



Kurzinformation/Bulletin 1/01

S O C I É T É D E S M É D E C I N S D U C A N T O N D E B E R N E

1 *Editorial*

Réflexions de notre président sur les questions délicates posées par l'accompagnement à la mort et l'interruption de grossesse.

3 *Distribution des médicaments sous le régime de la nouvelle législation*

En ce qui concerne la nouvelle réglementation de la distribution des médicaments, on peut affirmer sans risque d'être contredit, qu'elle est compliquée. Une tentative d'apporter un peu de lumière.

4 *Les fautes médicales*

Il faut tout faire pour éviter les fautes, il faut améliorer leur étude à tous les niveaux. Pour ce faire nous avons besoin de ressources en personnel, en moyens financiers de la part de l'état, des assureurs, etc.

6 *Le président donne son avis*

Sur l'allègement de travail des assistants et chefs de clinique, le niveau d'incertitude actuel de TarMed et certaines manifestations à caractère publicitaires discutables.

7 *Le médecin du futur*

7 *Rapport annuel de l'ombudsman*

8 *Examens gynécologiques de dépistage et secret médical*

8 *NOVA LIGHT*

9 *Le papier est résigné!*

10 *Projet grand-conseil*

11 *Pas de médecine Denner pour les patients*

12 *Questionnaire internet*

Tous les termes masculins désignant un groupe professionnel sont également applicables à la forme féminine. La remarque vaut pour tous les articles du Bulletin.

Chères Consoeurs, chers Confrères,

Nous nous battons pour des tarifs, luttons pour notre existence économique, nous inquiétons de l'évolution dans le domaine des prix et nous efforçons d'assurer notre formation, notre perfectionnement et notre formation continue dans les domaines somatique et psychosocial. Nous sommes également préoccupés par les changements que subit notre environnement, par l'équilibre écologique, sans toutefois beaucoup entreprendre dans ces domaines. Toutes ces questions sont importantes et nous devons les aborder. Il en est cependant d'autres, qui peuvent sérieusement bousculer les bases éthiques de notre pensée et de notre activité médicale.

L'assistance à la mort

On peut tomber, dans les médias, sur des titres accrocheurs qui traitent d'aide passive ou active à la mort, d'euthanasie, d'assistance à la mort, et d'autres. Des notions étranges, à forte connotation historique, comme par exemple celle de vie qui vaut ou ne vaut pas la peine d'être vécue, traînent ici ou là. La population, les politiciens, les tribunaux donnent leur avis sur les questions soulevées. Ne sommes-nous pas tenus, nous médecins, de participer également à ces discussions? Ne devrions-nous pas nous efforcer de nous forger une attitude sensée et responsable? Ces questions, souvent de nature théorique et éthique, deviennent subitement très pratiques lorsque nous devons prendre des responsabilités dans les domaines concernés. Les commissions d'éthique sont excellentes, les congrès sur le sujet le sont aussi. Nous ne pouvons cependant pas confier à une institution, qui ne connaît le problème que de loin, le soin de prendre la décision finale. Après consultation si possible du patient, des proches et des soignants, nous ne pouvons échapper à l'obligation de prendre des décisions. Celles-ci devraient s'appuyer sur une attitude bien fondée, adaptée à chaque cas particulier. Des questions nombreuses sont soulevées. Avons-nous, médecins, des limites? Qu'en est-il de l'hubris des anciens grecs? Le dépassement des limites fixées aux humains? Dans une société «pluraliste», y a-t-il encore des frontières reconnues par tous, qui ne doivent en aucun cas être franchies? Lorsque les frontières sont floues, n'y a-t-il pas pourtant des situations dont nous pensons qu'elles sont au-delà de l'acceptable? Qu'en est-il du sacré et, à l'opposé, de ce qui

