisionnels se situent encore 3% au-dessus des limites du corridor. Une nouvelle diminution de la valeur du point ne peut donc être évitée que dans la mesure où il n'y a aucun changement dans la façon de facturer. Nous continuons donc à lancer le même appel: **n'utilisez pas Tarmed pour compenser un point tarifaire considéré comme trop bas avant l'époque Tarmed**. Il vaut la peine de continuer d'employer correctement le tarif Tarmed – ce sera d'ailleurs également le cas dans la phase suivant la NC. Nous persistons donc dans notre appel en 6 points.

Même si nous respectons de plus en plus les exigences de la neutralité des coûts, nous ne devons pas oublier un des buts de Tarmed, celui consistant à réduire les différences de revenus entre les disciplines. L'évolution de Tarmed jusqu'à maintenant nous a-t-elle rapproché de ce but? Les moyennes par séance (chiffre d'affaire par séance), dans le canton de Berne, ont, pour toutes les spécialités, augmenté de 14,4% entre l'année de base 2001 et l'année 2004, en sachant que l'augmentation de 2001 à 2003, à elle seule, se situait déjà au niveau de 13,6%. Cela signifie donc que l'essentiel de l'augmentation de la moyenne par séance n'est pas intervenu sous le régime Tarmed. Les diminutions actuelles de la valeur du point ne peuvent donc également pas être attribuées au seul Tarmed. La recherche de boucs émissaires Tarmed est par conséquent sans objet. Il n'empêche que nombreux sont ceux qui se demandent, devant la diminution de la valeur du point, quels sont ceux qui peuvent bénéficier de Tarmed. Une meilleure rétribution des prestations intellectuelles est-elle intervenue? Les médecins de premier recours en ont-il profité?

Figure 1:  
BE – Déviation cumulée en % coûts prévisionnels – coûts effectifs



La figure 2 montre que les «disciplines techniques» ont effectivement subi une perte, en particulier les gastroentérologues, les chirurgiens généralistes et, de façon un peu moins nette, les radiologues et les orthopédistes. Ceux qui d'un autre côté ont bénéficié d'une amélioration – et c'est ce qui était voulu jusqu'à un certain point – ce sont les psychiatres et les pédiatres. Ce qui n'était par contre pas souhaité, c'est l'augmentation significative chez les cardiologues. Tarmed a également amélioré la situation des rhumatologues, des ORL des dermatologues et des internistes généralistes. Ceux qui ont le moins profité à ce jour du nouveau tarif, ce sont les généralistes. Cela devrait être une indication que des discussions devront avoir lieu au sujet de certaines positions tarifaires.

La figure 3 montre l'influence de Tarmed sur la moyenne par séance exprimée en francs. Pour l'essentiel, la figure confirme les indications de la figure 2. Il convient de veiller à ne pas comparer directement les moyennes par séances entre les différentes disciplines ou de les prendre pour des chiffres d'affaire de cabinet ou même pour des produits. Ce qui est déterminant pour juger d'un éventuel succès de Tarmed en ce qui concerne une nouvelle répartition des revenus, c'est la comparaison des deux colonnes pour les chacune des disciplines mentionnées.

En conclusion, il convient de dire une nouvelle fois que les pertes des chirurgiens généralistes et des gastroentérologues, en raison de leur faible volume, n'ont que peu d'influence sur l'évolution de la neutralité des coûts. Ce sont donc les généralistes – et évidemment les psychiatres – qui peuvent, en utilisant Tarmed de façon sensée, éviter une nouvelle diminution de la valeur du point.

Kurt Aeclimann et  
Peter Frutig  
pour le groupe Economie

Figure 2:  
Changements des moyennes par séance 2004 par rapport à 2003, en %

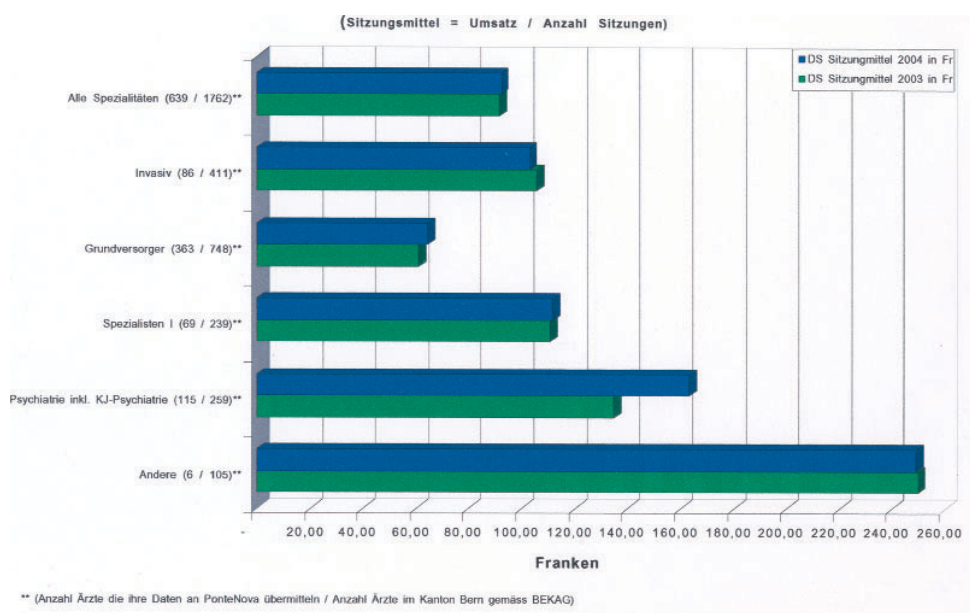
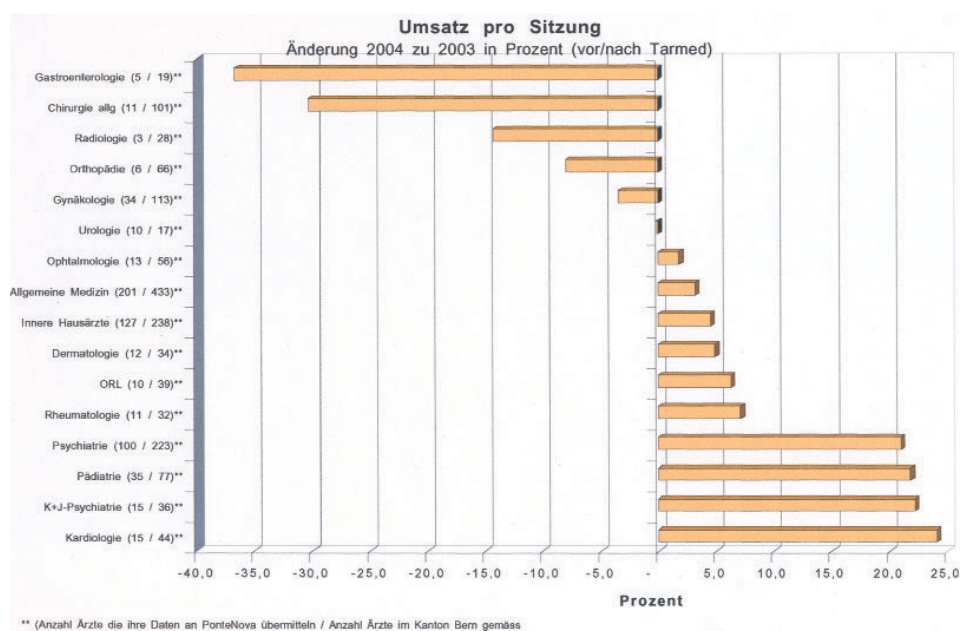


Figure 3: Moyennes par séance en francs 2003/2004



## Appel en faveur d'une utilisation raisonnable de Tarmed

### Mesures

1. Arrondir la durée de la séance
2. Limiter l'utilisation des positions 00.0140 et 00.0070
3. Limiter l'utilisation des positions 00.0020, 00.0050, 00.0510 et 00.0520
4. Pour chaque facture, réduire la durée de consultation de 5 minutes
5. Facturer au même rythme qu'avant Tarmed
6. Dans chaque cas individuellement, se demander s'il est possible d'assumer de prolonger l'intervalle entre deux contrôles

Groupe Economie

## Changements dans le service de garde – le projet «Flûte enchantée»



Dr Beat Gafner,  
membre du comité de la SMCB

Je cite la Loi sur la santé publique du canton de Berne, art. 30 a: Service des urgences:

«Les médecins et les dentistes ainsi que les maïeuticiens et les sages-femmes titulaires d'une autorisation d'exercer sont tenus de participer à un service des urgences. Ils en assurent eux-mêmes l'organisation ou la confient aux associations professionnelles.»

### Ouverture

Un chantier est ouvert au sujet de cet article fondamental. Un terrain utilisé auparavant sans contestation aucune subit un changement d'affectation sans changement préalable du plan de zone. Le changement doit intervenir maintenant, il ne doit cependant pas mettre en danger le fonctionnement du service de garde médical, sinon il y a un risque d'intervention du canton. Je cite encore le même article : «...Il (le service compétent de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale, remarque de l'auteur) la (l'organisation du service des urgences, ndt) règle lui-même si elle n'est pas assurée par une personne ou une association ...».

Pour l'ensemble de la Suisse, on peut constater, résultant des sonorités de cette ouverture, que la disponibilité des médecins libres praticiens à participer au service de garde est à la baisse, en même temps que les exigences des clients vont augmentant, que la pénurie médicale qui se dessine entraîne un surcroît de travail pour ceux qui restent en activité et que les ser-

vices d'urgence des hôpitaux gagnent en attractivité.

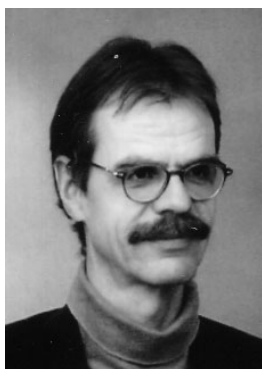
### Le Temple sacré

Le comité de la SMCB a par conséquent mis en route le projet «Flûte enchantée» (et non «Paquet surprise»), sous la direction du soussigné, afin de continuer de permettre aux cercles médicaux et groupes de service de garde, grâce à un catalogue de mesures, de garder dans leurs mains la responsabilité des soins primaires et du service d'urgence médical. Un groupe de travail, constitué de représentantes et de représentants des cercles est chargé d'élaborer des propositions susceptibles d'être réalisées. Un catalogue d'idées est à disposition à titre de document de base.

### La marche des Prêtres

Nous devons mesurer, à tous les niveaux, le travail effectué dans le cadre du service de garde. Grâce à Medphone SA (anciennement Service d'urgence Berne) nous souhaiterions parvenir à une densification du réseau. Mon but est de rassembler tous ces oiseaux colorés (les idées), de les faire examiner par des initiés et de présenter le résultats des captures dans les lieux sacrés au cours de l'automne 2005.

## Autocontrôle des pharmacies privées des cabinets médicaux



Dr Samuel  
Steiner, pharmacien cantonal

Par lettre circulaire du pharmacien cantonal, les médecins autorisés à tenir une pharmacie privée ont été informés en décembre 2004 que la procédure des inspections des pharmacies privées allait être modifiée. Les points les plus importants sont les suivants:

- Les officines à inspecter reçoivent, avant l'inspection, le procès-verbal d'inspection (liste de contrôle avec explications) et sont invitées, dans toute la mesure du possible à remplir ce procès-verbal avant l'inspection.
- Le procès-verbal est plus détaillé que jusqu'à maintenant.
- Le procès-verbal complété sert de base aux inspectrices et inspecteurs lors de l'inspection.

