



Nr. 4 • août 2006

# doc.be

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

## Le bazar de la santé

Notre système de la santé ressemble à un bazar oriental. Les caisses maladie, les médecins et les patients marchandent âprement des produits et des prestations: ici des négociations tarifaires, là une initiative pour une caisse unique solidaire, là encore des restrictions pour les nouveaux cabinets ou la suppression de l'obligation de contracter ...

Depuis longtemps déjà il n'y a plus ni direction ni contrôle politique. Sans s'en cacher des politiciens et économistes de la santé instrumentalisent les médias de masse. Le débat ne change pas: quelle doit être l'importance du marché ou celle de l'état au niveau de notre système de santé? Ceux qui prônent les solutions libérales vantent l'efficacité par la concurrence. Mais cette dernière ne peut fonctionner qu'à certaines conditions dans le domaine de la santé.

Les partisans d'une logique de gestion étatique exigent des solutions uniformes ainsi qu'un accès limité aux prestations médicales, alors que les instances étatiques favorisent une utilisation inefficace des ressources.

Les patients, eux, considèrent la santé comme un bien de consommation dont on peut faire et fait un usage à volonté. Il n'existe pas de majorité pour décider des mesures de changement durables, ceci malgré des discussions poussées au sujet de la santé. Aux chambres fédérales, les intérêts des caisses maladie bénéficient d'une écoute disproportionnée. Par la présence de 22 de leurs représentants, au conseil national et celui des états, les caisses exercent une activité de lobby en faveur de leurs objectifs.

Le poids politique des représentants des médecins est beaucoup plus modeste. Un seul député s'engage ouvertement en faveur de nos intérêts. La solidarité insuffisante qui résulte des intérêts divergents des différentes disciplines est la cause principale de la faiblesse de notre association. Il convient donc de le dire: ce n'est que si nous restons unis à l'interne que nous pourrons mieux nous positionner à l'externe. Le temps est venu d'abandonner notre rôle de perdants.

Dr Christian Gubler, vice-président

## Table ronde «Politique cohérente des médicaments»

12 septembre 2006, 18 h,  
Stade de Suisse, Berne (v. annexe)

Aptitude à conduire  
de la personne âgée 2

Réseaux – une fois encore 3

Les médecins:  
des experts ou des professionnels 4

Expériences médicales  
et autres en Afrique subsaharienne 6

Gründerzentrum 9

Comité 10

**[www.bekag.ch](http://www.bekag.ch): un service pour les membres de la SMCB**  
Sur le site de la SMCB vous pouvez trouver, dans les pages destinées  
aux membres, une revue de presse actualisée tous les jours sur des sujets de  
politique de la santé.

Traduction de Jean-Jacques Gindrat

## Aptitude à conduire de la personne âgée



Dr U. Castelberg,  
spécialiste  
FMH en médecine générale,  
Aarberg

L'évaluation obligatoire périodique par le médecin de famille de l'aptitude à conduire des conducteurs de plus de 70 ans constitue un défi auquel nous sommes pratiquement confrontés chaque jour. Le Dr Rolf Seeger, directeur remplaçant de la médecine de la circulation à l'Institut de médecine légale de l'université de Zurich, a présenté un exposé à ce sujet lors du Congrès 2006 du Collège de médecine de premier recours à Lucerne. Il a mis en évidence des problèmes dont nombre de médecins de famille ne sont pas conscients.

### Problèmes lors de l'examen d'aptitude à conduire

Les difficultés apparaissent déjà par le fait qu'aucun patient s'annonçant à l'examen n'entend renoncer à son permis de conduire. Le patient connaît son médecin de famille depuis longtemps et il est persuadé que ce dernier fermera un œil le cas échéant.

La sécurité en conduisant atteint son maximum au milieu de la vie, elle diminue par la suite sans interruption. Ce sont les problèmes physiologiques normaux, liés à l'âge, tels que la perception et l'élaboration ralenties, l'acuité visuelle réduite et les limitations de l'appareil locomoteur qui compromettent l'aptitude à conduire. Celui qui vieillit en restant en bonne santé, atteint les limites de son aptitude à conduire vers 80 à 85 ans, mais, en règle générale, il s'auto-limite graduellement: en choisissant le moment de la journée, la densité de la circulation, le trajet, etc., il compense ainsi sa compétence réduite.

Chez celui qui est en bonne santé, les mesures ne sont par conséquent nécessaires que dans une certaine mesure; l'ex-

clusion d'une affection relevant de l'aptitude à la conduite, les conseils de l'entourage et un cours de répétition peuvent améliorer l'aptitude à conduire. La plus grande partie de ceux qui sont examinés présente un trouble visuel causé le plus souvent par une cataracte débutante. A la nuit tombante, une acuité visuelle suffisante dans des conditions de lumière du jour, va très rapidement diminuer et peut, de nuit ou en cas de pluie, aller de façon dramatique pratiquement jusqu'à la cécité. Avez-vous révisé la distance de vos optotypes? Une acuité visuelle non corrigée de 2.0 ddc chez un homme de 70 ans mérite au minimum une vérification.

### Reconnaître la démence débutante

Chez ceux qui ont plus de 70 ans, il faut compter avec une démence débutante; 10% des candidats en présentent déjà certaines manifestations! Notre problème principal est donc celui de reconnaître la démence débutante.

Un document indépendant du dossier médical peut être utile à cet égard: les points suivants devraient être considérés dans l'anamnèse: état de conscience (syncopes, vertiges, troubles de la conscience, épilepsie), traitements et affections psychiatriques, diabète sucré, tendance à l'endormissement en cours de journée et traitements pour abus d'alcool et de médicaments.