est unanimement considéré comme indigne de respect? Le mot «euthanasie» ne représente-t-il pas une énorme provocation? Il signifie mourir d'«une bonne façon». Le médecin doit-il, en a-t-il l'obligation, empêcher la mort à tout prix? Une vie, qui n'est plus que souffrance, ne doit-elle pas être interrompue, surtout lorsque le patient le souhaite ou que les proches en font la demande? Ne devons-nous pas accompagner le patient vers une mort digne et l'assister dans ces instants? Ne s'agit-il pas tout simplement d'un devoir d'humanité? Nous sommes assaillis par toutes ces questions. Avant que certaines déclarations contestables de l'organisation «Exit» n'aient été rendues publiques, l'assistance à la mort a fait l'objet de discussions. Dans l'Antiquité déjà, puis plus tard, on débattait à son sujet. Les moyens considérables permettant le maintien artificiel de la vie, les traitements mis en œuvre dans des situations auparavant désespérées, ont modifié la nature de la discussion. Vous connaissez également la position des adversaires de la pratique libérale de l'accompagnement à la mort. Le médecin doit maintenir la vie. Comment celui qui souffre pourrait-il encore accorder sa confiance à un médecin, s'il sait que celui-ci pourra éventuellement lui administrer une injection fatale, lorsqu'il estimera que plus rien ne peut être entrepris pour améliorer son état? Le médecin est l'avocat de la vie. Elle doit être maintenue à tout prix. Le pronostic est toujours incertain. Quel est le médecin qui ne s'est pas trompé, des groupes entiers de médecins ont pu déclarer un patient perdu et une amélioration est intervenue? Nous balançons entre ces divers points de vue. Nous devons trouver une réponse qui sera celle que nous appliquerons. Dans le cadre du cabinet, certaines décisions essentielles doivent déjà être prises. Dois-je vraiment encore hospitaliser ce patient? Dois-je administrer au pensionnaire d'un home, au psychisme délabré, des antibiotiques pour sa pneumonie? Doit-il être confié aux soins intensifs? Ce sont des questions que nous nous posons. Sur quel critère indiscutable, pouvons-nous, médecins, nous appuyer pour diriger notre activité? Où se situent les limites qui ne doivent en aucun cas être dépassées ?

Il nous faut une base éthique sur laquelle nous pouvons nous appuyer

de cas en cas. Pendant toute notre vie nous devons nous efforcer de renforcer cet appui, cette fondation, si nous voulons être capables de prendre des décisions responsables. Il s'agit finalement d'une responsabilité de nature religieuse, quelle que soit la nature de cette religion. Ce sont finalement notre attitude devant le sens de la vie et devant une transcendance difficilement définissable qui nous guident. Il existe une «pathodicée», une justification de la souffrance, fort impressionnante. Je considérerais une telle interprétation de la souffrance comme très théorique et discutable, voire même la rejetterais sans l'étudier plus à fond, si elle n'émanait pas d'un homme qui a souffert dans 5 camps de concentration et étudié les facteurs de survie des détenus soumis aux conditions de vie extrêmes de ces camps (V. Frankl, *Homo patiens: Versuch einer Pathodizee* dans «Der leidende Mensch», Huber 1984). Frankl a développé la logothérapie, c'est-à-dire l'interprétation, comme base de sa psychothérapie. Quel est celui qui se sent capable de dire ce qu'est réellement une souffrance insupportable? Que signifie compassion? Les proches, les soignants, les médecins sont-ils moins à la hauteur de cette compassion que ceux qui sont concernés? Il y a, dans ce domaine également, une œuvre littéraire très forte, qui contient, dans son titre déjà, cette compassion, cette tristesse, la pitié dangereuse (Stefan Zweig) (titre allemand «Ungeduld des Herzens»: «Il y a deux sortes de pitiés. L'une, molle et sentimentale, qui n'est en réalité que l'impatience du cœur de se débarrasser au plus vite de la pénible émotion qui nous étreint devant la souffrance d'autrui, cette pitié qui n'est pas du tout la compassion, mais un mouvement instinctif de défense de l'âme contre la souffrance étrangère. Et l'autre, la seule qui compte, la pitié non sentimentale mais créatrice, qui sait ce qu'elle veut et est décidée à persévérer avec patience et tolérance jusqu'à l'extrême limite de ses forces et même au-delà» (trad. Alzir Hella, in S. Zweig, *Romans et Nouvelles*, Pochothèque, 1991, p. 851). C'est peut-être cette impatience du cœur qui nous fait considérer la mort comme une délivrance.

L'interruption de grossesse

En traitant à la fois d'assistance à la mort et d'interruption de grossesse, je

prends des risques et m'expose à des malentendus. Il y a pourtant une relation entre les deux, c'est la raison pour laquelle je suis prêt à accepter les malentendus que mon point de vue ne va pas manquer de susciter.