### Pourquoi ces changements?

Le nouveau procès-verbal d'inspection offre plus de transparence à celui qui est inspecté, ainsi qu'à l'équipe d'inspection, dans la mesure où tout ce qui est inspecté est énuméré point après point. Grâce à ce procès-verbal élargi, ceux qui doivent être inspectés peuvent se préparer parfaitement en vue de l'inspection. Un certain

nombre de données et d'informations ne devront plus être commentées et enregistrées en commun sur place. Dans le meilleur des cas, les manquements pourront être déjà corrigés avant l'inspection, dans le sens d'un autocontrôle et d'une responsabilité librement assumée. Cet autocontrôle devrait permettre (nous le souhaitons) des inspections plus courtes et, par conséquent, plus efficaces.

### Nouveau procès-verbal d'inspection – Nouvelle liste de contrôle

Le procès-verbal actuel a été révisé tant en ce qui concerne la forme que le contenu. Le procès-verbal se présente, comme jusqu'à maintenant, sous la forme d'une liste de contrôle. Certaines parties doivent être remplies à l'avance par celui qui va être inspecté (cochées), d'autres parties (en gris) sont contrôlées par l'équipe d'inspection au cours de l'inspection. D'autres questions servent à l'information du service du pharmacien cantonal (système de contrôle de qualité, auto-inspection, abus de médicaments). Il y a une possibilité de

faire des remarques, des commentaires. Le procès-verbal devrait être aussi compréhensible que possible, c'est pour cette raison qu'on y a adjoint un glossaire.

Le procès-verbal d'inspection est divisé de la façon suivante:

- *Indications concernant l'officine (en général):*
  1. Système de contrôle de la qualité (à titre informatif);
  2. Personnel (indications concernant les collaborateurs, formation postgraduée et continue);
  3. Locaux et équipement (en général, lieu de dispensation, stockage, réfrigérateur);
  4. Documentation (lois, documentation pour la remise des médicaments, contrôle des stupéfiants);
  5. Achat, stockage et remise des médicaments;
  6. Réclamations et retours (rappels, retours, informations à Swissmedic);
  7. Auto-inspection (information concernant l'auto-inspection et l'abus de médicaments);
  8. Echantillons reçus
- *Remarques de celui qui est inspecté, remarques de l'équipe d'inspection, exigences avec délai, proposition;*
- *Liste des insuffisances (se référant à la liste de contrôle, classement des insuffisances en graves, importantes, autres).*

#### Nouvelle procédure d'inspection

Préalablement à l'inspection, ceux qui doivent être inspectés reçoivent le procès-verbal d'inspection avec l'invitation à le remplir à l'avance. A la suite de l'inspection, le procès-verbal est discuté et, si nécessaire, complété. L'équipe d'inspection contrôle sous forme de sondages pris au hasard les indications figurant sur le procès-verbal d'inspection. L'équipe d'inspection est libre de vérifier sur place la mesure dans laquelle les auto-déclarations correspondent aux constatations. D'éventuelles différences ou insuffisances font l'objet d'une discussion sur place et sont mentionnées sur la liste des insuffisances.

Le document original du procès-verbal d'inspection, y compris la liste des insuffisances, est adressée à l'office du pharmacien cantonal. La suite de la procédure est la même que celle existant actuellement. Dans le cas où plusieurs insuffisances «graves» et «importantes» ont été constatées, l'équipe d'inspection pourra demander une nouvelle inspection, payante, après la correction des insuffisances.

#### 2005, année d'essai

Tant pour ceux qui sont inspectés, que pour les inspectrices et inspecteurs et que pour l'office du pharmacien cantonal, l'année 2005 est une année d'essai. A la fin de l'année 2005, on évaluera si la nouvelle procédure et le nouveau procès-verbal ont fait leurs preuves ou non. Toutes les demandes de changement, les remarques et les questions au sujet du nouveau procès-verbal d'inspection et de la nouvelle procédure d'inspection sont les bienvenues en tout temps.

#### L'avenir

Dans le but de maintenir de hauts critères de qualité et de les améliorer encore, on va, à l'avenir, en se fondant sur un grand sens de la responsabilité, fixer en général dans ce domaine de nouvelles exigences en ce qui concerne le système de contrôle de la qualité (CQ). Plus un tel système de contrôle de la qualité est grand, plus efficace est également le travail des inspecteurs. Un pas vers le CQ dans le domaine des pharmacies privées est réalisé par la pratique régulière d'auto-inspections. Un instrument peut servir pour pratiquer de tels auto-contrôles, c'est celui de remplir une fois par année ou une fois tous les deux ans la liste de contrôle. Dans le cadre des contrôles officiels, il ne s'agira alors plus que de vérifier que ces auto-contrôles sont pratiqués régulièrement et documentés. Les inspections peuvent alors se limiter à une vérification des auto-contrôles et à un certain nombre de points critiques.

#### Informations complémentaires

Les procès-verbaux d'inspection sont à votre disposition sous forme électronique dans l'Internet sous [www.gef.be.ch](http://www.gef.be.ch) (plus précisément sous [http://www.gef.be.ch/site/index/gef\\_kapa\\_kantonsapotheker/gef\\_kapa\\_dokumentation.htm](http://www.gef.be.ch/site/index/gef_kapa_kantonsapotheker/gef_kapa_dokumentation.htm) sous la forme d'un document PDF (ndt. Je ne l'ai pas trouvé en français). Sur demande nous vous adresserons le document dans le format Word.

Nous sommes à disposition des concernées (pharmacies privées) pour présenter et discuter la nouvelle procédure lors de certaines manifestations (séminaires, perfectionnement).

Dr Samuel Steiner  
pharmacien cantonal  
Rathausgasse 1  
3011 Berne  
[samuel.steiner@gef.be.ch](mailto:samuel.steiner@gef.be.ch)

## CALENDRIER 2005

31 mars  
Assemblée des délégués  
après-midi

12 mai  
Conférence élargie des présidents  
après-midi

2 juin  
Assemblées des cercles médicaux  
ensemble du canton

16 juin  
Assemblée des délégués  
après-midi

1<sup>er</sup> septembre  
Conférence élargie des présidents  
après-midi

20 octobre  
Assemblée des délégués  
après-midi

24 novembre  
Assemblées des cercles médicaux  
ensemble du canton

### Assemblées des cercles médicaux

**22 juin 2005**  
**24 novembre 2005**

Les consoeurs et confrères des différentes institutions (hôpital de l'île, hôpitaux de district et régionaux, cercles de formation et de qualité) sont priés de tenir compte de ces dates et de les libérer de toute autre manifestation.

## Rétrospective



*Dr Kurt Hänni  
Médecin-chef du  
service de  
chirurgie, hôpital  
régional de  
Haute-Argovie,  
Ancien président  
des médecins  
d'hôpital du  
canton de Berne*

A l'occasion de mon départ de l'Association des hôpitaux bernois, j'ai fait part d'un certain nombre réflexions, Jürg Schlup m'a prié de les présenter par écrit pour les publier dans doc.be. Je satisfais volontiers à sa demande.

Après 25 années d'activité en qualité de médecin cadre et médecin-chef, après une période marquée par tant de changements et par une telle intensité, on ne peut manquer d'avoir certaines idées tant dans le domaine médical que dans celui de la politique hospitalière. De l'hôpital de district, passant par l'hôpital régional, jusqu'à la fusion dans un centre hospitalier régional, je suis passé et j'ai souffert par tous les niveaux du système hospitalier bernois. En dépit des changements considérables, peut-être même à cause de ceux-ci, je constate un bilan très positif. Je ne me suis jamais ennuyé. Sur le plan médical, à côté de nombreux progrès, j'ai participé à l'évolution essentielle de la chirurgie conventionnelle vers la chirurgie laparoscopique et je dois confesser, malgré tous les bienfaits de la nouvelle méthode, ma préférence pour la chirurgie ouverte – avec des moyens simples et sans l'utilisation de tous ces gadgets techniques et l'inévitable spécialisation.

C'est une caractéristique de l'âge que de comparer ce qui était avec ce qui est et de verser de temps en temps une larme sur le passé. Je suis conscient qu'il n'est pas possible d'empêcher l'évolution de la société et de la politique. Il est pourtant absolument nécessaire de faire le point de temps en temps. Au plan de la politique professionnelle, il me semble que c'est de plus en plus important à l'heure actuelle. Le médecin-chef dans l'hôpital – plus particulièrement dans l'hôpital public – est de plus en plus considéré d'une façon qui ne

correspond ni à sa position ni à sa fonction ou sa valeur. Nous recrutons les patients pour notre institution, définissons le progrès médical et fixons les critères de qualité. Même dans en cas d'urgence, les patients choisissent un hôpital précis à cause de nous et les autres raisons ne viennent qu'en second lieu. C'est ainsi que nous sommes les éléments clés du système hospitalier. C'est pourquoi, et pour d'autres raisons encore, nous ne pouvons et devons pas admettre que nous soyons relégués dans un recoin spécialisé. Nous ne devons pas renoncer à nos tâches de direction, nous devons les exiger. Qui d'autre que nous sait ce dont un patient a besoin dans un hôpital et comment il doit être soigné. Il va de soi que nous devons collaborer avec les services des soins et de l'administration et que nous avons besoin d'eux. Nous n'exigeons pas de diriger seuls, mais voulons participer, c.-à-d. collaborer aux tâches opérationnelles et stratégiques, aux évolutions et perspectives futures. Submerger les médecins de tâches administratives ne signifie pas leur confier un pouvoir de direction, mais, au contraire, les pousser à la résignation en les surchargeant d'un travail qui leur est étranger ou, autrement dit, les amener à se taire. Il est évident qu'il faut accepter certaines tâches administratives. Elles ne devraient toutefois pas dépasser une cer-

taine mesure sensée et ne pas constituer un simple prétexte pour l'administration de l'hôpital ou les milieux politiques. Pour que le médecin-chef puisse assumer ce double rôle essentiel de pivot disposant de compétences tant techniques que de direction, on doit lui en accorder la possibilité et le temps nécessaire. Nous avons déjà des temps de travail sans limite, nous n'avons pas envie de devenir la vache à traire du système hospitalier, mais voulons occuper la place que notre fonction et notre valeur nous destinent. Je suis conscient que cette exigence de la part des médecins demande beaucoup d'engagement et de travail. Lorsque l'on exige, il faut fournir quelque chose en contrepartie. Il est inutile d'engager des administrateurs médicaux qui ont perdu toute relation avec le quotidien des médecins. C'est à nous, cliniciens, de faire ce travail et cela demande beaucoup de travail et une dose d'idéalisme. Si nous devons dégénérer et nous transformer en des spécialistes bornés au champ de vision limité, nous perdrons en même temps notre propre identité et notre compréhension de la profession. Le sens de notre action médicale ne limite pas seulement à utiliser nos connaissances spécialisées au bénéfice des patients mais également à agir et mettre en œuvre les conditions nécessaires à cette activité. Si nous nous reposons sur les économistes et les administrateurs, ainsi que les politiciens, notre système de santé risque le naufrage.



*Kurt Hänni: «Il faut, de temps en temps, faire le point.»*



## Le passage du tiers garant au tiers payant contrevient au contrat



Urs Hofer, avocat, responsable de la délégation aux négociations de la SMCB

Les présentes remarques sont motivées par les tentatives faites par des organes de facturation qui proposent à des médecins bernois un changement du système du tiers garant vers celui du tiers payant. Ainsi, Medi Data, qui écrivait dans une lettre circulaire du 23 octobre 2004 ce qui suit concernant son système de facturation:

«Dans la plupart des cantons, Medi Port permet le passage du tiers garant au tiers payant. Profitez de la possibilité d'être payé rapidement par le garant des coûts et de la suppression des restrictions.»