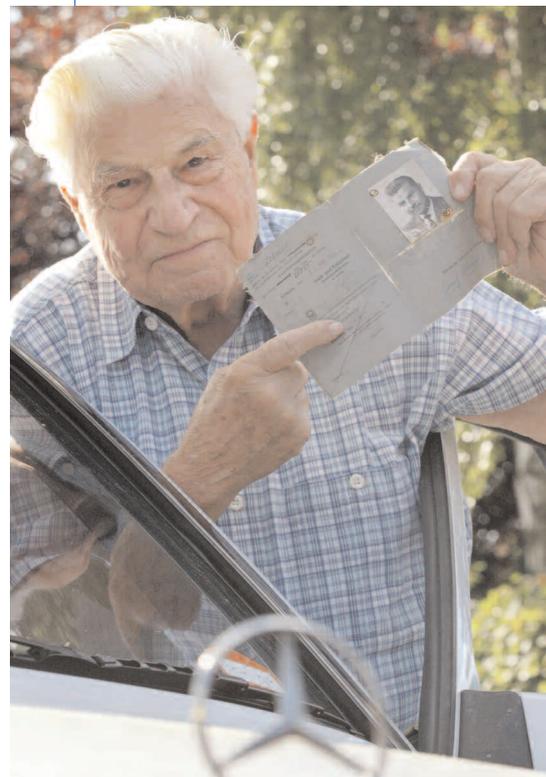
L'examen clinique devrait comprendre les points suivants: status général simple, organes de la vue (acuité, champ visuel, motilité), «tourner la tête» (l'aide de la colonne cervicale est tolérée), signes de toxicodépendance, particularités psychiques et tout spécialement signes d'une démence débutante. En cas de démence débutante un contrôle par un maître d'auto-école est absolument inadapté, puisqu'il s'agit dans ce cas d'un problème médical qu'il n'est pas permis de déléguer. Une interdiction de conduire annoncée oralement par le médecin de famille et notifiée dans le dossier médical protège ce dernier en cas d'un éventuel recours. Une annonce à ce sujet aux autorités de la circulation routière devrait notamment avoir

lieu lorsque cette recommandation a été faite en dehors des contrôles périodiques. Il convient de tenir compte de fait que l'aptitude à conduire, c.-à-d. la capacité momentanée de conduire un véhicule ici et maintenant, est sous l'entière responsabilité du conducteur (p.ex. alcool).

Dans le canton de Berne, actuellement, les évaluations de démence pour l'office de la circulation routière et de la navigation sont confiées à un office spécialisé.

### Une activité à responsabilité

En agissant avec beaucoup d'attention, si nécessaire avec l'aide de l'entourage, il sera plus facile d'obtenir la compréhension du patient et de continuer à le garder comme patient. Il importe que cette tâche à responsabilité, que constituent ces contrôles, reste du domaine du médecin de famille, mais il est également souhaitable que le canton de Berne crée un office spécialisé pouvant aider les médecins de famille. N'oubliez pas que dans dix ans on assistera à la multiplication par deux du nombre des conducteurs âgés de plus de 70 ans! Les efforts visant à des cours de perfectionnements dans ce domaine sont absolument nécessaires, l'intérêt manifesté lors de tels cours en atteste. Un début de réalisation est en cours.



Les conducteurs automobiles de plus de 70 ans doivent subir des contrôles médicaux périodiques

## Réseaux – une fois encore? Pour une fois autrement: agir en tenant compte de la base!

Appel à participer à l'enquête indépendante et représentative



Dr Peter  
Baumgartner  
Spécialiste FMH  
en psychiatrie,  
Berthoud  
Membre du  
comité de la  
Société des  
médecins du  
canton de Berne

Les réseaux ne se limitent pas à améliorer la qualité des soins médicaux ambulatoires. En cas de suppression de l'obligation de contracter, un réseau régional va considérablement augmenter sa capacité de négociation avec les assureurs maladie, pour autant que sa composition, tant géographique que professionnelle, soit représentative.

Le médecin, quand il est seul, a trop peu de capacité à négocier. C'est aussi le cas du médecin de campagne qui se croit protégé par sa situation de seul représentant de sa discipline dans son village. Cette sécurité est trompeuse: certains administrateurs modernes de caisse peuvent parfaitement s'imaginer que leurs clients se déplacent en voiture dans le prochain village, ou plus loin encore, ainsi qu'il était courant de le faire il y a 50 ans ...

### Réseaux: les conditions

Les réseaux médicaux, dans la mesure où ils sont représentatifs du point de vue géographique et professionnel, doivent être pris au sérieux par les caisses, même s'ils ne se plient pas (encore) à la médecine de managed care (MC).

Le modèle MC ne devrait être considéré, voire adopté, comme modèle régulier que lorsque les conditions cadres sont remplies. La condition essentielle est celle de l'introduction d'une compensation des risques reconnue, contraignante et proche du cabinet.

Les besoins précis en ce qui concerne l'organisation du réseau peuvent différer considérablement d'une région à une autre. Ils

ne sont pas encore vraiment connus. L'essentiel de ce que l'on sait se fonde sur des annonces non représentatives, des opinions ou des expériences individuelles en provenance de l'étranger. Ceux qu'on appelle les «leaders d'opinion» ne représentent pas toujours l'avis de la base qu'ils prétendent diriger voire même représenter (ce n'est peut-être même pas leur tâche).

### L'enquête de PonteNova

Les offres actuelles de PonteNet en ce qui concerne la création de réseaux me semblent (encore) trop théoriques et, en ce qui concerne leur orientation, trop dirigées vers la médecine de MC, très éloignées de la base, du moins en ce qui concerne le point de vue du représentant d'une région rurale du canton de Berne.

PonteNova est bien une entreprise en mains médicales, mais c'est avant tout une entreprise qui doit profiter à ses actionnaires. Les prestations en faveur des médecins, des patients ou des caisses ne sont donc pas l'objectif premier, mais un moyen d'y parvenir. On peut le regretter ou tout simplement l'accepter comme tel.

PonteNova s'est cependant déclarée disposée à étudier de façon représentative les besoins des médecins au niveau de la base cantonale, afin de pouvoir, sur la base des résultats, encore mieux adapter sa stratégie et son offre. La décision de PonteNova doit en être reconnue et remerciée.