L'atteinte au respect de la vie n'a-t-elle pas des conséquences que nous ne sommes pas en mesure d'apprécier? Examinons ce qui se passe au début de la vie, chez l'être humain pas encore né. Je me suis intéressé, j'ai même été dans l'obligation de m'intéresser à ces questions pendant toute la durée de ma vie de médecin. Pour moi, une femme en situation de grossesse non souhaitée est une femme en détresse, qui ne trouve plus de moyen de s'en sortir et qui est convaincue que lorsque sa grossesse sera interrompue, tous ses problèmes seront résolus. Ce que cette femme n'est pas, j'ai eu l'occasion de le constater dans la plupart des cas que j'ai observés au cours de mon activité, c'est une «patiente majeure», qui veut faire preuve de discernement. Je ne veux en aucun cas considérer cette femme comme une criminelle, encore moins la frapper d'ostracisme. Je pense pourtant qu'il est de notre devoir de protéger la vie de l'enfant pas encore né, même s'il devait s'avérer qu'il n'est pas normal. L'interruption de grossesse et un événement extraordinaire, touchant aux limites humaines. Cette intervention ne peut être accomplie, avec mauvaise conscience, qu'en toute dernière extrémité, lorsque tous les autres moyens ont échoué. L'attitude de la société à son sujet doit changer. Une telle intervention doit être soumise à des règles, qui vont dans le sens du respect de la vie. Elle doit s'accompagner de conseils et d'avis d'experts, qui doivent au minimum apporter la preuve que la femme souhaite réellement l'interruption. Elle subit des pressions de la part de son mari, du responsable de la grossesse, de sa famille et d'autres. Elle ne doit pas être laissée dans sa solitude. La vie humaine a une valeur d'une telle importance, qu'une société doit, selon moi, la protéger et elle ne doit pas être sacrifiée avant que toutes les autres possibilités n'aient été épuisées. Il y aura toujours des médecins qui, sans se poser trop de questions, feront l'intervention à la demande ou prescriront le médicament indiqué dans un tel cas. Certaines organisations, qui pensent agir

dans l'intérêt des femmes, vont jouer le rôle d'intermédiaire et faire connaître le nom de ces médecins. Lorsque, de nos jours, un tribunal de notre pays, qualifie un enfant de préjudice s'il devait naître en présentant une lésion pouvant être diagnostiquée, génétique ou autre, je ne peux m'empêcher de considérer cela comme inadmissible, même si, dans cette situation un médecin parle de faute professionnelle. De tels jugements, comme les avis d'un généticien éminent de notre pays, dépassent certaines limites éthiques, ce qui ne peut manquer d'avoir des conséquences néfastes. Chaque enfant, qui n'est pas parfait à cent pour cent, chaque handicapé, est considéré en partie comme indigne de vivre. Dans notre société de l'objet à usage unique, un tel enfant n'aurait jamais dû naître. De ce fait, notre attitude envers les handicapés est soumise à des contraintes qui ne sont plus supportables. Une telle évolution est en cours. Nous ne pouvons plus nous contenter de crier «au loup». Il est parmi nous depuis longtemps déjà. Nous devons chan-

ger notre façon de voir. La vie non encore née doit être mise sous protection légale. C'est seulement après une procédure clairement définie, qu'en dernier recours, dans l'intérêt de la mère, qu'elle peut être sacrifiée. Je viens ainsi de vous présenter un témoignage personnel sur ce sujet. En ma qualité de «leader d'opinion» je crois qu'il était de mon devoir de le faire.

Mon attitude envers l'accompagnement à la mort

En sa qualité de garant de la vie, le médecin ne doit pas pratiquer d'aide active à la mort et n'apporter aucune assistance au suicide. Si un être humain, en pleine possession de ses moyens, souhaite mettre un terme à sa vie, il s'agit dans ce cas d'une décision qui l'engage personnellement et qu'il doit assumer. Le médecin n'est pas tenu de renforcer sa détermination, de l'assister et de l'encourager au suicide.

Je suis de l'avis que dans des situations désespérées, lorsque le processus de la mort est déjà en cours et

qu'il n'y a plus aucun espoir d'amélioration aux yeux de la médecine, il ne faut pas prolonger ce processus de mort. Dans un tel cas, il faut tenir compte des souhaits du patient, des proches, qui doivent être un fil conducteur. Je suis de l'avis que nous devrions encourager nos patientes et nos patients à rédiger leurs dernières volontés, afin qu'il puisse en être tenu compte dans une situation difficile du point de vue médical.

Chacune et chacun d'entre nous peut s'intéresser aux questions que posent l'accompagnement à la mort et l'interruption de grossesse et se forger une opinion à leur sujet. Il se peut que nous ayons à nous exprimer prochainement lors de votations. Nos patientes et patients attendront de nous un avis, une attitude, sur ces sujets. De l'étudiant en médecine, au médecin assistant, au médecin hospitalier et à celui qui a cessé toute activité, tous devront s'exprimer. Je vous adresse mes souhaits les meilleurs à l'occasion de cette prise de conscience.

R. Streit, 21.12.00

La distribution des médicaments sous le régime de la nouvelle législation

La loi sur les produits thérapeutiques (LPT) a été votée en décembre 2000 par le parlement, sans éveiller de grande réaction dans le public ni d'écho dans les rangs médicaux. Elle entrera en vigueur le 1.4.01, si aucun référendum ne lui est opposé. Cette dernière éventualité est improbable, alors même que des postulats importants du corps médical ont été ignorés et que la LPT contient des passages discutables. On a notamment renoncé (ainsi qu'on l'attendrait à notre époque de libéralisation à outrance) à faire jouer, dans le domaine de la distribution des médicaments également, les lois du marché, ce qui devrait contribuer, par la concurrence, à limiter les prix. Il n'y aura pas de libéralisation de la distribution des médicaments pour toutes les personnes qui ont été formées à cet effet, en d'autres termes, pas de possibilité de généralisation de la distribution directe des médicaments (DDM) par le médecin traitant.