Nous rappelons ici à nos membres les dispositions légales en vigueur dans le canton de Berne:

- L'art. 42, al. 1 et 2 LAMal stipule que le système de remboursement est le tiers garant, que donc l'assuré est le débiteur de la rémunération envers le fournisseur de prestations et qu'il a le droit d'être remboursé par son assureur.
- Les assureurs et les fournisseurs de prestations peuvent convenir que l'assureur est le débiteur de la rémunération (système du tiers payant).
- L'art. 11, al. 1 du contrat-cadre entre la FMH et santésuisse, ratifié par le conseil fédéral le 30 septembre 2002, reprend tant le principe du tiers garant que la possibilité de convenir du tiers payant au plan cantonal.
- L'art. 11, al. 1 du contrat cantonal d'adhésion concernant le contrat-cadre FMH/santésuisse stipule que, dans le canton de Berne, le tiers garant est le seul système de remboursement autorisé.

Sur demande de santésuisse, on a fait figurer une restriction dans le contrat,

selon laquelle des médecins qui, avant l'entrée en vigueur du contrat d'adhésion, c.-à-d. avant le 1er janvier 2004, factureraient en fonction de contrats individuels selon le principe du tiers payant, auraient le droit de continuer à facturer dans ce système.

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004, il n'est

autorisé ni aux assureurs maladies avec les médecins, ni à des médecins – par exemple sur recommandation d'un organe de facturation – de passer au système du tiers payant.

Si, sur le marché de la facturation dans le canton de Berne, l'un ou l'autre des fournisseurs devait continuer à maintenir son offre, cela ne change rien au caractère non contractuel de cette offre.

Nous recommandons instamment à tous nos membres de ne pas entrer en matière en ce qui concerne de telles offres.

## Règlement de la commission paritaire cantonale (CPC)

Se fondant sur l'art. 19 du contrat d'adhésion au contrat-cadre Tarmed, santésuisse et la Société des médecins du canton de Berne ont convenu d'une commission paritaire cantonale et adjoint au contrat une Annexe D concernant le règlement de cette dernière (v. p. 17 et 18).

Nous ne présentons à nos membres ce règlement sous forme imprimée que maintenant, parce que l'année 2004 a servi à organiser cette CPC. Nous vous la présentons ci-dessous:

### 1. Présidence et secrétariat

Les parties ont convenu d'un président neutre (art. 19, al. 3 CA) et se sont accordées sur la personne de M. Jürg Hügli, avocat, Bollwerk 21, Postfach 6614, 3001 Berne.

Il assume en même temps le secrétariat de la CPC, qui est chargé de la réception des plaintes et des demandes devant la CPC (art. 10 du règlement).

2. La CPC se compose de 6 membres ordinaires, dont 3 sont nommés par santésuisse Berne et 3 par la Société des médecins du canton de Berne. Les deux parties au contrat nomment également au moins 3 membres remplaçants, la Société des médecins, de son côté, un nombre suffisant pour que, en cas de nécessité, les connaissances techniques soient à disposition de la l'instance de jugement.

En fonction de ces dispositions, les parties ont nommé les membres suivants:

#### santésuisse Berne:

- Allemann Helmut (Helsana), Nidau
- Amstutz Roland, consultant juridique de santésuisse Berne
- Engel Christoph (Visana), Berne

#### Membres remplaçants:

- Minod Silvia (CPT), Berne
- Sieber Peter (Krankenkasse Steffisburg), Steffisburg
- Wernli Peter (Visana), Berne

#### Société des médecins du canton de Berne:

Les Dr

- Affolter Christian (spéc. FMH en médecine générale), Langenthal
- Emch David (spéc. FMH en gynécologie et obstétrique), Berne
- Kreuz Helen, (spéc. FMH en médecine interne, hématologie), Thoune

#### Membres remplaçants:

die Dres:

- Gubler Christian (spéc. FMH en chirurgie), Berne
- Rothen André (spéc. FMH en médecine interne), Thoune
- Märki Beatrice (spéc. FMH en gynécologie et obstétrique), Berne
- Sauvant Jean-Daniel (spéc. FMH en psychiatrie et psychothérapie), Berne
- Lemann Danielle (spéc. FMH en médecine générale), Langnau

L'art. 8 du règlement décrit les tâches confiées à l'heure actuelle à la CPC, l'art. 9 définit qui a le droit de faire appel à la CPC, resp. qui peut être soumis à une procédure devant la CPC.

On a exclu les réclamations groupées contre certains médecins se fondant sur la statistique de facturation de santésuisse. C'est le tribunal arbitral cantonal ordinaire qui continue à être compétent (art. 19, al. 4 du CA).

Urs Hofer

REVISION DE LA LOI SUR LA CIRCULATION ROUTIERE

## Tolérance zéro en cas de conduite sous l'influence de drogues à partir du 1.01.2005



A.J. Seiler,  
ancien médecin  
cantonal

La révision de la loi fédérale sur la circulation routière prévoit, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005, une «tolérance zéro en matière de drogues».

Ou classer, dans ce contexte, les traitements de substitution administrativement autorisés?

Selon l'art. 2, al. 2 de l'ordonnance sur les règles de la circulation routière (OCR; SR 741.11) un conducteur est réputé incapable de conduire chaque fois qu'il est prouvé que son sang contient:

- du tetrahydrocannabinol (cannabis)
- de la morphine libre (héroïne/morphine)
- de la cocaïne
- de l'amphétamine
- de la méthamphétamine
- de la MDEA (méthylendioxyéthylamphétamine)
- de la MDMA (méthylendioxyéthylamphétamine)

L'art. 2, al. 2<sup>er</sup> de l'OCR stipule, lui, que pour les personnes consommant de la méthadone, qui sont à même de prouver qu'elles consomment une ou plusieurs des substances mentionnées à l'al. 2 sur

prescription médicale, la présence attestée d'une des substances ne suffit pas, à elle seule, à établir l'incapacité de conduire.

Chez les personnes se trouvant dans un programme de méthadone, il n'y a pas d'incapacité à conduire lorsque il est possible de prouver que la personne se trouve dans un programme de méthadone qui a duré au moins 6 mois et que, durant cette période, des contrôles urinaires effectués sans délai n'ont mis en évidence aucune consommation mixte (entre autres également aucune consommation de benzodiazépines et de cannabis) (v. à ce sujet Guide ASTRA «Verdachtsgründe fehlender Fahreignung; Massnahmen; Wiederherstellung der Fahreignung» du 3 août 2000).

Avec l'entrée en vigueur, le 1<sup>er</sup> janvier 2005, de la révision de la loi sur la circulation routière, rien ne devrait être modifié pour les personnes qui se trouvent dans un programme de méthadone.

Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne

## Injures publiques

**En 1966, un jeune auteur en colère a fait son apparition sous les projecteurs de l'actualité littéraire avec ses «Injures publiques». Le public injurié – le jury d'un concours littéraire – ne put cacher son enthousiasme devant la provocation. La colère calculée devint la caractéristique du jeune Peter Handke. Ce sont par contre de vraies injures publiques qui ont été proférées le 13 janvier 2005 à l'occasion du 2<sup>ème</sup> Forum suisse des génériques au Lake Casino de Zurich.**

Marco Tackenberg, SPI

«Vous êtes encore plus réglementés que les paysans!» s'écria Willy Oggier, économiste de la santé, devant un public – formé majoritairement de membres de la Société zurichoise des médecins. C'est alors que les premiers se levèrent et quittèrent la salle. «Vous dépendez directement ou indirectement d'un système de distribution étatique!». La salle se vida encore d'une demi-douzaine de personnes. «Vous êtes accrochés à la mangeoire de l'assurance de base» lança en hurlant Oggier à destination du public. Nouveaux hochements de tête et déplacements de sièges. Alors qu'on avait écouté patiemment un mot d'accueil du conseiller fédéral Couchepin (citation:

«L'introduction de la liberté de contracter permettra une amélioration de la qualité et aura un effet limitant sur les coûts»), ainsi que des communications en allemand, français et anglais, les participants se réveillèrent brusquement et s'étonnèrent en constatant qu'Oggier dirigeait ses attaques également à des personnes se trouvant dans les rangs des orateurs.

### Les caisses ont plus de pouvoir

Margrit Kessler, présidente de l'organisation suisse des patients et assurés, avait auparavant pris position sans ambiguïté contre la suppression de l'obligation de

contracter. Elle indiquait que les patientes et les patients seraient les vrais perdants de ce qu'on appelle la «liberté de contracter»: «Le mot liberté vaut pour les caisses maladie. Pour les patients, la liberté de contracter signifie dépendance et soumission aux décisions d'autrui.» Mme Kessler poursuivait en indiquant qu'on ne faisait ainsi que créer encore plus de problèmes, tout spécialement pour les malades chroniques et en cas d'urgence. La qualité ne serait en aucun cas améliorée. «Les caisses maladies, elles, voient leur pouvoir augmenter» lançait-elle à titre d'avertissement. Elles perdraient à l'avenir beaucoup de temps à conclure des contrats individuels avec chacun des médecins. «Les économies potentielles, pour autant qu'il y en ait, seraient absorbées par l'administration», concluait Mme Kessler.

Oggier, qui doit être admiré pour son courage, dont les tirades n'avaient pas été modérées par la présence de nombreux médecins dans la salle, s'adressa à Mme Kessler sur un ton violent: «Madame Kessler parle ainsi parce qu'elle est l'épouse d'un médecin et parce que ses enfants étudient la médecine», cherchant ainsi à ridiculiser les affirmations de la représentante des patients.

## Slogans à la mode

Jacques de Haller, président de la FMH, qui maîtrise parfaitement l'allemand, a curieusement choisi de débattre à Zurich en français. Il souligna que les médecins ne sont protégés de l'arbitraire des caisses que si l'obligation de contracter est maintenue. Il insista également sur le fait que les fournisseurs de prestations doivent se manifester dans le cadre des débats politiques. En ce qui concerne précisément les critères de qualité, la FMH devrait se montrer plus active. Un final et une formation post-graduée de deux ans ne suffisent plus, à l'avenir, pour avoir le droit de travailler à la charge des assurances sociales. Mais de Haller lança un avertissement au sujet des solutions toutes prêtes ou des slogans à la mode comme «réseaux». Ces derniers – sous d'autres dénominations – sont de toute façon déjà appliqués formellement ou informellement par les fournisseurs de prestations.



Willy Oggier, économiste de la santé et Jacques de Haller, président de la FMH

Foto: Beat Müller, Zurich

Manifestation de formation continue

### «Critères d'économie au cabinet médical – loi, économie de la santé, assurance maladie et médecin»

7 avril 2005

18 h 30 jusqu'à env. 20 h 30

Kultur-Casino de Berne,  
Herrengasse 25, 3011 Berne  
dans la Burgerratssaal

#### Participants:

Mme la conseillère aux états **Simonetta Sommaruga** présidente de la Fondation suisse des consommateurs

Dr **Willy Oggier**, économiste de la santé, Zurich

M. **Roland Amstutz**, responsable du centre de compétence procédures d'économie, santésuisse

Dr **Jürg Schlup**, président de la Société des médecins du canton de Berne

La manifestation est placée sous le patronage de la Société des médecins du canton de Berne avec le soutien de Sandoz Pharmaceuticals SA, elle est reconnue comme formation continue.

(Une confirmation de participation sera remise par le secrétariat de la manifestation).