### Une redistribution de la responsabilité?

Je suis convaincu que les médecins praticiens sont parfaitement disposés à terme à assumer également, à côté de la pleine responsabilité professionnelle actuelle, une coresponsabilité financière si, à côté de la compensation des risques mentionnée plus haut, une autre condition importante devait aussi être satisfaite un jour.

Dans la même mesure où les caisses entendent imposer aux médecins sans cesse des responsabilités économiques, elles devraient finir également par être d'accord d'assumer de leur côté une véritable coresponsabilité médico-professionnelle. Cette

dernière ne consiste toutefois pas à mettre en doute des prestations indispensables prescrites par les médecins ou même à exclure par mobbing des mauvais risques. Et alors: les médecins et les caisses veulent-ils vraiment un tel partage des responsabilités?

### Intervenir activement

Ne cessons jamais de nous le rappeler: le rôle premier de la médecine MC est de limiter les coûts. La qualité des soins (une notion élastique bientôt éculée) est améliorée avant tout dans l'unique direction de l'augmentation de l'efficacité. Une amélioration de l'efficacité (c.-à-d. ce qu'on nomme le «progrès médical») n'est pas un objectif premier de la médecine MC et, par conséquent, n'est possible qu'en tenant compte de l'étroite limitation des coûts mentionnée plus haut, et encore. La médecine MC, lorsque le citron de la rationalisation aura été entièrement pressé, ne pourra pas éviter un certain degré de rationnement. Les réseaux médicaux importants pourront, à l'avenir, en qualité de partenaires (voire, si nécessaire, d'adversaires) de poids des caisses maladies, obtenir que leur étranglement économique («Quel peut être aujourd'hui le prix de la médecine moderne?») ne concerne le rationnement que jusqu'à un niveau accepté par un consensus de la totalité de la société. La tâche de la politique consisterait à trouver ce niveau. Les «parlementaires des caisses», engagés de nos jours dans de nombreuses intrigues, ne peuvent pas être considérés comme des leaders d'opinion puisqu'ils représentent avant tout les intérêts de leurs entreprises, respectivement associations ou, dans le meilleur des cas (indirectement) encore un petit peu ceux des payeurs de primes en bonne santé.

*En conclusion:* il n'y aura pas d'avenir sans réseaux médicaux, du moins à moyen ou long terme. Nous devrions cependant enfin commencer de chercher activement à influencer l'organisation au sens large du paysage des réseaux et cela avant que la Berne fédérale, dominée par les caisses, nous prescrive la façon dont un corset de réseau devra se présenter à l'avenir.

**La participation à l'enquête représentative au sujet des réseaux est par conséquent impérative et honorable pour chaque membre de notre Société.** Celui qui s'abstient réduit la valeur des résultats. Nous adressons nos remerciements à tous les participants.

## Les médecins: des experts ou des professionnels?



Dr Marianne  
Rychner,  
sociologue,  
historienne

(Photo: Alexander Egger)

Les médecins, dans les débats au sujet de la politique de la santé, sont de plus en plus souvent désignés sous les termes de «fournisseurs de prestations», «case managers» ou en tant qu'«acteurs du domaine de la santé» comme des vendeurs de prestations à une clientèle. A côté de cela, ils sont considérés comme des experts en matière de maladie et de santé, qui donnent à des patients potentiels, au moyen de la télévision et de l'Internet, des conseils concernant leurs connaissances spécialisées. Un aspect essentiel de l'activité médicale est ainsi laissé de côté: la pratique professionnalisée. Quand, en ma qualité de sociologue, je tente d'esquisser la différence entre professionnels et experts, ainsi à l'occasion d'une conférence que j'ai présentée au comité de la Société bernoise des médecins, il en résulte chaque fois des discussions qui attestent combien est importante la question de la différence entre l'action de l'expert et la pratique professionnalisée.

### Ambivalences à l'égard des médecins

De manière intuitive, il est évident pour la majorité des personnes que l'activité médicale professionnalisée contient «d'une façon ou d'une autre» d'autres aspects importants. Les représentations peu précises à ce sujet vont dans le sens de l'image du sauveteur héroïque se dévouant de façon désintéressée – une représentation ambivalente, qui peut en tout temps être bousculée à la suite d'une déception ou du rejet de la prétention – imputée ou avérée – du médecin qui se prend pour un «dieu en blanc». Très souvent, la repré-

sentation idéalisée du médecin est projetée dans le passé, dans des temps «meilleurs» ou se limite à son propre médecin de famille. Alors qu'on reproche aux médecins en général, en tant que catégorie anonyme, d'accorder plus d'importance à leur revenu qu'au bien de leurs patientes et patients. Avant d'analyser ces ambivalences, certaines réflexions théoriques sont nécessaires.

### La professionnalisation du point de vue de la sociologie

Afin de tirer au clair ce qui constitue le médecin professionnel et ce qui le différencie du pur expert, il me semble que ce qu'on nomme la «théorie de la professionnalisation reformulée» du sociologue Ulrich Oevermann a fait ses preuves, lui qui, par sa théorie rejoint la théorie sociologique de la professionnalisation de Talcott Parsons, lequel dans les années 50 du 20<sup>ème</sup> siècle avait analysé les professions libérales, médecins et avocats et les avait classées théoriquement dans un concept général du «social system». La théorie de Parsons, par la suite, a été souvent critiquée et est encore, de nos jours, très

discutée parce que la ségrégation des professionnels dans la société et la présomption de leur prédestination au bien public, qu'il ne faut pas confondre avec un altruisme unidimensionnel, y joue un rôle déterminant. Les nombreux critiques de la théorie de la professionnalisation y voient surtout la légitimation d'un pouvoir et de hauts revenus. Ulrich Oevermann ne partage pas cette critique. Il adhère à la théorie classique et dirige le regard analytique vers la logique typique d'une pratique professionnalisée en tant que domaine sociétal d'application central de la science qui – de façon très résumée – peut être caractérisé de la façon suivante:

### Utilisation liée au cas des connaissances scientifiques

Les connaissances scientifiques, dans la pratique professionnelle, sont toujours appliquées en relation avec un cas. Ce mode d'utilisation s'oppose à la mise en œuvre standardisée du savoir scientifique, du mode ingénierial de l'utilisation de la science. Si, dans le cadre de la pratique médicale, ce mode devait dominer, on assisterait à une évolution vers l'expertise et à une déprofessionnalisation de l'activité médicale. Cela ne signifie nullement que l'expertise scientifique n'est pas, elle aussi, un élément indispensable de l'activité médicale. Ainsi, un diagnostic est par exemple tout à la fois une expertise (p.ex. prise de sang pour des examens de laboratoire, radiologie, etc.) et une interpréta-



Copyright by ANNA Anna Regula Hartmann

Plus de marché et de concurrence dans le domaine de la santé, ainsi qu'on peut l'entendre dans les discussions concernant la politique de la santé, va créer la transparence, réduire les coûts, empêcher les abus et améliorer la qualité des prestations. Marianne Rychner, s'appuyant sur des analyses de matériel objectives, démontre la façon dont la pratique médicale professionnelle et la logique du marché sont en contradiction l'une par rapport à l'autre. Elle le fait en reconstruisant dans tous les détails deux consultations médicales. Dans les interactions entre le médecin et le patient une logique d'action complexe se développe. L'auteure la confronte aux tentatives actuelles visant à donner à la pratique médicale le caractère d'un produit conforme au marché.

Marianne Rychner



## Calendrier 2006

26 octobre  
assemblée des délégués,  
après-midi

23 novembre  
assemblées des cercles médicaux,  
tout le canton



tion liée à un cas, qui non seulement complète l'expertise mais, éventuellement, seule la permet dans sa forme spécifique: en présence d'un symptôme ce ne sont pas toujours les mêmes investigations qui s'imposent. Les exigences pour être en mesure d'évaluer ceci sont une attitude professionnelle et la connaissance de l'être humain dans son entier fondée sur l'expérience.

### Spécialisation vs expertisation?

Une expertisation, dans le sens réductionniste et déprofessionnalisant se manifeste de manière typique idéalement dans la logique d'action des médecins-conseils des assurances, puisque dans ce cas typique ce sont moins les patients et leurs plaintes et leur unicité, qui sont au premier plan, mais la comparaison et de ce fait la possibilité de standardisation par rapport avec d'autres cas. Cette problématique se retrouve dans la littérature de conseils et les sites Internet, où le général a tendance à avoir la priorité par rapport au particulier, au cas précis. Quant à savoir si la spécialisation mène également dans une direction dans laquelle les médecins auraient tendance à accorder plus de poids à l'expertise qu'à une profes-

sionnalisation plus complète, cela fait l'objet de discussions dans la littérature de sociologie médicale depuis des décennies et n'a pas encore été entièrement résolu et devrait faire encore l'objet de recherches. On évoque souvent, jusque dans les interprétations de tous les jours, une déprofessionnalisation par la spécialisation.

Même si, sous bien des aspects, cette hypothèse peut sembler plausible, j'ai décrit en détail dans mon travail (v. encadré) un cas dans lequel, contre toute attente, la spécialisation ne mène en aucune façon à une expertisation déprofessionnalisante. Une pratique professionnelle en tant que substitut de maîtrise des crises dans le cadre de nos sociétés où règne une grande division du travail présente, ainsi que j'ai souhaité le résumer de façon empirique dans une courte définition, consiste à agir au niveau de la société autrement qu'en achetant et vendant des produits standardisés, respectivement des prestations auprès d'experts. Et tout ce qui contribue à ce que les médecins ne soient considérés que comme des homini oeconomici uniquement motivés par l'appât du gain porte préjudice à l'indispensable confiance des patients en leur médecin, si importante pour le succès du traitement.

## Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton de Berne – Edité par la Société des médecins du Canton de Berne, Bolligenstrasse 52, 3006 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 310 20 82;

E-Mail: tackenberg@forumpr.ch

Annonces: P. Wolf, Bolligenstrasse 52, 3006 Berne.

Tél. 330 90 00; Fax 031 330 90 03;

E-Mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.

Edition août 2006.

## Expériences médicales et autres en Afrique subsaharienne

Allocution à l'occasion de la remise des diplômes de la Faculté de médecine de l'université de Berne, le 21.3.2006



Prof Dr h.c.  
Ruedi Lüthy,  
spécialiste FMH  
en médecine  
interne en mala-  
dies infectieuses

Depuis bientôt trois ans je vis au Zimbabwe où, avec des infirmières et des médecins du pays, j'ai mis en route une clinique ambulatoire pour des patients démunis atteints de sida. Mes expériences médicales en Afrique subsaharienne remontent toutefois à plus loin. A la fin des années 90 je me suis rendu à plusieurs reprises en Afrique en « tournée de conférences » pour présenter aux consœurs et confrères de ces pays les énormes progrès réalisés, dans le monde occidental, dans le traitement des patients atteints de sida. J'avais intitulé ceci le syndrome de Lazare. Il m'a fallu plusieurs années pour que je prenne pleine conscience de l'ubris de ces voyages. A cette époque j'étais incapable de réaliser qu'aucun des pays que je visitais ne disposait d'un service de santé publique qui aurait été en mesure d'appliquer ces progrès.