On a incorporé dans la LPT des dispositions qui exerceront une influence directe sur l'activité professionnelle de

tous les médecins praticiens. Nous allons brièvement présenter les nouveautés les plus importantes, ainsi que les conséquences à en attendre:

1. Nouvelle structuration des prix et suppression des marges actuellement en vigueur, qui sont partiellement remplacées par des suppléments au prix fabrique pour la rémunération des prestations logistiques au niveau de la pharmacie (de cabinet ou d'officine): frais de fonctionnement et d'investissement pour le transport, le stockage, la distribution et l'encaissement
2. Dans la LS les prix figureront à l'avenir sous forme de prix maximum, comprenant le prix fabrique et la rémunération des prestations de distribution.
3. Les prestations de conseils, lors de la remise de médicaments, ne seront ainsi, à l'avenir, plus incluses dans le prix du médicament, tant pour les médecins que pour les pharmaciens.
 - Pour les pharmaciens, la rémunération de ces prestations a été réglée par un contrat entre phar-

maciens et assureurs prévoyant deux niveaux de tarif (selon la LAMal). C'est la première fois que les pharmaciens sont reconnus comme fournisseurs de prestations pour leur activité de conseil dans le cadre de l'assurance sociale. Dans les pharmacies, ces taxes de conseil seront ajoutées au prix du médicament!

- Ce mode de rémunération n'existe pas pour les médecins pharmaciens, puisque, aujourd'hui déjà, les conseils concernant les médicaments sont inclus dans la taxe de consultation.

4. Les nouveaux prix des médicaments devraient permettre des économies, même si dans secteur des bas prix on devrait enregistrer (partiellement) des augmentations importantes en raison de l'inclusion des prestations de conseil des pharmaciens.
5. Le pharmacien a un droit de substitution pour les médicaments prescrit. Il peut remplacer le médicament figurant sur l'ordonnance par un médicament identique moins

cher (générique), pour autant que le prescripteur, (en mentionnant «sic» sur son ordonnance), ne l'aie pas formellement exclu (révision de la LAMal).

En ce qui concerne ces dispositions, quelques commentaires s'imposent.

A partir du 1.7.2001 (nouvelle LS), pour les médecins pratiquant la DDM, les prix des médicaments vont baisser et une part importante de leur revenu, provenant de la distribution des médicaments, va tomber (la marge), ce qui ne saurait être complètement indolore. Il est impossible de dire, à l'heure actuelle, si cette perte sera aussi importante que certains se la représentent.

Ce qui est cependant certain, c'est que le prix des médicaments sera plus élevé en pharmacie que dans le cabinet propharmacien. On peut donc s'attendre à ce que la DDM et nos canaux de distribution des médicaments bénéficient ainsi d'une amélioration de leur image.

La nouvelle réglementation, et la perte de revenu, doivent contribuer à augmenter la pression pour que, dans le cadre de TarMed, une compensation soit prévue, si l'on veut éviter que la neutralité des coûts, si souvent évoquée, ne soit pas respectée. On discute encore de savoir si cela interviendra dans le cadre des discussions au sujet de la valeur du point ou au moyen d'une nouvelle position «conseils pour médicaments».

On discute également du caractère nécessaire, important et obligatoire des conseils du pharmacien dans tous les cas. Quels conseils donner lors de la remise du 26^{ème} emballage d'un médicament antihypertenseur au cours de la cinquième année de traitement? Les patients devraient pouvoir renoncer à une prestation inutile, qui ne pourra par conséquent pas être facturée.

Substitution: selon une thèse (non publiée!) rédigée au Valais, il ressort clairement que dans les hôpitaux, la substitution par des génériques n'entraîne aucune baisse des coûts (au Valais!).

La LPT contient également des dispositions nouvelles et importantes concernant les rabais et avantages dans le commerce des médicaments.

1. Il est interdit, sous peine de poursuite pénale, de proposer et d'accepter des avantages matériels si

ces derniers ne bénéficient pas à celui qui a la charge des coûts.

2. Les avantages matériels qui ont pour but d'influencer le choix d'un médicament doivent également être poursuivis pénalement et seront punis d'une peine de réclusion (jusqu'à 6 mois) ou d'une amende (jusqu'à fr. 50'000). D'«autres» avantages doivent également être restitués à celui qui a la charge des prestations (quant à savoir comment).

3. Sont encore autorisés: des avantages matériels de valeur modeste et qui ont un rapport avec la pratique de la médecine ou de la pharmacie, ainsi que les rabais usuels dans le commerce et justifiés économiquement qui se répercutent directement sur les prix.