Hier Inserat Ärztekasse  
wie D



## Le progrès en médecine au cours de 60 dernières années

Reproduction de l'exposé du Prof. Marco Mumenthaler, ancien professeur ordinaire de neurologie, présenté le 11.11.04 à l'occasion de la Journée des médecins bernois

Chères consoeurs, chers confrères,  
Mesdames, Messieurs,

Si vous vous attendiez à écouter maintenant un savant exposé médico-historique, je vais vous décevoir. Tout d'abord, je ne suis pas un spécialiste de l'histoire de la médecine et, ensuite, il me semble plus pertinent de parler des 60 années d'évolution de la médecine que j'ai parcourues, comme étudiant, assistant, universitaire engagé dans l'enseignement et la recherche et, aujourd'hui encore, neurologue praticien. Je voudrais aujourd'hui me consacrer essentiellement à cette époque. Si parfois j'évoque ici ou là des faits plus anciens, cela reste une exception.

Après ces remarques préliminaires, passons à notre sujet. Ainsi que vous avez pu le lire, mon exposé porte le titre de «Le progrès médical au cours des 50 dernières années», je voudrais le compléter et parler des 60 dernières années. Le titre avait été choisi par les organisateurs de la manifestation de façon neutre et non contraignante. Permettez-moi, pour commencer, d'examiner de façon critique la notion de progrès.

Insistons tout d'abord sur le fait que les éventuels progrès ne sont pas des réalisations propres à la seule médecine ou dues aux seuls médecins. La médecine ne se développe pas indépendamment de l'évolution dans les domaines de la technique et de la société en général. C'est pourquoi le titre devrait être quelque peu modifié, il faudrait parler des

### Progrès au cours des 60 dernières années et leurs répercussions sur la médecine.

Parlons d'abord de la médecine et du reste du monde. La médecine est une partie de la société. Elle ne peut se développer qu'en s'appuyant sur les progrès de la science et de la technologie en général, en parallèle à ceux-ci et en appliquant leurs avancées. De plus, elle participe à leurs préoccupations éthiques et morales et aux mouvances et tendances qui en résultent au niveau de la société. Une évaluation critique des progrès de la médecine ne peut par conséquent pas être faite sans tenir compte de l'évolution de la technique et de l'attitude de la société.

Dans le domaine de la médecine, la notion de progrès est associée à celle d'espoir, et de fierté pour ceux qui la pratiquent. Pour le public, elle s'accompagne également d'une certaine incrédulité et, de plus en plus souvent, d'une méfiance évidente. Nous associons comme allant de soi la notion de progrès à celle d'amélioration. Mais ce n'est nullement le cas. Le progrès signifie en premier lieu un mouvement en avant, le renoncement à ce qui était et un déplacement vers ce qui sera, un éloignement pas à pas de l'ancien. Ainsi, tout abandon de l'ancien, devient un progrès. Est-ce que cela correspond chaque fois à une amélioration? Un changement, oui, mais cela ne dit encore rien de sa qualité. Ensuite, en fonction de quelle échelle juger de la qualité? En mettant sur le même plan l'avancée irrévocable du temps et la notion d'augmentation de valeur, on renonce en fait au choix d'une échelle pour évaluer le changement. Ce qui existe aujourd'hui, le pas que nous avons fait d'hier à aujourd'hui, porte en soi déjà la dépréciation de ce qui existait hier, pour la raison que demain nous serons encore plus loin qu'aujourd'hui.

Ne nous perdons pas dans des considérations philosophiques et un vain ergotage. Passons à quelque chose de concret et à la médecine considérée comme un tout.

Les maladies infectieuses, dans la première moitié du siècle précédent, étaient très souvent mortelles. Dans la quatrième décennie du siècle dernier – alors que je commençais mes études de médecine, il y a maintenant 60 ans – environ 30% des plus jeunes et 50% des personnes âgées mouraient encore des suites d'une pneumonie. Les sulfamides ne furent introduits à **titre thérapeutique** qu'en 1939. Qui parmi vous se rappelle encore le Cibazol? Les sulfamides agissaient essentiellement contre les coques, notamment les pneumocoques. C'est ainsi que la méningite, qui auparavant se terminait pour ainsi dire toujours fatalement, put être soignée. On peut, sans doute aucun, considérer que l'utilisation de ce médicament a constitué un progrès.

Il ne fait par contre aucun doute que d'autres évolutions, qui ne relèvent en rien de la médecine, furent considérées à tort comme relevant de progrès de la médecine. Nous pouvons illustrer ceci à l'exemple

de la tuberculose. Il y a à peu près 100 ans, en Suisse, environ 9000 personnes mouraient chaque année de tuberculose, ce qui représentait 15% de toutes les causes de décès. De nos jours, plus aucun être humain, né dans notre pays, ne meurt de tuberculose. En 1812, dans la ville de New York, le taux de mortalité dû à la tuberculose représentait 700 cas pour 10'000 habitants. Robert Koch a découvert le bacille tuberculeux en 1882. A cette époque déjà, la mortalité en ville de New York était passée de 700 à 370 par 10'000, elle avait donc diminué d'environ 50%. Lorsque, en 1910, fut inauguré le premier sanatorium, elle ne représentait plus que 180, donc 25% et, avant que, à la fin de la Deuxième Guerre mondiale, le premier médicament efficace, l'acide para-amino-salicylique (PAS) ne soit utilisé, elle avait chuté de 700 auparavant à plus que 48 pour 10'000 personnes. Le recul de plus de 90% de la mortalité due à la tuberculose n'est donc pas à mettre au bénéfice de la médecine mais est dû à des causes fort différentes: l'amélioration des conditions économiques a permis que les habitations offrent plus d'espace et que les familles ne se trouvent plus à cinq ou même plus dans une seule pièce. L'amélioration des conditions d'hygiène, une propreté plus poussée, en hiver, des locaux mieux chauffés et d'autres modifications des conditions de vie, de nature purement économique, furent les causes principales de la réduction de la mortalité due à la tuberculose! C'est un fait que les tuberculostatiques permirent ultérieurement la guérison de forme auparavant mortelles de tuberculose comme, par exemple, la méningite tuberculeuse.

J'ai évoqué jusqu'à maintenant la médecine et son évolution en général, sans considérer plus particulièrement mon domaine spécialisé, celui de la neurologie. Permettez-moi maintenant de passer aux **aspects diagnostiques** qui me touchent plus particulièrement en ma qualité de neurologue. Un domaine auquel j'ai voué déjà très tôt un grand intérêt est celui des lésions des nerfs périphériques. Lorsque, à la fin de mes études de médecine et après mes premières années d'assistant, nous examinions, en neurologie, des patients présentant des lésions des nerfs périphériques, nous ne disposions, à côté d'un examen clinique minutieux, comme **méthode d'examen électrophysiologique**, que de la stimulation avec des courants galvaniques ou faradiques. Nous décrivions la nature des contractions provoquées et tirions des conclusions quant à l'importance de la dénervation, resp. de la réinnervation. L'électromyographie et l'électroneu-

rographie ne furent introduites en Suisse, sous forme myographie à l'aiguille, qu'au milieu des années 50, l'électroneurographie même un peu plus tardivement. Je me souviens comment cela nous permit, dans le cas d'une nombreuse famille que notre patron de neurologie de l'époque avait qualifiée de forme dominante, concernant la ceinture pelvienne, de dystrophie musculaire progressive, de la décrire dorénavant comme amyotrophie spinale du type Kugelberg Welander. Un autre type d'examen électrophysiologique, l'électrophencéphalographie, découverte à Léna par Hans Berger, ne fut introduit que fort lentement en clinique. Rudolf Hess, le père du Prof Christian Hess, fut celui qui l'introduisit à l'hôpital universitaire de Zurich, également au début des années 50, exactement au moment où je commençais ma formation spécialisée. A Zurich, la plus grande ville de Suisse, il n'existait qu'un seul appareil, protégé par une cage de Faraday. De façon très significative, l'appareil se trouvait en neurochirurgie et non en neurologie. Pour la raison, qu'à cette époque, l'EEG était surtout un important instrument de dépistage dans les cas de suspicion d'une masse organique intracrânienne. Par ce moyen, nous recherchions des tumeurs, un hématome sous-dural ou une encéphalite.

Au début de ma formation post-graduée, les **procédés d'imagerie** destinés au diagnostic se limitaient aux radiographies conventionnelles et, dès la fin des années 40, pour le diagnostic cérébral plus spécifique, à l'encéphalographie gazeuse et à l'artériographie, ainsi que pour le diagnostic médullaire à la myélographie avec produit de contraste. Ces examens étaient pratiqués en majorité par le neurochirurgien et ne furent que lentement pris en charge par la division de radiologie. Nous pratiquions l'encéphalographie gazeuse en insufflant de l'air par ponction sous-occipitale. Cette technique, très douloureuse pour le patient, était pratiquée en position assise, en règle générale chez des patients hospitalisés. Lorsque par manque de place elle devait exceptionnellement être pratiquée ambulatoirement, un infirmier accompagnait le patient vers un taxi avec le haricot dans lequel il pouvait vomir. Signalons en passant que la mise en évidence du système ventriculaire n'était que partielle et que, par exemple, le 4ème ventricule, l'aqueduc et souvent le 3ème ventricule également ne pouvaient être mis en évidence que partiellement ou parfois même pas du tout.

L'artériographie des vaisseaux cérébraux se pratiquait par la ponction directe de ces

derniers. Alors que la ponction de la carotide était relativement aisée et que même le soussigné la pratiqua, la mise en évidence de l'artère vertébrale par ponction directe à la hauteur de la colonne cervicale était réservée aux seuls artistes parmi les neurochirurgiens dotés d'une dextérité suffisante. Le professeur Yasargil était l'un de ces artistes. Au début de ma formation, la myélographie n'était pratiquée qu'avec des produits de contraste huileux, ce qui a conduit plus tard à de graves affections de l'arachnoïde, ayant pour conséquence des adhérences de racines nerveuses caudales et des parésies. Au début des années 50, on se mit à utiliser les produits de contraste aqueux, ce qui permit non seulement la mise en évidence de lésions envahissantes avec compression médullaire, mais également celle de hernies discales.

Parlons des hernies discales. Alors que de nos jours la douleur au niveau des membres inférieurs irradiant de proximal à distal, la sciatique, est connue de chacun d'entre nous comme étant une conséquence d'une hernie d'un disque intervertébral lombaire, ce savoir est loin d'être très ancien. Jusque vers la moitié du 18<sup>ème</sup> siècle, toute douleur de la région des hanches était appelée sciatique, y compris les affections de l'articulation de la hanche. Domenico Cotugno fut le premier qui, en 1764, distingua l'ischialgia antica de l'ischialgia postica, notre sciatique actuelle. On continua cependant d'attribuer la cause du mal à des affections de la hanche. Ce n'est qu'en 1936 que les américains Mixer et Ayer purent démontrer que des herniations de tissu intervertébral dans la région lombaire pouvaient provoquer des sciatiques unilatérales et que les neurochirurgiens Love et Walsh de la clinique Mayo purent le confirmer par leurs constatations opératoires. Au début des années 40 seulement, lorsque je commençais mes études de médecine, on a posé en Europe, dans le cas de douleurs lombaires, l'indication à l'exploration chirurgicale des disques intervertébraux.