La clinique au Zimbabwe



### Contre l'indifférence et le manque d'intérêt

Devant la catastrophe humanitaire – à cette époque déjà on savait que plus de 90% de ceux qui étaient infectés par l'HIV vivaient en Afrique subsaharienne – j'ai ressenti un énorme sentiment d'impuissance, parce que je savais qu'il était possible de changer quelque chose. Le motif essentiel de ma décision de couper les ponts avec la Suisse m'a été fourni lors de la Conférence internationale sur le sida à Durban en 2000. L'un des juges de rang le plus élevé d'Afrique du Sud, Edwin Cameron, lui-même malade du sida, choqua les plus de 4000 participants à une réunion plénière en faisant une comparaison qui m'a impressionné. Il a en effet comparé l'indifférence et le manque d'intérêt des habitants de l'hémisphère nord à l'égard des malades du sida de l'hémisphère sud avec l'attitude de nombreux allemands « non concernés » pendant le régime nazi ou celle des sud-africains blancs pendant l'apartheid. Aucun de ceux qui étaient présents ne pouvait s'empêcher de se sentir coupable du fait qu'« au cours des prochaines années plus de 30 millions d'êtres humains allaient mourir prématurément parce que, pour ces êtres humains, aucun traitement efficace n'est à disposition ».

Cet appel m'a beaucoup touché et je me suis demandé comment je pourrais contribuer pour ma part à atténuer les conséquences de la catastrophe.

### Des défis nombreux

Entre temps, c.-à-d. après trois années passées au Zimbabwe, une partie de mon idéalisme a cédé la place à une certaine lucidité. J'ai appris entre temps que l'on ne parle plus de problèmes mais de défis et que nous autres européens, au contraire de la majorité des africains possédons bien une mon-

tre, mais n'avons pas de temps. Et j'ai vite compris qu'une mère du Zimbabwe souffre autant lorsque son enfant meurt du sida que ce serait le cas chez nous, même si l'on s'imagine que la confrontation quotidienne avec la mort devrait rendre la chose plus supportable. Le défi psychologique le plus important contre lequel je dois lutter chaque jour est cependant celui de l'énormité de la pauvreté, de la faim et de la maladie qu'on constate et contre lesquelles on ne peut véritablement rien. C'est pourquoi, chaque jour je demande « le calme pour supporter les choses que je ne peux pas modifier, le courage pour changer les choses que je peux modifier et la sagesse pour distinguer les unes des autres » (Saint François d'Assise).

### Corruption – gabegie – inflation

La situation déplorable dans laquelle le Zimbabwe se trouve à l'heure actuelle n'est qu'en faible partie la conséquence des sécheresses répétées, ce sont avant tout la corruption, ainsi la gabegie et le népotisme qui ont conduit plus de 80% de la population aux limites de la pauvreté. En mars, l'inflation a déjà atteint 900% et elle va dépasser la limite de mille pourcent jusqu'à la mi-année. Pour ceux qui ne se représentent pas ce que cela signifie – une feuille de papier toilette d'une extrême minceur coûte plus de 1000 dollars zimbabwéens. Cette comparaison est évidemment du cynisme à l'état pur car, en réalité, pour de nombreuses familles ni le papier toilette ni les aliments essentiels ne sont accessibles. Ces constatations continuent de provoquer chez moi une incroyable rage, qui un jour ou l'autre se transformera en impuissance.

### Lueurs d'espoirs et défaites

Vous vous demandez peut-être maintenant comment je peux supporter de vivre au Zimbabwe. La réponse est relativement simple. En dépit de toutes les déceptions, c'est encore le sentiment positif qui domine d'avoir réussi à sauver bientôt 1000 patientes et patients d'une mort prématurée certaine grâce à un modeste budget de moins d'un demi-million de francs. Cela signifie notamment que plusieurs milliers d'enfants ne sont pas devenus des orphelins et que plus de 100 orphelins, grâce à notre programme, auront un avenir. Mais l'ambivalence est énorme, dans le seul Zimbabwe, ce sont plus d'un million d'orphelins qui vivent, la

plupart d'entre eux ont perdu leurs parents des suites du sida et de la tuberculose. Devant ces énormes contradictions, des sentiments d'impuissance ne cessent de faire leur apparition et ont une influence paralysante sur mes activités et mon humeur. C'est pourquoi j'ai tenté de développer une stratégie pour surmonter ces périodes sombres.

### Expériences personnelles

Vous êtes aujourd'hui au début d'une profession qui va non seulement vous apporter beaucoup de satisfaction et de responsabilité, mais également de nombreux moments d'impuissance. J'aurais pu m'éviter quelques moments de désespoir si je m'étais confronté plus tôt avec cette constatation et c'est pourquoi je vais vous décrire un certain nombre d'expériences personnelles que j'ai vécues au cours de mon évolution professionnelle et qui sont profondément marquées du sceau de la confrontation avec la maladie sida.

### Dans l'incapacité d'agir

L'impuissance, dans la profession médicale, est constituée de sentiments très différents et très personnels: insuffisances dans la rencontre personnelle avec un grand malade ou un mourant, l'impossibilité d'influencer le cours d'une maladie ou la peur d'avoir échoué. Transposé à votre niveau – celui de jeunes médecins assistants – cela pourrait signifier d'avoir été insuffisant ou de ne pas avoir assez fait pour un patient dans votre nouveau poste de travail – que ce soit une division ou une salle d'opération. L'impuissance devant la constatation que dans une atmosphère high tech on attribue une valeur plus élevée aux résultats d'un scanner qu'aux demandes des patients et que la hiérarchie bien établie vous empêche, en tant que jeune médecin assistant, d'ouvrir la bouche et de faire une proposition plutôt qu'une citation MEDLINE. Ce ne sont que quelques exemples de ce sentiment de se «sentir impuissant».

### Assister plutôt que guérir

Mon domaine spécialisé en médecine interne est celui des maladies infectieuses. Dans cette discipline, on parvient très souvent à trouver un diagnostic causal et à mettre en route un traitement qui, dans la grande majorité des cas, va conduire à



la guérison. Dans ce monde connu des faits, du savoir et du possible est apparue, il y a 25 ans, une maladie qui, au cours des premières années, échappait à tout diagnostic, dans laquelle de jeunes gens étaient les victimes d'infections sévères et de tumeurs et en mouraient en peu de temps. Après m'être occupé pendant quelques années de cette maladie sida, je me suis de plus en plus rendu compte que j'allais accompagner et traiter ces patients sur une courte période de temps et qu'ensuite ils allaient mourir des complications survenant à une cadence de plus en plus rapide – après soit la deuxième ou la troisième infection ou une tumeur. Je ne pouvais ni ne voulais accepter cela et ai vécu la période la plus frustrante de ma vie professionnelle. Ma prétention, respectivement la prétention de la médecine moderne à guérir s'était transformée en illusion. Au plus profond j'étais blessé par mon impuissance et je crois aujourd'hui que j'ai transmis ces sentiments d'impuissance à mes patients. Le sentiment «je ne peux pas vous aider» était par moment tellement fort que j'en oubliais une des tâches essentielles d'un médecin.