4. Les opinions divergent concernant les manifestations d'information professionnelle et de promotion qui sont interdites par ces dispositions («avantages matériels») et celles qui sont tolérées (partir à la recherche de plantes médicinales, congrès

huppé à Davos ou échanges d'impressions dans le cadre du groupe de garde?).

Le sujet est difficile, son application le sera également. Selon l'avis de personnes compétentes des milieux politiques et de l'industrie, il ne devrait pas être impossible, à l'avenir, d'organiser des manifestations de haut niveau et proches de la pratique en collaboration avec l'industrie, tant sous forme de grands congrès que dans un cadre plus restreint. Il serait souhaitable que les politiciens, l'OFAS, la FMH et l'industrie se réunissent et édictent des règles concernant le cadre, l'importance de ce qui est autorisé, afin d'éviter qu'elles ne tombent sous le coup d'«avantages matériels» ou d'«autres avantages».

Il n'est question que de libéralisation, globalisation, libre marché, excès de régulation. Il en résulte des dispositions régulatrices toujours plus importantes, prévoyant des mesures de contrôle, des instances de surveillance et des conséquences juridiques. Bonjour Mister Parkinson !

La faute médicale

Le décès tragique d'un nourrisson, suite à l'administration d'un médicament mal étiqueté, a remis sur le tapis le sujet de la faute médicale. Quelque temps auparavant, les médias évoquaient déjà des chiffres de plusieurs milliers de décès, chaque année en Suisse, à la suite de fautes médicales. Il est incontestable qu'il y a des fautes médicales, qu'elles sont lourdes de conséquences. Dire que chaque fois que des hommes agissent il y a des fautes, est une lapalissade. Elle ne doit évidemment pas servir d'excuse. Il convient pourtant, à l'exemple de la médecine, d'étudier la notion de faute de façon plus précise et plus différenciée. Chaque évolution peu favorable, chaque complication dans le cours d'une maladie ou à la suite d'une opération, ne doivent pas être attribuées à une faute. La médecine, de nos jours, est une activité des plus complexes. Elle ne peut jamais offrir de garantie pour le succès des mesures prises. Il n'est jamais possible d'exclure avec certitude toute complication. Le traitement est souvent une tentative. La médecine peut moins que ne le croit ou en attend la population moyenne. Le diagnostic est souvent peu clair, provisoire. Il faut se rappeler qu'il y a

plusieurs voies thérapeutiques pour parvenir au même but. Il n'est pas rare, qu'en dépit de tous les efforts, il n'y a pas de guérison ou d'amélioration significative. L'échec des soins médicaux et infirmiers peut intervenir en dépit d'efforts considérables. On ne doit pas évoquer une faute médicale dans tous les cas.

Les différentes fautes

Passons maintenant en revue les vraies fautes.

La faute intentionnelle, je le souhaite, est très rare, elle est l'équivalent d'un crime.

La faute par négligence, pour laquelle on peut parfois trouver quelques excuses ou explications, doit absolument être évitée.

Certaines fautes résultent d'une erreur d'appréciation, de la mauvaise interprétation de certaines constatations ou annonces.

Certaines fautes sont la conséquence du manque de connaissance ou de prise en compte de ses propres limites.

Certaines fautes ne sont parfois reconnues comme telles qu'a posteriori.

D'autres fautes peuvent survenir même lorsque tout est mis en œuvre

pour surmonter des difficultés, parce que ces dernières sont de nature insurmontable. Il existe enfin des situations tragiques dans lesquelles, quoi qu'on fasse, même si l'on ne fait rien, il en résulte une situation fautive.

Il n'est pas vrai d'affirmer que les médecins refusent d'admettre que des fautes ont été commises. Ils les craignent au contraire. Le risque de commettre une faute est le pendant de la responsabilité. J'accepte de prendre une responsabilité lorsque je dois agir – l'attente est une forme de l'action –, lorsque je risque de commettre une faute et que je me mets en situation d'être accusé si j'agis fautivement. Chaque médecin connaît des heures d'insomnies au cours desquelles il se pose sans cesse la question: ai-je agi correctement? N'aurais-je pas dû hospitaliser le patient? Mon traitement était-il indiqué ou non? La peur de la faute accompagne le médecin conscient de ses responsabilités tant qu'il exerce sa profession.

Prenons la peine d'examiner ces différentes fautes un peu plus attentivement. Je ne vais pas m'étendre sur le sujet sur la faute intentionnelle commise sciemment. Dans ce cas, il convient de rechercher les motifs. Je suis convaincu que ce type de faute est rare.

Depuis l'époque des camps de concentrations et des traitements forcés dans les asiles psychiatriques, du temps des Nazis et des communistes, nous savons cependant qu'elles peuvent se produire, et prendre des proportions considérables.