Pendant près de 90 ans, la nouvelle technique découverte par le physicien Wilhelm Conrad Röntgen – pour laquelle il reçut en 1901 le Prix Nobel – fut la seule permettant la représentation du squelette osseux, des poumons, puis, par l'utilisation de produits de contraste, celle également d'autres organes. Au début, les effets secondaires n'étaient pas connus. J'ai encore soigné des confrères qui moururent d'un cancer dû aux rayons. D'autres perfectionnements de cette technique, par exemple la tomographie, firent leur appa-

rition et, finalement, un grand progrès fut réalisé, dans les années 70 du siècle dernier, par l'introduction de la tomographie computerisée, qui emploie encore des rayons. Cela permit également la mise en évidence des parties molles. Un autre progrès décisif fut celui, qui ne se basait plus sur la technique radiologique, de la tomographie par résonance des spins ou de la résonance magnétique, la RMN. Par son utilisation, il fut possible de mettre en évidence de façon détaillée des structures intracrâniennes, comme par exemple également les nerfs crâniens et les vaisseaux. Finalement le SPECT avec des substances marquées permit l'observation de fonctions cérébrales.

D'autres techniques, moins exigeantes et coûteuses, sont aussi à disposition de nos jours. Le diagnostic par ultrasons et l'échographie permettent la représentation détaillée de nombre de structures des parties molles et ceci sans utilisation de rayons. Le diagnostic par ultrasonographie permet par exemple de juger les conditions de flux dans les vaisseaux et la structure de ces derniers. La réflexion d'un ultrason sur des couches tissulaires présentant une résistance acoustique d'intensité différente a permis la création d'une image en deux dimensions. L'échographie permet aujourd'hui de montrer des modifications au niveau de nerfs périphériques se situant en profondeur, comme par exemple un gonflement par un schwannome ou une compression dans le canal carpien. Grâce à l'utilisation de l'effet Doppler, décrit en 1843 par Christian Doppler, on peut étudier l'écoulement du sang dans un vaisseau, dans les vaisseaux cérébraux également et ainsi examiner de façon non invasive des réductions de diamètre de vaisseaux, des inversions du sens d'écoulement ou des circulations collatérales.

Ce ne sont pas seulement ces méthodes utiles au diagnostic et devenues indispensables de nos jours qui ont été mises à disposition au cours des 50 à 60 années que j'évoque. Dans le **domaine thérapeutique** la médecine a aussi bénéficié des progrès considérables de la pharmacologie et de la biochimie. C'est peut-être maintenant le moment d'insister sur le fait que les découvertes et le progrès ne résultent pas du hasard. Le mode de penser et d'agir analytique-déductif de la science moderne a permis que, sur la base des connaissances acquises au sujet des mécanismes fondamentaux et des anomalies, on tire des conclusions logiques sur la façon de les corriger et qu'on les évalue systématiquement. Ce n'est donc pas une médecine du

hasard ou de l'expérience, mais une façon rigoureusement scientifique de procéder, qui a conduit à ces progrès. Contentons nous d'en évoquer quelques uns parmi de nombreux exemples. Au cours de mes études, un patient avec une méningite purulente ou une autre infection bactérienne grave était un candidat à la mort. A cette époque, en 1945, en Suisse, il n'y avait pas d'antibiotiques à disposition. Ils avaient été découverts peu de temps auparavant par Sir Alexander Fleming et mis, dans un premier temps, à disposition des troupes alliées de la Deuxième Guerre mondiale.

Ce bactériologiste anglais, très observateur, avait constaté par hasard que dans une boîte de Petri contenant une culture bactérienne contaminée par des champignons, on ne voyait pas de croissance bactérienne autour des cultures de champignons. Plutôt que de jeter à la poubelle les boîtes de Petri contaminées et de hausser les épaules, c'est dans sa tête que les choses se passèrent – un autre hasard – et Sir Alexander se demanda quelle pouvait bien être la raison pour laquelle les bactéries ne poussaient pas autour de l'envahissement par les champignons. Il étudia la question et découvrit l'action bactéricide d'un produit du métabolisme de la culture de champignons et, par la même occasion, la pénicilline.

Un ancien membre des troupes sanitaires britanniques, stationné dans un hôpital militaire à Bangalore, en Inde du Sud, a raconté il y a peu de façon très impressionnante sa première expérience avec le nouveau médicament au cours de l'année de guerre 1943, il y a donc 61 ans. Un biochimiste avait mis en culture au laboratoire de bactériologie de la ville un champignon dont il avait vérifié l'efficacité contre les streptocoques. Un jeune aspirant britannique avait été conduit à l'hôpital moribond à la suite d'une thrombose du sinus caverneux. Le médecin lui injecta dans le muscle – quand bien même il n'y avait aucune indication evidence-based – avec une très grande aiguille la culture de champignon à l'aspect de porridge. Une seule dose suffit pour sauver la vie de l'officier (Morris J.N.: Recalling the miracle that was penicillin: two memorable patients. *J.R.Soc.Med.* 97, 189–190 (2004).

Au début de mes études de médecine, on ne connaissait donc pas chez nous, ainsi que je l'ai dit, les antibiotiques et leur premier représentant, la pénicilline. Un patient avec une septicémie ou une autre grave infection bactérienne était en règle générale un candidat à la mort. Je me souviens

comment le Prof Riva parla du premier cas de septicémie qu'il soigna avec succès, dans la clinique Hadorn, avec une dose considérée aujourd'hui comme ridicule de 100'000 U.

Permettez moi d'évoquer encore un autre exemple, qui a lui aussi changé complètement l'image d'une des maladies neurologiques les plus fréquentes, il s'agit de la maladie de Parkinson. Il y a encore 40 ans, la maladie de Parkinson ne pouvait pas être soignée. Pendant mon temps d'assistant, ces patients étaient rapidement condamnés à l'invalidité. C'est alors qu'un biochimiste constata que dans le cerveau de patients morts du Parkinson, les ganglions de la base contenaient beaucoup moins de dopamine que le cerveau de patients décédés sans symptômes de Parkinson. Les autrichiens W. Birkmayer, en qualité de médecin, et O. Hornykiewicz, en qualité de biochimiste, se demandèrent comment il serait possible d'apporter au cerveau de malades du Parkinson cette substance, qui apparemment leur fait défaut. La tentative d'administrer aux malades de la dopamine se révéla sans effet puisque la dopamine d'atteignait pas le cerveau. Logiquement ils essayèrent ensuite, en 1962, de donner aux patients un précurseur de la dopamine, c'est-à-dire la L-Dopa qui, devait être dégradée en dopamine dans le cerveau. Ce fut un succès. Mais il fallait de telles quantités de L-Dopa pour atteindre, dans le cerveau, la concentration nécessaire, que les effets secondaires au niveau de l'organisme étaient rédhibitoires. C'est alors que les chercheurs ajoutèrent à la L-dopa un inhibiteur de la décarboxylation, qui ne passait pas la barrière hémato-encéphalique et qui empêchait la dégradation prématurée de la L-dopa dans l'organisme. Dès lors, de petites doses de L-dopa, dépourvues de graves effets secondaires et qui n'étaient pas dégradées dans l'organismes, suffirent pour obtenir dans le cerveau les concentrations exigées. Plus tard, une autre contribution de la biochimie rationnelle, permit une optimisation du traitement du Parkinson. Etant donné qu'une partie de la dopamine est dégradée par la catéchol-O-méthyltransférase, l'effet thérapeutique de la L-dopa fut renforcée par l'administration d'un inhibiteur de la COMT. Même si la L-dopa reste le médicament anti-parkinsonien le plus important, au cours des 10 dernières années les antagonistes de la dopamine sont également apparus, qui occupent une place de plus en plus importante dans le traitement de cette grave maladie.

Laissez-moi citer encore une troisième maladie qui, au début des 60 années que j'évoque, signifiait un arrêt de mort et que, de nos jours, nous pouvons traiter avec succès dans environ 90% des cas, la myasthénie. Cette grave maladie était déjà connue du britannique Thomas Willis en 1672. En 1879, Wilhelm Erb décrivit pour la première fois en détail le tableau clinique de cette maladie. Il avait été impressionné par les troubles de la déglutition et de la parole et parlait d'un «probable nouveau complexe paralytique bulbaire». Après qu'en 1895 Jolly eut constaté une contraction musculaire allant en diminution après stimulation galvanique directe, il donna à cette maladie le nom de *myasthenia gravis pseudoparalytica*. Au début du 20<sup>ème</sup> siècle, on constata la relation avec un thymome ou une hypertrophie thymique et en 1934 Mary Walker constata l'effet bénéfique de la physostigmine. En 1960, Simpson constata la fréquente association avec d'autres maladies auto-immunes et postula qu'une atteinte immunologique des plaques motrices était la cause de la myasthénie. Jusqu'alors on avait utilisé les inhibiteurs de la cholinestérase pour le traitement, sans d'abord aller à la source de l'affection. Tenant compte de la relation postulée avec une maladie auto-immune, le traitement par la cortisone semblait concevable. A ce sujet, j'ai un souvenir très précis. Peu avant qu'en 1960 je me rende chez Milton Shy au NIH, pour une année de perfectionnement dans le domaine des maladies musculaires, Shy avait, se fondant sur les réflexions esquissées plus haut, traité un patient avec la cortisone. On n'était pas du tout préparé à l'aggravation qui apparut et il ne fut pas possible de faire face à l'insuffisance pulmonaire progressive du patient. Le patient mourut et Shy déclara qu'aucune autre tentative de traitement d'un patient myasthénique avec la cortisone ne pourrait se faire, «not over my dead body». C'est ce qui empêcha pendant quelques années d'autres essais avec ce traitement efficace. Ce n'est que plus tard que l'on poussa encore les recherches du mal et que l'on put, grâce à la thymectomie, qui se fonde sur une réflexion scientifique logique, trouver le traitement efficace chez la plupart des patients. Lorsque Edward C. Kendall utilisa la cortisone chez l'homme pour le traitement de maladies rhumatismales et qu'il obtint pour cela le Prix Nobel en 1950, le destin d'un très grand nombre de malades souffrant de rhumatisme aigu ou subaigu ou d'asthme fut complètement changé. Il sauva la vie de malades avec une insuffisance surrénale, présentant un choc anaphylactique, un œdème cérébral ou une

affection nommée maladie du collagène. L'artérite à cellules géantes peut être, elle aussi, traitée avec succès par ce moyen. Vous connaissez tous les succès thérapeutiques dans le cas de la polymyalgie rhumatismale. Pour le neurologue, l'ophtalmologue, c'est la localisation crânienne, dans le sens d'une artérite crânienne, qui en constitue la manifestation la plus importante. Le risque de cécité en cas de mise en route retardée d'un traitement à la cortisone est aujourd'hui bien connu de nous tous. Pour ma part, je me rappelle une publication en collaboration avec mon ami récemment décédé, l'interniste Rolf Hoi-gné, au début des années 60. Dans la catamnèse d'une population d'environ 50 patients ayant présenté une artérite crânienne, nous avons trouvé des troubles oculaires dans environ 60% des cas, allant jusqu'à une cécité bilatérale dans 36 %. Grâce à l'utilisation de la cortisone – mais aussi grâce à une meilleure formation post-graduée des médecins – cela ne devrait se produire que très rarement de nos jours.