Dans ses leçons inaugurales aux études de médecine, le professeur Gian Töndury, mon professeur d'anatomie de l'époque, décrivait cette tâche de la façon suivante: «Il incombe au médecin d'accompagner l'être humain malade dans une phase difficile de son existence.» Il comparait cet accompagnement avec celui du pilote d'un navire qui assiste le timonier ou le capitaine, peu familiers des dangers d'un passage, et qui les quitte dès que ce passage est derrière eux.



Il s'agit donc de définir les rôles du médecin et du patient. En théorie, les choses me paraissaient claires, mais il m'a fallu quelques années pour que je puisse transposer cette répartition des rôles au plan émotionnel. J'ai dû apprendre les limites de ma responsabilité et celles du patient. Vu rétrospectivement, cette stratégie a beaucoup contribué à diminuer mes sentiments d'impuissance.

### Empathie

Un autre élément de cette stratégie est celui qui consiste à mettre en œuvre une relation partenariale médecin-patient. Une condition optimale est celle de trouver accès au monde émotionnel du patient et ainsi de ressentir la souffrance. C'est souvent difficile et la question «comment allez-vous» ou pire «comment allons nous» n'est généralement pas d'un grand secours. La réponse – sauf chez l'hypochondriaque – est préprogrammée. Finalement, on ne veut pas décevoir son médecin ... La question «qu'est-ce qui vous aide au mieux pour supporter vos douleurs» permet par contre au patient de faire part de ses expériences et de ne pas se sentir obligé de déclarer que les analgésiques prescrits ont merveilleusement agi. L'attitude «en tant que médecin

je sais ce qui est bon pour vous» empêche le dialogue au cours duquel vous aimeriez connaître les attentes du patient. Cela signifie notamment que je dois prendre le temps d'écouter activement. Réjouissez-vous du fait qu'en votre qualité de futurs médecins assistants dans votre futur poste vous n'aurez pas à vous préoccuper des minutes TarMed et que vous avez pour une fois le droit de simplement écouter. Ecouter activement signifie rester sensible aux besoins, aux peurs du patient. Cela signifie prendre connaissance de la tristesse, du désespoir et des agressions du patient et accepter son propre trouble et sa vulnérabilité. Il me semble que le sexe féminin a permis à cet égard un éminent saut évolutif.

### Pilote et capitaine

Dans mes efforts pour établir une relation partenariale avec le patient, j'évoque toujours la métaphore du pilote et du capitaine de Monsieur Töndury. Elle m'aide à mieux prendre conscience de mon rôle et je pense avoir constaté à plusieurs reprises que la majorité des patients me sont reconnaissants de leur avoir donné cette explication. Lorsque je peux me présenter en qualité d'accompagnant qualifié, le patient acquiert automatiquement un rôle plus actif puisque c'est lui qui tient la barre.

Certaines tentatives visant à promouvoir les processus de décision du patient vont dans la même direction. Cela présuppose que je connaisse les attentes du patient, que j'explique les différentes options diagnostiques et thérapeutiques et leurs conséquences et que je les commente et, surtout, notamment dans le cas de décisions difficiles, que je laisse du temps au patient pour les évaluer et éventuellement les discuter avec sa famille. De telles décisions exigent un certain temps et ce dernier est plus mal rétribué qu'une intervention chirurgicale ou une quelconque mesure de nature technique.

En résumant, l'impuissance accompagne en permanence la profession médicale. Elle nous paralyse, tant que nous ne l'acceptons pas. Il existe des voies qui ont fait leurs preuves pour agir en en tenant compte: nous pouvons premièrement tenter d'établir une relation partenariale médecin-patient dans laquelle chacun des deux partenaires connaît son rôle et le tient. Dans mon rôle de médecin je peux rester accessible pour le patient, transmettre de l'empathie. En qualité de pilote je peux contribuer à promouvoir des processus de décision de la part du patient

en n'exigeant pas de lui une approbation (un informed consent) mais en lui donnant le temps de la réflexion et de la décision. Je suis fermement convaincu que vous aurez des joies sans fin à pratiquer votre profession dans le rôle de l'accompagnant qualifié.

### La sphère spirituelle

Me permettez-vous, en terminant, de revenir au Zimbabwe? Dans le titre de mon exposé je vous promettais de parler d'expériences médicales, et autres, en Afrique subsaharienne.

Dans la médecine scientifique du monde occidental nous comprenons les maladies comme étant des lésions exogènes en endogènes affectant le corps et l'esprit. Nous tentons de les mettre en évidence par des méthodes scientifiques, de les diagnostiquer et de les influencer par des procédés fondés rationnellement. Le Dr Solange Nzimegne-Gözl, du Cameroun, qui travaille depuis de nombreuses années à Berlin m'a décrit, d'une façon très compréhensible pour moi, les caractéristiques de la médecine africaine traditionnelle. Celle-ci se fonderait sur une représentation venant de la religion de la nature selon laquelle chaque être humain est inclus de façon indissociable dans une relation cosmologique. Un processus continu de toutes les générations, des esprits et des divinités offre à l'individu sa force vitale. Dans le cadre de cette explication, la maladie est une diminution de la force de vie. Elle est le résultat de relations perturbées avec les puissances cosmiques et les humains de son entourage. Les causes de maladie ne peuvent être

comprises qu'en connaissant ces relations. Elles reposent toujours sur des actions et des pensées qui s'opposaient aux règles en vigueur. Des exemples à ce sujet sont le non-respect de tabous, d'exigences des ancêtres, des atteintes aux règles de la communauté villageoise, un comportement fautif à l'égard de membres de la famille ou de voisins ou de magie par envie ou haine envers les autres.