La négligence n'est pas rare. Le surmenage, des problèmes personnels, la prise en charge simultanée de plusieurs activités, peuvent parfois être évoqués. Un faux étiquetage, une erreur de médicament ou de patient, sont des situations qu'on va encore rencontrer. Il faut qu'elles restent aussi limitées que possible. Cela signifie également qu'il faut accepter des coûts plus élevés. Les temps de travail doivent être limités dans une mesure humainement acceptable, les médecins et le personnel infirmier doivent pouvoir se consacrer aux tâches qui sont les leurs et ne pas perdre leur temps à des activités administratives et statistiques. Des personnes fatiguées, surmenées, dans le domaine médical et infirmier, risquent plus souvent de commettre une faute que des collaboratrices et des collaborateurs

reposés, motivés et satisfaits. La mise en œuvre de contrôles supplémentaires, comme p.ex. lors de la remise des médicaments, est judicieuse, mais coûteuse. Accepterons-nous de payer le personnel indispensable? Serons-nous même en mesure de le trouver? Nous devons de plus en plus nous fier à des machines, des systèmes électroniques, des robots. Il existe des possibilités de fautes à ce niveau, elles ne peuvent être évitées que par des contrôles rigoureux, mais elles ne pourront jamais être complètement supprimées. Des appareils nouveaux sont utilisés. Le personnel doit, dans un premier temps, se familiariser avec eux. Des fautes peuvent intervenir à ce niveau. Des erreurs de manipulation sont possibles. Je pense notamment aux nombreux employés à temps partiel, qui doivent se servir d'appareils avec lesquels ils sont très peu familiarisés.

Lorsque nous abordons l'appréciation fautive de signes de maladie, de renseignements fournis par les patients, les proches, les soignants, nous nous trouvons dans un domaine où seuls une grande expérience, une observation personnelle attentive, des contrôles répétés, peuvent limiter le risque de conclusions fausses. Le patient lui-même a son rôle à jouer. Il devrait signaler rapidement certaines constatations, ce que souvent il néglige de faire pour épargner le personnel soignant et les médecins. Sa capacité de collaboration est souvent surestimée. Il a des effets secondaires. C'est ainsi que lui aussi peut être à l'origine de traitements erronés, sans toutefois dévier du problème que nous discutons, celui de l'erreur médicale. De nos jours, le traitement est souvent partagé entre les responsables principaux, le personnel auxiliaire, les patients et leurs proches. Nous devons être en mesure d'apprécier correctement les capacités du patient.

Les signes de maladie sont souvent équivoques. C'est ainsi que des irrégularités dans la courbe d'enregistrement de l'activité cardiaque d'un enfant avant sa naissance, peuvent souvent être sans signification, mais une autre fois avertir d'un danger. Ces irrégularités doivent inciter à une plus grande attention. Il serait également faux de mettre en œuvre des mesures non opportunes. Nous en arrivons à un autre point de grande importance

lors de l'appréciation de la faute médicale. Il est toujours très facile de dire a posteriori comment il eût été judicieux d'agir. La tâche du juge et de l'expert est plus facile, ils connaissent le résultat. Le médecin concerné a, lui aussi, pris connaissance du fait qu'il aurait dû agir de manière différente. Mais était-il en mesure de le savoir au moment décisif? En cas de doute, nous devons plaider en faveur de l'accusé qui, au moment décisif, n'était pas en mesure d'avoir connaissance de ce qui apparaîtra clairement par la suite. Dans l'urgence il faut toujours agir rapidement. Il n'est pas possible de demander des examens complémentaires ou de prolonger les discussions.

Un autre type de faute résulte du fait que le médecin a mis en œuvre une forme de traitement qui dépasse ses compétences. Du point juridique on parle de faute par surestimation de ses compétences. Il n'avait pas assez d'expérience, n'était pas assez formé, aurait dû faire appel à un confrère ou transférer le cas. Il est possible que l'hôpital ne soit pas en mesure, au niveau de la dotation en personnel ou de l'infrastructure, d'assumer le cas. De telles situations peuvent arriver. L'assistant qui n'appelle pas le chef de clinique, parce qu'il se croit en mesure de faire face seul à la situation. Dans un tel cas, nous ne devons pas oublier que le transfert de patients à des spécialistes, des hôpitaux, au centre, par peur des responsabilités, par peur des procès en responsabilité civile, constitue une cause non négligeable de l'augmentation des coûts de notre système de santé.