N'oublions pas la contribution importante des **techniques chirurgicales**. J'ai vécu cela de façon très impressionnante en relation avec l'évolution du traitement chirurgical de certaines maladies cérébrales et de lésions des nerfs périphériques. L'utilisation du microscope pour le traitement de patients neurochirurgicaux a permis des choses, qu'en son temps, il y 50 ans, lorsque je passais une année chez le neurochirurgien Hugo Krayenbühl, on considérait comme impensables. La neurochirurgie microscopique permet de traiter avec succès des angiomes artério-veineux, la suppression d'anévrismes des artères de la base, la dérivation d'une hydrocéphalie, le traitement avec succès d'épilepsies résistant à tous les traitements et le traitement de plusieurs maladies extrapyramidales, telles que le Parkinson ou les tremblements. La chirurgie nerveuse périphérique permet de guérir des lésions nerveuses au moyen d'une autotransplantation ou, pour le moins, d'améliorer la situation de manière significative. Les neurochirurgiens ont montré que, grâce à des interventions stéréotactiques et une stimulation cérébrale, on peut améliorer les symptômes dans le cas de la maladie de Parkinson comme dans celui des tremblements.

#### Qu'en est-il des **maladies psychiatriques**?

Je me rappelle mon temps d'assistance à la clinique psychiatrique de Münsingen. Les seuls traitements à disposition pour soigner les dépressions endogènes graves étaient l'électrochoc et le choc au cardiazol. A la suite de la crise épileptique pro-

voquée, les patients étaient libérés pour un certain temps de leur dépression. Pour les malades mentaux agités, nous ne disposions que d'administrations généreuses de morphine avec scopolamine. De nos jours, la situation dans les cliniques psychiatriques et, surtout, au cabinet, a complètement changé grâce à l'utilisation des antidépresseurs et des antipsychotiques.

Un des plus grands progrès n'a pas été le résultat du traitement de certaines maladies en particulier, mais celui de la possibilité d'éviter leur apparition grâce aux **vaccins**. La majorité d'entre vous ne devrait jamais avoir été confronté à un cas de paralysie infantile, de poliomyélite, dans le cadre de sa pratique de cabinet. J'ai, en ce qui me concerne, vu au cours de mes études de très nombreux cas nouveaux de poliomyélite, et, plus tard, à l'occasion de missions à l'étranger avec la Croix-Rouge dans des pays en développement, il n'y a de cela que quelques années, vu des victimes de cette grave maladie virale. Grâce à la vaccination selon Salk et plus tard au vaccin oral selon Sabin, cette maladie a été éliminée de notre pays. Au cours des années 60, il n'y eut, en Suisse, que 6 cas, uniquement chez des enfants qui – pour des raisons idéologiques – n'avaient pas reçu de vaccination.

Une autre évolution a profondément modifié le visage de la médecine, c'est la **génétique**. La génétique moderne a fait passer la connaissance des maladies héréditaires d'un niveau général à un niveau quantifiable et surtout potentiellement influençable. Alors qu'au cours des années 50 nous ne savions que d'une façon toute générale que la dystrophie musculaire du type Curschmann-Steinert était une affection héréditaire de type autosomique dominant, nous savons aujourd'hui qu'il s'agit d'une maladie liée à un gène du chromosome 19 située au niveau 19Q13.3. Celui-ci code la myotonin protein kinase (MTPK). Le défaut génétique est l'expansion (répétition) d'un triplet CTG. Ce triplet, répété de 5–30 fois chez le sujet sain, est répété beaucoup plus souvent chez le sujet malade. Plus la longueur de l'expansion est grande, plus la maladie se manifeste précocement. Dans le cas de la dystrophie musculaire myotonique de Steinert, les expansions sont particulièrement longues, plus de 750 répétitions du triplet CTG.

Nous savons également que pour la plus fréquente des myopathies, la dystrophie musculaire de Duchenne, le gène se trouve sur le chromosome X, sur le locus XP21.2. Il code la production de la dystro-

phine, qui est un des constituants de la membrane de la fibre musculaire. Elle manque totalement chez les enfants atteints de dystrophie de Duchenne, dans la forme de Becker, à évolution moins rapide, elle est encore partiellement présente.

Ce que j'ai présenté jusqu'à maintenant relevait de progrès en relation avec des méthodes diagnostiques améliorées, des traitements médicamenteux ou chirurgicaux couronnés de succès.

Comme tout ce qui se passe sur cette terre, le progrès exerce les effets les plus variés sur la médecine. Pour un malade ou un accidenté en particulier, le bénéfice est sans conteste évident et ne peut être assez souligné. Si je passe maintenant à d'autres aspects, ce n'est pas une manifestation du pessimisme des personnes âgées ou de l'attitude sceptique d'un grand-père devant le progrès. Je tente seulement de considérer le **progrès dans le domaine médical en relation avec l'évolution de l'homme et de notre société**. Dans la suite, je vous fais part d'un certain nombre de réflexions à ce sujet.

Le nombre des maladies et blessures, qui étaient auparavant mortelles et qui peuvent être traitées, va en augmentant. Dans de nombreux cas il y a guérison, parfois seulement amélioration. Nombre de ceux qui étaient promis à la mort peuvent survivre. Par la force des choses, cela entraîne un plus grand nombre de handicapés. Et nous devons évidemment nous en occuper, ce qui mène jusqu'à l'aménagement de villes entières en faveur des handicapés, l'adaptation de l'architecture et des moyens de transport.

Les mesures de réanimation et surtout les moyens mis en œuvre par la médecine intensive permettent des formes de survie qui ne peuvent être évaluées selon les critères traditionnels. Il s'agit donc ici du «coma dépassé», de la survie végétative sans possibilité de fonction psychique supérieure ou de communication.

Les progrès réalisés dans le cadre des soins médicaux comprennent également le remplacement d'organes malades au moyen de transplants capables de fonctionner. Cela augmente également l'espérance de vie de l'individu. D'autres acquisitions de la médecine curative y contribuent encore plus. La conséquence de tout cela c'est qu'en l'année 2030 environ 30% de la population de notre pays sera âgée de plus de 60 ans. En même temps que cette évolution, on assiste dans les pays industriels à un recul des naissances. En Suisse, avec 1,4 naissances par femme, on se trouve nettement en-dessous du niveau mini-

mum indispensable de 2,7 naissances par femme, permettant la stabilisation de la population. Dans peu de temps, une minorité de jeunes capables de travailler va se trouver en présence d'une majorité de personnes âgées ayant besoin d'assistance. Nos politiciens peinent à résoudre ce défi à long terme pour l'organisation de notre prévoyance vieillesse. Une conséquence du changement dans la pyramide des âges, qui sera encore plus difficile à aborder, sera constituée par les changements de nature psychologique. Les parasites âgés de plus en plus nombreux dévorent le produit du travail des jeunes moins nombreux. La médecine est également responsable de ce «progrès» la.

Le rôle de la médecine a aussi complètement changé dans le cas de nombreuses maladies **au début de la vie**. Laissez-moi illustrer ceci à l'exemple des enfants souffrant de spina bifida. Il y a 50 ans encore, le médecin ne pouvait qu'être un consolateur pour les parents d'un enfant naissant avec une spina bifida. Vers les années 60 du siècle dernier – et plus tard avec des techniques allant en se perfectionnant – des interventions réparatrices furent possibles et pratiquées largement chez le nouveau-né. Le «sauvetage» rendu possible par le progrès de ces nouveau-nés avec spina bifida ouverte, voués sinon à la mort, a pour conséquence en Suisse des coûts ultérieurs pouvant aller jusqu'à deux millions de francs, sans parler des souffrances pour ceux qui sont concernés.

On a assisté toutefois à un progrès supplémentaire, celui des **examens de dépistage**: l'alpha-fétoprotéine présente dans le sang et le liquide amniotique pouvait être mesurée. Il convient cependant de dire que l'examen de 2000 grossesses pour trouver un cas positif revenait à quelques 100'000 francs. On a pu prendre connaissances des problèmes d'organisation quantitatifs et pratiques liés à cette mesure à l'exemple de la Grande-Bretagne (Ferguson-Smith M.A., May H.M., Vince Y.D. et al.: Avoidance of encephalic and spina bifida births by maternal serum-alpha-fetoprotein screening. *Lancet* I, 1330–1333 [1978]). Il fut nécessaire d'abord de procéder au dépistage de 11'585 femmes enceintes pendant deux ans pour trouver chez 1,7% d'entre elles des valeurs augmentées de l'alpha-fétoprotéine. Des examens complémentaires permirent d'éliminer de ce groupe les 75,2% de faux positifs, de telle sorte que finalement chez 0,63% des femmes enceintes, au total chez 73 femmes, il fut procédé à une amniocentèse. Dans 46,6% des amniocentèses, des

résultats pathologiques furent constatés. 34 des 11'585 femmes ayant subi le dépistage auraient par conséquent mis au monde un nouveau-né avec une malformation ouverte du tube neural. Simple remarque: une telle campagne n'a de sens que si, dans le cas d'un résultat positif des tests, on se décide de pratiquer une interruption de grossesse entre la 17<sup>ème</sup> et la 20<sup>ème</sup> semaine de gestation.

Le **diagnostic prénatal** parfait, rendu possible par les progrès de la génétique, permet notamment d'identifier un fœtus atteint d'une maladie génétique et de le refuser au moyen d'un avortement légal. C'est également un progrès de la médecine. Je n'oublierai pourtant jamais ce jour où, à l'occasion d'une réunion d'adolescents atteints de myopathie, ces derniers manifestèrent leur indignation en affirmant que nous, les personnes en bonne santé, nous permettions de décider que leur vie ne valait pas la peine d'être vécue.

Les tentatives de résoudre ces problèmes en faisant intervenir des philosophes, des éthiciens et des théologiens sont le reflet de notre incapacité. Le droit n'est pas moins incapable devant la réalité, les habitudes et leurs conséquences au niveau de la société et la façon dont elles sont acceptées, il est toujours dépassé et finit par légaliser les dépassements de limites.

Permettez moi enfin, en ma qualité d'ancien enseignant universitaire, un petit détour par l'académie. Quelles furent les répercussions du progrès **sur la formation pré- et postgraduée des jeunes médecins?** Avec le soutien des médias électroniques, on met de plus en plus de connaissances à disposition. Grâce à la mise en évidence par des moyens raffinés de substances dans les liquides organique et aux images des organes par la résonance magnétique, il est possible de connaître plus de détails concernant des processus biochimiques et des modifications morphologique. Il s'agit également d'un progrès. Le nombre des données et des aberrations par rapport à la norme relevées chez un malade ou une personne saine – (Jules Romains affirmait en effet: «Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent») – a augmenté de façon exponentielle. C'est d'autant plus difficile de les interpréter et de leur attribuer une valeur. On souhaiterait un retour à l'essentiel. Devant le grand nombre des arbres, le jeune médecin ne voit plus la forêt. Les innombrables méthodes d'examen poussent à l'accumulation de données sans esprit critique. L'augmentation des coûts de la

santé en est l'une des conséquences. Mais il en est une autre, encore plus grave. Les réflexions concernant le diagnostic différentiel s'étendent et deviennent un but en soi. On va vers toujours plus d'exams pour mieux apprécier la situation. On fait de plus en plus de constations dues au hasard et on les étudie. Des interprétations possibles ou se contredisant l'une avec l'autre de ces découvertes dues au hasard finissent par remplacer le diagnostic qui devrait seul découler du tableau clinique. De plus en plus fréquemment, dans les rapports de sortie des cliniques, de longues listes de diagnostics et des diagnostics différentiels variés et leurs arguments pour ou contre remplacent un diagnostic principal, qui est finalement essentiel pour le traitement du malade, ce qui est en définitive notre tâche. C'est ainsi que la pensée logique-déductive, essentielle pour le médecin, est oubliée et remplacée par une mentalité de philatéliste sans esprit critique. Il ne s'agit sans conteste pas d'un progrès.