En qualité de médecin de formation scientifique, il m'a été extraordinairement difficile de comprendre de telles relations, non seulement parce qu'elle sont étrangères à la compréhension que j'ai des maladies, mais surtout parce que c'est un tabou de parler à ce sujet. Même des africains éduqués à l'occidentale, dont le mode de vie dans une grande ville telle que Harare se distingue à peine de celui de leurs voisins européens, pratiquent cette dualité de médecine occidentale et traditionnelle. Que cette cohabitation puisse conduire à des conflits émotionnels est quelque chose que chacun peut comprendre. J'observe toutefois fréquemment une évolution vers la guérison à laquelle on ne pouvait tout simplement pas s'attendre sous un angle de vue rationnel. Il y a en effet des choses entre la terre et le ciel dont notre sagesse scolaire ne peut que rêver.

Pour moi la quintessence de ces expériences c'est qu'à côté du savoir, de l'expérience et de l'intuition il existe encore une sphère émotionnelle en médecine. Il y a un besoin d'ouverture interne pour percevoir cette dimension. Je vous souhaite que, dans votre vie professionnelle et personnelle vous puissiez profiter des quatre sphères.



Le Prof Lüthy avec son équipe

## Gründerzentrum

Envisagez-vous de reprendre un cabinet ou d'en ouvrir un nouveau? Cherchez-vous des réponses à des questions de nature juridique ou n'êtes-vous pas certains de votre businessplan? Le Gründerzentrum de Berne vous propose un soutien compétent lors du passage à l'indépendance.

La coopérative Gründerzentrum est une organisation à but non lucratif travaillant sur mandat de la promotion économique du canton de Berne.

Le 14 septembre 2006, au Gründerzentrum de Berne, se tiendra la «Journée des jeunes entrepreneurs». La manifestation est destinée aux personnes intéressées par le thème de l'indépendance.

Pour de plus amples informations, consulter le site [www.gruetze.ch](http://www.gruetze.ch).



**Contact:** GründerZentrum Berne  
Wankdorffeldstrasse 102, case postale 261, 3000 Berne 22  
Téléphone 031 335 62 62  
[www.gruetze.ch](http://www.gruetze.ch)



### Unser Doktor heisst René.

Eine Frage, ein Anruf, eine Antwort. Und wenn René nicht zu sprechen ist, dann Hélène, Egidio, Ernst oder Hans. Insgesamt sind 5 FAMH-Spezialisten für Sie da und helfen gerne bei der Beurteilung und Interpretation der Ergebnisse. Versteht sich: alle mit über 20-jähriger Laborerfahrung. Aber Freude an der Arbeit wie am ersten Tag. Wie unsere 45 anderen MitarbeiterInnen auch, Doktor hin oder her.

Medics Labor AG  
Chutzenstrasse 24  
3001 Bern  
[info@medics-labor.ch](mailto:info@medics-labor.ch)  
[www.medics-labor.ch](http://www.medics-labor.ch)

**medics labor**  
professionell und persönlich

T 031 372 20 02  
F 031 371 40 44



## Genau unsere Kragenweite!

### Die Ärztekasse versteht sich blendend mit Ihrer Software!

Nur weil Sie in Ihrer Praxis nicht mit der Software der Ärztekasse arbeiten, müssen Sie nicht auf deren Fakturierungs- und Finanzdienstleistungen verzichten. Die meisten Computerprogramme produzieren ihre Daten im XML-Format, so dass sie von der Ärztekasse problemlos übernommen und weiterverarbeitet werden können.

Die Ärztekasse ist Partner des MEDISERVICE VSAO-ASMAG

**A K** ÄRZTEKASSE  
**C M** CAISSE DES MÉDECINS  
CASSA DEI MEDICI

### Praxismanagement und Outsourcing

Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf  
Telefon 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60  
[www.aerztekasse.ch](http://www.aerztekasse.ch)  
[marketing@aerztekasse.ch](mailto:marketing@aerztekasse.ch)



**Président**

Dr **Jürg Schlup**

Spécialist FMH en médecin générale  
Exec. MBA-HSG

Bernstrasse 127, 3052 Zollikofen  
Tél. 031 911 18 44  
fax 031 911 71 55  
Courriel schlup@hin.ch

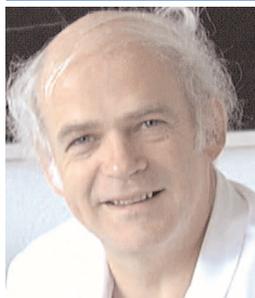


**Vice-président**

Dr **Christian Gubler**

Spécialist FMH en chirurgie

Effingerstrasse 45, 3008 Berne  
Tél. 031 381 11 10  
fax 031 382 08 84  
Courriel cgubler@hin.ch



**Secrétaire scientifique**

Prof **Heinz Zimmermann**

Médecin-chef du Centre des  
urgences

Hôpital de l'Île, 3010 Berne  
Tél. 031 632 21 11  
fax 031 632 21 81  
Courriel heinz.zimmermann@insel.ch



**Berne-Ville**

Dr **Daniel Marth**

Spécialist FMH en urologie

Zeughausgasse 18, 3011 Berne  
Tél. 031 311 12 33  
fax 031 311 12 93  
Courriel dmarth@hin.ch



**Haute-Argovie**

Dr **Andreas Bieri**

Spécialist FMH en médecin générale

Schorenstrasse 3, 4900 Langenthal  
Tél. 062 923 15 55  
fax 062 923 15 56  
Courriel birag@hin.ch



**Bienne-Seeland**

Dr **Marcel Stampfli**

Spécialist FMH en ORL

Silbergasse 9, 2502 Bienne  
Tél. 032 322 26 24  
fax 032 322 27 74  
Courriel marcel.stampfli@hin.ch