Il y a enfin des fautes qui sont inévitables. Un ventre plein d'adhérences après de nombreuses opérations abdominales et des péritonites, qui a causé une occlusion, peut entraîner d'énormes difficultés opératoires. Même l'opérateur le plus expérimenté va finir par perforer l'intestin. L'uretère peut être sectionné en cas de tumeur très envahissante. Certaines fautes doivent être qualifiées d'inévitables. L'abstention aurait également constitué une faute. Le médecin doit avoir le courage de tenter quelque chose pour sauver son patient et cela peut parfois conduire à un échec. Dans de telles situations se pose la question de savoir s'il faut parler de faute. Les réactions à certains médicaments sont imprévisibles. Plus

une méthode de traitement est efficace, plus grand est généralement le risque de complications. La limite de la faute, pour le profane, est floue, il estime que chaque complication ou aggravation est la conséquence d'un geste médical ou de l'abstention de ce dernier. Pensons aux nombreux avis mortuaires dans lesquels figure que le patient est mort des suites d'une opération. On néglige complètement le fait que l'opération ait été décidée parce qu'une maladie avait été constatée et que la mort a résulté de cette dernière. Le médecin peut se trouver en situation de devoir commettre une faute parce qu'il n'y a aucune voie sans risque de faute.

Que faire?

Le problème de la faute en médecine est connu de longue date des médecins. Les échecs ou les évolutions imprévisibles, en cas de maladie ou d'intervention, font l'objet d'investigations dans les hôpitaux – pensons simplement aux autopsies. En gynécologie, par exemple, on fait une statistique des effets indésirables et des complications depuis plus de 17 ans, ce qui ne signifie en aucun cas que rien n'avait été entrepris auparavant dans le cadre de certains hôpitaux. Aujourd'hui, plus de 60 cliniques s'efforcent de comparer leurs résultats. On apprend en commettant des fautes. C'est un vieil adage qu'il convient de se rappeler. La situation est plus difficile pour le praticien isolé, qui doit avoir des partenaires pour discuter de cas de maladie n'ayant pas évolué de façon favorable.

Il y a plus de 30 ans, le Prof. Stirnemann de Berthoud, avait proposé aux médecins praticiens des consultations avec les spécialistes de l'hôpital au sujet de leurs cas à problème. Il fut fait un large usage de cette offre. Dans les différents services de garde, les médecins discutent depuis des années des cas qui n'ont pas évolué normalement. On parle aujourd'hui de cercles de qualité, on était plus modeste auparavant. Les problèmes et les fautes dans les relations avec les patients sont également évoqués dans le cadre de ce qu'on nomme des groupes Balint. A tous les niveaux, des bureaux de l'administration aux écoles, des fautes sont commises. Elles sont beaucoup plus fréquentes que dans le domaine somatique de la médecine. Nous devons apporter un

INFORMATION PRÉALABLE

Chambre médicale
ordinaire:
4 et 5 mai 2001
au Tessin

soutien aux institutions de cette nature. Il faut sans cesse améliorer la formation, le perfectionnement et la formation continue des médecins pendant toute la durée de leur activité. Nous ne voulons pas former des médecins en excès, mais un nombre limité, qui pourra recevoir la meilleure formation. L'activité médicale ne doit pas se voir contrainte d'être pratiquée à la chaîne. C'est pourquoi elle doit pouvoir compter sur une rémunération convenable. Le refus, depuis plus de dix ans, de la part des caisses maladie, dans la plupart des cantons, de toute compensation du renchérissement, a pour conséquence que les médecins ne peuvent consacrer assez de leur temps à leur formation continue et à leurs patients. Il n'est possible de garantir une amélioration de la qualité que dans le cadre d'un système de rémunération équitable. En disant cela, il ne s'agit pas d'excuser une faute, mais une prestation insuffi-

samment rétribuée risque plus facilement d'être fautive, que lorsque le médecin disposera d'assez de temps à lui consacrer. Il faut discuter ouvertement des fautes. Il faut améliorer les institutions chargées des expertises. La création d'un organe anonyme d'annonce des fautes, comme l'ont proposé récemment les organisations de patients, peut être utile. Les organisations médicales peuvent compter sur des ombudsmans compétents. Il faut donner une formation aux experts chargés d'évaluer les fautes. Il n'est pas facile de consacrer du temps à l'étude d'un dossier d'expertise, à côté de sa propre activité médicale.

Dans le canton de Berne, nous avons à disposition pour l'examen de fautes, à côté de l'ombudsman de la Société cantonale des médecins, le bureau d'expertise de l'organisation médicale suisse et le collège de santé du canton de Berne. Il faut soutenir les efforts entrepris pour éviter les fautes, améliorer à tous les niveaux l'analyse des fautes. A cet effet, il faut pouvoir compter sur des ressources suffisantes en terme de personnel, de moyens financiers de la part de l'état, des assureurs, des supports juridiques des hôpitaux.