J'espère, Mesdames et Messieurs, que mon exposé n'a pas éveillé une fausse impression. Je ne suis d'aucune manière de l'avis que les changements par lesquels est passée la médecine ne sont pas de vrais progrès. Pour les malades notamment, au cours des 60 années écoulées beaucoup de choses se sont améliorées. Je suis cependant de l'avis que nous ne devons pas considérer sans autre toute nouveauté comme un progrès et de nous extasier sans esprit critique devant le changement. Je voudrais, en terminant, résumer mes conclusions au sujet du changement de la façon suivante:

- Efforçons-nous de mettre en pratique avec un esprit critique les répercussions du progrès sur la médecine,
- de les mettre en pratique en tenant compte des aspects aussi variés que possible l'esprit humain,
- l'esprit humain dans toutes ses dimensions, celles concernant l'individu mais aussi celles concernant la politique et la vie en société,
- la société, qui fait partie de chacun d'entre nous, la société avec ses composantes psychologiques, éthiques et aussi économiques a également ses exigences et ses droits.

Ainsi dit et en nous fondant dans un tout nous pouvons affirmer tranquillement:

**VIVE LE PROGRES!**

*Prof. Marco Mumenthaler  
Witikonstr. 326, 8053 Zurich  
Tél./FAX 01 381 76 85  
Courriel mumenthaler33@bluewin.ch*



# Règlement de la commission paritaire cantonale (CPC)

(selon l'art. 19 du CA au contrat-cadre Tarmed)

*Remarque: en cas de doute, le texte en langue allemande fait foi.*

## I. Composition et organisation

### Art. 1

La commission paritaire cantonale (CPC) est composée de 6 membres ordinaires. Chacune des parties au contrat nomme la moitié d'entre eux.

Chaque partie nomme en plus au moins trois membres remplaçants, la Société des médecins en nomme un nombre suffisant pour qu'en cas de nécessité la compétence médicale spécialisée soit disponible dans les rangs de l'autorité chargée de juger.

### Art. 2

Les parties nomment à la présidence une personnalité neutre et indépendante. Avec l'accord du président, elles désignent également le secrétariat.

### Art. 3.

La CPC siège sous l'autorité du président et en présence de trois membres, resp. de trois membres remplaçants de chacune des parties. Le président et le secrétaire ont voix consultative.

### Art. 4

Refus de siéger / Récusation

Si un membre refuse de siéger ou qu'il est récusé, il est remplacé par la partie qui l'avait nommé.

Si le président refuse de siéger ou qu'il est récusé, il est remplacé par le vice-président.

Le vice-président est nommé pour un an dans les rangs des membres ordinaires de la CPC.

La vice-présidence passe, à tour de rôle, annuellement, d'une partie à l'autre.

La CPC décide elle-même au sujet d'une demande de récusation d'un des membres de la CPC ou du président, en l'absence de la personne dont la récusation est demandée.

L'exercice d'une activité professionnelle au profit d'une assurance maladie ou l'activité en qualité de médecin (homme ou femme) ne constituent pas un motif de récusation.

### Art. 5.

Le président convoque la CPC aussi souvent que l'exigent les affaires. Le secrétaire est chargé des travaux écrits, il envoie les décisions de la CPC et conserve les archives.

## II . Tâches

### Art. 6

La CPC est l'organe cantonal de médiation dans les cas selon l'art. 8 a à d.

### Art. 7

La CPC est l'instance de décision dans les cas selon l'art. 8e à j.

### Art. 8

Sous réserve de l'art. 19 al. 4 du CA, les tâches suivantes sont confiées à la CPC:

- a. Interprétation des contrats cantonaux et, le cas échéant, régionaux
  - b. Liquider les litiges entre médecins et assureurs.
  - c. Vérification de factures contestées.
  - d. Vérification de traitements médicaux selon les critères EAE (annexe 6 du CC)
  - e. Prononcer des sanctions (art. 18 du CA) contre certains médecins ou assureurs en cas de non-respect de la LAMal, de ses ordonnances, du CA, de ses annexes ou des contrats cantonaux et, le cas échéant, régionaux
  - f. Prodiguer des conseils.
  - g. Décision au sujet de l'exclusion de ce contrat ou du refus d'admission à la suite d'une demande de la part de médecins ou d'assureurs (art. 2 et 7 du CA)
  - h. Décision concernant des litiges au sujet d'une cession (art. 14 du CA)
  - i. Décision au sujet de la récusation d'un médecin conseil selon l'art. 17, al. 4 du CA
  - j. Décision au sujet de litiges concernant la finance d'admission et la participation au frais (art. 3 du CA et annexe A)
- Sur la base d'un accord écrit entre les parties, d'autres compétences peuvent être attribuées à la CPC.

## III. Légitimation et procédure

### Art. 9

Sont légitimés activement et passivement à une procédure devant la CPC:

- a. La Société des médecins du canton de Berne
- b. santésuisse Berne
- c. Les membres de la Société des médecins du canton de Berne

- d. Les médecins qui ont adhéré au CA, sans être membres de la Société des médecins du canton de Berne
- e. Les caisses maladie qui ont adhéré
- f. Les caisses maladie qui ont adhéré au CA, sans participer à santésuisse Berne

**Art. 10**

Les plaintes et les propositions doivent être adressées par écrit au secrétaire, elles doivent être fondées et accompagnées des moyens de preuve en trois exemplaires.

**Art. 11**

La plainte ou la proposition est adressée à la partie adverse avec indication du délai pour prise de position par écrit. Sur demande fondée le délai peut être prolongé.

En cas de litige, le président peut procéder à une séance de conciliation.

**Art. 12**

La commission prend sa recommandation sur la base des documents. Il peut être demandé un entretien de vive voix. Cet dernier est contraignant lorsque des sanctions selon l'art. 18 al. 1 du CA sont envisagées.

**Art. 13**

La CPC est liée par ses décisions, non par les demandes des parties.

**Art. 14**

La CPC prend ses décisions par consensus. Elles sont adressées par écrit et motivées aux parties.

**Art. 15**

Les décisions de la CPC sont contraignantes pour les parties si, dans les 30 jours après leur envoi, il n'y a pas eu d'opposition contre elles auprès de la CPC.

**Art. 16**

Si une des parties s'oppose à une décision de la CPC, cette opposition est communiquée par écrit aux parties par la CPC. Dans ce cas la voie par l'intermédiaire du tribunal d'arbitrage cantonal selon l'art. 89 de la LAMal reste ouverte aux parties.

**Art. 17**

Les parties peuvent demander l'envoi pour consultation des documents de la CPC.

**Art. 18**

Si aucune décision n'a pas été communiquée aux parties 4 mois après l'envoi de la plainte ou de la demande, celles-ci peuvent sans autre choisir la voie du tribunal cantonal d'arbitrage selon l'art. 89 de la LAMal.

**Art. 19**

La procédure devant la CPC est gratuite. Chacune des parties au contrat rétribue ses représentants. Les autres frais (rémunération du président, secrétariat, éventuels honoraires pour des experts ou dépenses de chancellerie) sont répartis par moitié entre les parties. Le secrétaire établit une facture annuelle pour ses dépenses.

Les frais pour demandes de preuves par les parties doivent être pris en charge par ces dernières et sont exigées d'elles sous forme d'avance par le secrétariat.

**Art. 20**

Résiliation

Ce contrat ne peut être résilié pour la première fois qu'à la fin du 18<sup>ème</sup> mois après l'entrée en vigueur de Tarmed. S'il n'a pas été résilié jusqu'à cette date, il peut être résilié au cours des six mois qui suivent pour la fin d'un mois de calendrier. Si après ce délai il n'y a pas eu de résiliation, une résiliation est possible au cours des années suivantes pour la fin de l'année concernée. Le délai de résiliation est de six mois dans tous les cas (art. 18 du CC en relation avec l'art. 20 du CA).

Si le CA est résilié, ce règlement est automatiquement considéré comme résilié.

La CPC reste compétente pour des procédures engagées devant la CPC avant le délai de résiliation.

**Art. 21**

Décision finale

Ce règlement entre en vigueur en même temps que le CA.

Berne, le

santésuisse Berne

Société des médecins du canton de Berne:

# Bestellung gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient»

Die Ärzteschaft ist die einzige grössere Gruppe in der schweizerischen Gesundheitspolitik, die kein Publikationsorgan hat, um ihre politische Haltung einer interessierten Öffentlichkeit mitzuteilen. Die gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient» soll die Sicht der Leistungserbringer in die öffentliche Debatte einbringen (siehe Artikel Seite 20).

Die politische Wirkung einer gesundheitspolitischen Zeitung ist umso grösser, je mehr Leserinnen und Leser die Ärzteschaft damit erreicht.

Ja, ich bestelle **kostenlos** weitere Exemplare von «Politik und Patient»

20       50       100

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stempel/Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte Talon ausfüllen und per Fax oder Post schicken an:

Ärztegesellschaft des Kantons Bern  
Presse- und Informationsdienst  
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

Pour les membres de langue française:  
Pour l'instant, cette publication n'existe qu'en  
langue allemande. Vous pouvez en commander  
des exemplaires dans cette langue.

# Fax: 031 310 20 82

Was wissen wir vom schweizerischen Gesundheitswesen? Das es gut ist. Dass es zu viele Spitalbetten gibt und zu viele Ärzte. Dass es immer kleiner wird. So teuer sogar, dass alle Politiker und alle Medien sagen, man könne die Krankenkassenprämien bald nicht mehr zahlen. Aus Meinungs-

Desinformation im Gesundheitswesen

unfragen wissen wir auch, dass wir nicht bereit sind, auf die guten Leistungen dieses Gesundheitswesens zu verzichten. Ist daran etwas falsch? Natürlich nicht. Wenn wir uns in Europa umsehen, so sehen wir, dass die Gesundheitsversorgung in allen Ländern im ungefähr gleichen Masse teuer und – die Schweiz ist also da kein Sonderfall. Wenn über die steigenden Krankenkassenprämien gebloggt wird, so wird meist verschwie-

gen, dass diese ganz wesentlich abwärts derhalb steigen, weil der Staat weniger Steuernge-der investiert. Die durchschnittliche Kas-senprämie lag heute bei etwa 250 Franken pro Monat oder 3000 Franken pro Jahr. Ver-

schwiegen wird auch, dass das Gesundheitswesen pro Kopf nicht etwa 2000, sondern über 7000 Franken pro Jahr kostet, wobei diese zusätzlichen gut 4000 Franken aus Steuergeldern bestre-let werden. Zu recht, sagt jeder Gesunde. In Gottes Namen, meint jeder Kranke.

## Politik + Patient

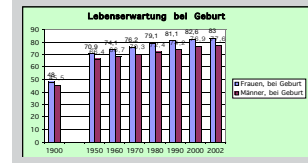
Nummer 1/05 1. Jahrgang Herausgeber: Verein Politik + Patient Postfach 3000 Bern 8  
unterstützt von der Ärztegesellschaft des Kantons Bern

### Revision des Krankenversicherungsgesetzes Gesetzgeber gegen Patienten?

In der Frühungssession werden National- und Ständerat weitere Teile der Revision des Krankenversicherungsgesetzes beraten. Zunächst sieht die Prämienverbilligung an, in weiteren Sessionen dann die Spitalfinanzierung und die Abschaffung des Patientenrechts auf freie Arztwahl. Die bisherigen Diskussionen in den Räten zeigen, dass man meint, etwas tun zu müssen, jedoch nicht weiss, was. In einem so komplexen System wie dem Gesundheitswesen gehen die dann folgenden Schnellschüsse letztlich zu Lasten des Patienten. Dies zeigt sich insbesondere auch bei der freien Arztwahl. Heute müssen die Krankenkassen ihren Versicherten die Behandlung durch einen beliebigen Arzt bezahlen – der Versicherte hat also das Recht, seinen Arzt frei zu wählen. Diese Freiheit soll nun abgeschafft werden. Die Krankenkassen versprechen sich davon die Möglichkeit, Arztinnen und Ärzte, die in ihren Augen zu teuer praktizieren, von der Kostenübernahme auszuschliessen, indem sie mit ihnen keinen Vertrag abschliessen.