**Vice-président**

Dr **Thomas Heuberger**

Spécialist FMH en médecin interne  
Seehof

Staatsstrasse 16, 3652 Hilterfingen  
Tél. 033 243 33 66  
fax 033 243 33 85  
Courriel tom.m.heuberger@bluewin.ch



**Secrétaire**

Dr **Thomas Eichenberger**

avocat

Bolligenstrasse 52, 3006 Berne  
Tél. 031 330 90 00  
fax 031 330 90 03  
Courriel bekag@hin.ch



**Direction du secrétariat**

**Piroshka Wolf**

Bolligenstrasse 52, 3006 Berne  
Tél. 031 330 90 00  
fax 031 330 90 03  
Courriel pwolf@hin.ch



**Berne-Campagne**

Dr **Beat Gafner**

Spécialist FMH en médecin générale

Zur Station 7, Postfach,  
3145 Niederscherli  
Tél. 031 849 20 24  
fax 031 849 20 54  
Courriel praxigaf@hin.ch



**Pierre-Pertuis**

Dr **Roland Brechbühler**

Spécialist FMH en médecin générale

13, Grand-Rue, 2606 Corgémont  
Tél. 032 489 11 67  
fax 032 489 25 61  
Courriel r.brechbuehler@hin.ch

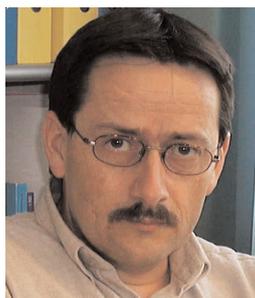


**Thoune / environs**

Dr **André Roten**

Spécialist FMH en médecin interne et  
gastroentérologie

Mittlere Strasse 3, 3600 Thoune  
Tél. 033 225 05 50  
fax 033 223 05 23  
Courriel roten.thun@bluewin.ch



**Emmental**

**Dr Peter Baumgartner**

Spécialist FMH en psychiatrie/  
psychothérapie  
Oberburgstrasse 67, 3400 Berthoud  
Tél. 034 420 70 00  
fax 034 420 70 01  
Courriel praxis-baumgartner@  
bluewin.ch



**Représentant la  
direction de la santé**

**Prof Hans Gerber**

Kramgasse 20  
3011 Berne  
Tél. 031 633 79 30  
fax 031 633 79 29  
Courriel huegerber@bluewin.ch  
prof.gerber@gef.be.ch



**Représentant le CA de  
l'hôpital de l'Île**

**Dr Beat Geering**

Lempigenstrasse 23, 3457 Wasen i.E.  
Tél. 034 437 13 73  
fax 034 437 17 97  
Courriel b.geering@bluewin.ch



**Représentant l'ASMAC  
section de Berne**

**Christoph Mast**

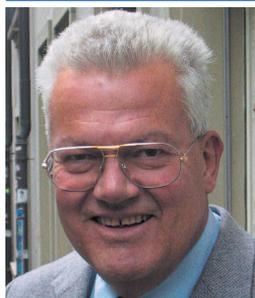
Psychiatrisches Ambulatorium, SRO  
4704 Niederbipp  
Tél. 079 757 48 76  
Courriel chmast@swissonline.ch



**Directeur délégation  
aux négociations**

**Me Urs Hofer**

avocat  
Museumstr. 10, case postale, 106,  
3000 Berne 6  
Tél. 031 350 00 30  
fax 031 350 00 31  
Courriel u.hofer@hofer-advokatur.ch



**Service de presse  
et d'information**

**Peter Jäger**

Forum der Wirtschaft  
Postgasse 19, case postale,  
3000 Berne 8  
Tél. 031 310 20 99  
fax 031 310 20 82  
Courriel jaeger@forumpr.ch



**Oberland restreint**

**Dr Manfred Studer**

Spécialist FMH en chirurgie  
  
Spital Interlaken  
Weissenaustrasse 27, 3800 Unterseen  
Tél. 033 826 27 65  
fax 033 826 23 53  
Courriel manfred.studer@spitalfmi.ch



**Représentant la faculté  
de médecine de Berne**

**Prof Martin Täuber**

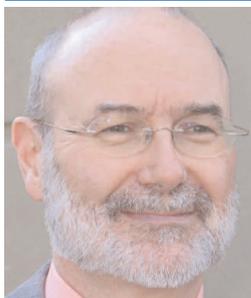
Doyen  
Murtenstrasse 11, 3010 Berne  
Tél. 031 632 35 53  
fax 031 632 49 94  
Courriel martin.taeuber@  
ifik.unibe.ch



**Représentant les  
médecins hospitaliers**

**Prof Hans-Jakob Peter**

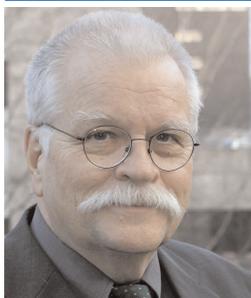
Med. Abt. Anna Seiler,  
Hôpital de l'Île, 3010 Berne  
Tél. 031 632 23 66  
fax 031 632 96 89  
Courriel hans-jakob.peter@insel.ch



**PonteNova**

**Dr Hans-Werner Leibundgut**

Kerzersstrasse 4, 3225 Müntschemier  
Tél. 032 313 20 77  
fax 032 313 14 94  
Courriel hans.w.leibundgut@hin.ch



**Ombudsman**

**Dr H.J. Rytz**

Bolligenstrasse 52, 3006 Berne  
Tél. 031 330 90 00  
fax 031 330 90 03  
Courriel hj.rytz@bluewin.ch



**Service de presse  
et d'information**

**Marco Tackenberg**

Forum der Wirtschaft  
Postgasse 19, case postale,  
3000 Berne 8  
Tél. 031 310 20 99  
fax 031 310 20 82  
Courriel tackenberg@forumpr.ch

# 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.

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

**Fax: 031 310 20 82**



1. Bundesrat Schweizerische Ärzteschaft 2004, S. 20, 2010