«Vertragsfreiheit» heisst: Man nimmt dem Patienten die freie Arztwahl und führt eine Billigmedizin ein. Das nützt auf Dauer niemandem!

Billigmedizin als Zukunftsmodell? Ein Arzt kann ohne Kassenvertrag nicht existieren, da er kaum Patienten finden wird, die gewillt sind, ihn zu bezahlen, ohne von der Kasse eine Rückerstattung zu bekommen. Deshalk ist die Ärzteschaft ohne die freie Arztwahl auf Gedeih und Verderb den Kassen ausgeliefert. Da die Krankenkassen in ihrem Wettbewerb untereinander möglichst günstige Prämien anbieten müssen, bedeutet das die Einführung einer Billigmedizin. Wollen wir das?



Steigende Lebenserwartung

Wir denken heute noch daran, dass die Menschen in der Schweiz im Jahr 1900 im Durchschnitt keine 50 Jahre alt wurden! Heute liest sich Jahr für Jahr eine Zunahme der Lebenserwartung feststellen.

Patentrezepte

immer häufiger nehmen Politiker Zuhilfenahme von Patentrezepten – die funktionieren zwar nicht, aber man kann schön darüber reden.

Hausarztmangel im Kanton Bern

Auch der Kanton Bern stösst auf einen Hausarztmangel

Zu Beginn heute finden viele Endstage kaum mehr einen Nachfolger.

Warum so teuer?

Dem Gesundheitswesen geht es wie anderen Wirtschaftsbereichen auch. Im Vergleich mit dem Ausland bringt einer der Gründe die hohen Lohnkosten. Ein Vergleich mit Deutschland.

KVG: genug geschwindelt!

Einmal mehr verspricht die Politik ein medizinisches Wunder und enttötet zu einem tiefen Preis – das ist nicht mehr nur Wunschdenken, sondern schlichter Schwund.

Tiefere Prämien!

Tiefere Prämien im schweizerischen Gesundheitswesen sind denkbar – aber nur, wenn wir gewisse Risiken eingehen und geringe Beiträge selbst bezahlen.

# «Politik + Patient» ou le silence des médecins

«Politik + Patient» le journal de politique de la santé des médecins pour mettre le point de vue des fournisseurs de prestations sur le tapis.

Marco Tackenberg, SPI

Les médecins sont les seuls parmi les intervenants de la politique suisse de la santé qui ne disposent d'aucun organe de publication par lequel ils pourraient diffuser leur point de vue à un public concerné. Tant les caisses maladie, ainsi le Groupe mutuel avec «Login», que l'organe faïtier santésuisse avec «infosantésuisse», que la SUVA avec «benefit» ou encore les autorités cantonales et fédérales avec leurs nombreuses publications, font part régulièrement de leurs propres opinions en matière de politique de la santé à un public que la politique intéresse.

C'est un fait que ponctuellement médecins, sociétés médicales cantonales ou sociétés de disciplines s'expriment dans la presse au sujet de questions en relation avec la politique de la santé. L'efficacité de cette seule information par voie de presse n'est pas contrôlable tant au niveau de la diffusion que celui de la tonalité. Cela peut aller du silence absolu jusqu'à reproduction fidèle, de l'approbation à la critique polémique, tout est possible.

Le silence des médecins contraste curieusement avec le fait que le corps médical, selon de nombreuses enquêtes, est considéré depuis de nombreuses années comme la voix la plus digne de confiance dans le domaine de la santé, bien avant les caisses maladies, les économistes de la santé ou le conseil fédéral. Ainsi le titre de la «Berne Zeitung» du 10 février 2005: «Les médecins disposent de la meilleure image».

### Projet pilote 2005

Sous forme de projet pilote, «Politik + Patient» va paraître trois fois en 2005 dans le canton de Berne – la première fois prochainement, à l'occasion de la session de

printemps des chambres fédérales. Le but visé est de motiver dans le courant de l'année d'autres organisations de médecins à participer (en premier lieu des sociétés cantonales, éventuellement des sociétés de disciplines), pour l'instant en Suisse allemande uniquement. Cela permettrait à la fois une distribution aussi large que possible de «Politik + Patient» et l'assise financière indispensable au succès de l'entreprise.

Afin de limiter les risques financiers, le journal destiné aux patients sera organisé sous la forme d'une association ayant sa propre personnalité juridique. Les sociétés médicales participant à l'entreprise ne seraient pas responsables de l'ensemble du contenu rédactionnel puisque elles n'apparaîtraient pas à titre d'éditeur. Les sociétés médicales participantes siègeraient dans la commission de rédaction et exerceraient pas ce biais une influence sur la présentation rédactionnelle. Il y aurait au moins la possibilité technique pour que certaines sociétés médicales puissent apporter des modifications au contenu rédactionnel produit en commun.

**Desinformation im Gesundheitswesen**  
Was wissen wir vom schweizerischen Gesundheitssystem? Das es zu teuer ist. Dass es zu viele Spezialisten gibt und zu viele Ärzte. Dass es immer teurer wird. So immer teurer werden. Politiker und alle Medien sagen, man könne die Kostenbrennspitzen bald nicht mehr zahlen. Aus Meinungsfragen lassen wir uns nicht beirren. Und die guten Leistungen dieses Gesundheitssystems zu verteidigen. Ist damit etwas falsch? Natürlich nicht. Wenn wir uns in Europa umsehen, so sehen wir, dass die Gesundheitsversorgung in allen Ländern im Vergleich gleichem Masse teurer ist – die Schweiz ist also da kein Sonderfall. Wenn über die steigenden Krankheitskosten gesprochen wird, so wird meist verschwiegen, dass diese ganz wesentlich auch durch halbseitigen, weil der Staat weniger Steuergebühren entrichtet. Die durchschnittliche Krankensprämie liegt heute bei etwa 250 Franken pro Monat oder 3000 Franken pro Jahr. Verschlagen wird auch, dass das Gesundheitswesen pro Kopf nicht etwa 2000, sondern über 3000 Franken über pro kostet, wobei diese zusätzlichen 1000 Franken aus Steuern und Beiträgen werden. Zu viel, sagt jeder gesunde. In Gottes Namen, meinet jeder Kranke.

**Revision des Krankenversicherungsgesetzes**  
Gesetzgeber gegen Patienten?  
In der Frühlingssession werden National- und ständerebene Teile der Revision des Krankenversicherungsgesetzes an die Kantone übertragen. Die Spitalleistungen sind die Abschlussfrage des Patienten und die Abschlussfrage des Patienten. Die Diskussionen in den Kantonen zeigen, dass man meint, etwas tun zu müssen, jedoch nicht weiss, was in dem komplexen System gehen die dem folgenden Schnellschneise zuzurechnen sind. Dies zeigt sich insbesondere auch bei der freien Wahl. Heute müssen die Krankenkassen ihren Versicherten die Behandlung durch einen behandelnden Arzt bezahlen – der Versicherte hat also das Recht, seinen Arzt frei zu wählen. Diese Freiheit soll nun abgeschafft werden. Die Krankenkassen versprechen sich davon die Möglichkeit, Ärzten und Ärzten, die in ihren Augen zu teuer praktizieren, von der Kostenübernahme auszuschließen, indem sie mit ihnen keinen Vertrag abschließen.

**Willkürmedizin als Zukunftsmusik?**  
Ein Arzt kann ohne Kasservertrag nicht existieren, da er kaum Patienten finden wird, die gewillt sind zu bezahlen. Eine von der Kassenebene gesteuerte Rückversicherung zu bekommen. Dessen ist die Krankenkasse eine Rückversicherung. Die Krankenkassen in ihrem Wettbewerb untereinander möglicherweise günstigere Prämien anbieten müssen, bedeutet das die Führung einer Willkürmedizin. Wollen wir das?

**Lebenserwartung bei Geburt**  
1900: 46,5  
1950: 70,9  
1960: 74,1  
1970: 75,2  
1980: 78,1  
1990: 80,1  
2000: 82,2  
2020: 85,1  
\*Prämen, bei Geburt  
\*Prämen, bei Geburt

**Steigende Lebenserwartung**  
Wir denken heute noch daran, dass die Menschen im Jahr 1800 im Durchschnitt keine 30 Jahre alt wurden. Heute lässt sich aber für jede Zehnjahresperiode die Lebenserwartung feststellen.

**Handlungsmangel im Kanton Bern**  
Auch der Kanton Bern strebt auf einen Hausarztmangel hin. Bernische Hausärzte sind heute im Kanton Bern kaum mehr am Nachfolger.

**Warum so teuer?**  
Dem Gesundheitswesen geht es um die anderen Wirtschaftszweige auch im Vergleich mit dem Ausland. Einer der Gründe: die hohen Lohnkosten. Ein Vergleich mit Deutschland.

**KVG: genau geschwehrt!**  
Die KVG ist ein einmaliges Politikfeld. Die meisten Politiker sind erst noch zu einem tiefen Verständnis der Materie. Das ist nicht zu verwundern, sondern schlichter Schwachsinn.

**Tiefere Prämien!**  
Tiefere Prämien im schweizerischen Gesundheitswesen sind ein Ziel – aber nur, wenn wir gewisse Risiken eingehen und gewisse Beiträge senken können.

**Patenteschutz**  
Kann man für ein Patent bezahlen? Die Zusage zu Patenten ist eine Zusage – aber nur, wenn man gewisse Risiken eingehen und gewisse Beiträge senken kann.

### Succès

L'efficacité politique d'un journal de politique de la santé sera d'autant plus grande que le cercle des lectrices et lecteurs que les médecins toucheront par son intermédiaire sera large. Les fournisseurs de prestations ne seront entendus que s'ils participent activement à la diffusion du journal (voir encadré). C'est la seule façon pour les médecins de s'affirmer avec leur argumentation contre des intérêts résultant des prises de position de leurs adversaires.

Servez-vous du bulletin de réponse par FAX (page 19) pour commander gratuitement d'autres exemplaires de «Politik + Patient». Mettez-les à disposition dans votre cabinet. Adressez-les à des concitoyennes et concitoyens de votre entourage intéressés par la politique. Glissez «Politik + Patient» dans votre courrier destiné à vos patients.

Commandes par FAX: 031 310 20 82  
Courriel: tackenberg@forumpr.ch

### Programme parlementaire de la révision de la LAMal et de la suppression de l'obligation de contracter

La réduction des primes sera discutée au conseil national au cours de la session de printemps 2005; le conseil des états a déjà délibéré à ce sujet. Une procédure d'élimination des divergences pourrait éventuellement suivre au cours de la session d'été 2005.

On traitera du financement des hôpitaux au plus tôt au cours de la session d'été 2005.

La suppression de l'obligation de contracter, en même temps que le managed care, sont prévus pour la session d'hiver 2005 (conseil des états) et session de printemps 2006 (conseil national)

Tout dépend de votre avis!

Les médecins doivent-ils chercher à influencer, par l'intermédiaire de leur propre publication, le discours dans le domaine de la santé? Etes vous prêt, de votre côté, à offrir «Politik + Patient» dans votre cabinet? Faites part de votre avis à l'adresse de la rédaction ou par courriel à tackenberg@forumpr.ch