Reinhold Streit, 08.01.01

Le président donne son avis

Allègement du travail des assistants et chefs de clinique dans les hôpitaux du canton de Berne

Ainsi que vous le savez, les hôpitaux exigent, pour faire face à l'indispensable allègement du travail des assistants et chefs de clinique, la création en nombre de nouveaux postes. C'est ainsi que l'hôpital de l'Île demande 100 postes, un grand hôpital régional 15, afin de respecter les horaires de travail prescrits par le conseil exécutif. Le comité de la Société des médecins pense que les problèmes ne devraient pas être résolus, en un premier temps, par la création de nouveaux postes de perfectionnement. Les candidats à ces postes doivent être recrutés à l'étranger. A la fin de leur période de formation, la plupart de ces médecins assistants chercheraient à s'établir en pratique, augmentant encore ainsi de façon significative la pléthore médicale. Le nombre des postes de perfectionne-

ment devrait, d'une certaine façon, correspondre aux besoins futurs de la pratique. C'est la raison pour laquelle nous demandons, depuis longtemps déjà, que soient créés des postes permanents dans les hôpitaux. Un médecin hospitalier expérimenté, qui n'occupe aucune fonction dirigeante, peut facilement remplacer deux postes d'assistant en formation. Ces postes devraient évidemment présenter une certaine attractivité. Des essais dans ce sens ont déjà eu lieu dans notre canton. Dans de petits hôpitaux, ce sont plutôt des médecins agréés qui devront être engagés. Il faut, en plus, prévoir des secrétariats médicaux. Il faut également réduire, autant que possible, le surcroît de travail administratif. Les soins aux patients doivent avoir la prééminence sur l'établissement de statistiques. Le comité de la Société des médecins, par l'intermédiaire de son président, est intervenu dans ce sens, oralement et par écrit, auprès de la direction de la santé publique.

Que se passe-t-il sur le front de TarMed

L'information de la base médicale, des responsables des organisations médicales, des instances politiques et du public reste insuffisante et confuse. A la suite d'interventions multiples, après un silence de longue durée, on a pu prendre connaissance, le 10.1.01, d'une déclaration du président de la FMH. Au cours d'un entretien personnel, le 16.1.01, j'ai pu obtenir de la part du président de la FMH un certain nombre de précisions. Je résume ici l'état actuel de mes connaissances :

Sous le thème «tout roule». La version disponible actuelle 1.0 ou 0.9 n'est pas encore définitive. La FMH, en partie à son propre compte, en partie en collaboration avec ses partenaires, dans la mesure où ces derniers y consentent, entend la compléter et la mener à son terme. En même temps que les versions actuellement connues des contrats, y compris leurs annexes, comme par exemple celui concernant la neutralité des coûts, un paquet prêt à faire l'objet d'une votation, va être présenté début mai à la chambre médicale. A l'issue de la chambre, avant les vacances d'été, une votation générale devrait encore avoir lieu. Je souhaite que ces dates soient justes, la chambre médicale décisive nous a déjà été annoncée depuis des années.

Il semble que les partenaires soient revenus à une attitude plus constructive que celle qui nous avait été présentée en novembre, lors d'une conférence des présidents cantonaux. De nouvelles corrections sont apportées. A cette date, le modèle de la FMS, pour la rémunération des prestations chirurgicales, n'a pas encore été incorporé au projet. De plus, on ne sait pas clairement ce que le conseil fédéral a réellement adopté ou décrété. La version alpha 3, alors à disposition, n'aurait, selon les conceptions de M. le Dr Brunner, pas été utilisable. Si le conseil fédéral a pensé qu'il s'agissait d'une version de consensus adoptée par les partenaires, c'est qu'il aurait été orienté de façon incorrecte, puisque le corps médical n'avait donné son accord qu'avec réserve à cette version. Personne ne sait à l'heure actuelle comment se présentera la version définitive. On m'a une nouvelle fois promis que nous serions orientés en détail, notamment par des articles dans le Journal des médecins, sur la

situation et le contenu de la structure et des contrats. J'espère qu'on nous soumettra prochainement des documents sur lesquels nous serons en mesure de nous prononcer.

Déclarations de médecins dans les médias ou en public en général

Sous le règne de la tendance générale à la libéralisation, nous avons modifié notre code de déontologie dans un sens beaucoup moins restrictif et nous nous sommes efforcés d'adapter l'information aux besoins de notre population. On assiste, au niveau des hôpitaux, à une lutte de concurrence sous la forme de manifestations de propagande et de retransmissions. La limite entre une information dans l'intérêt des patientes et des patients et un pur show médiatique est de plus en plus vague. Des interventions médicales sont présentées de plus en plus souvent à la télévision, dans des reportages, des journaux illustrés et dans des manifestations de diverse nature. Les médecins concernés portent une large part de responsabilité, même lorsque les hôpitaux sont les organisateurs de ces séances. En ce qui me concerne,

Se sont annoncées, 75 personnes – patients ou proches. Dans 39 cas, il y a eu des contacts personnels. Dans les autres cas, il s'agissait de discussions téléphoniques avec ou sans échange écrit ultérieur. Pour la première fois, il est apparu que ce ne sont plus essentiellement les médecins ayant une activité chirurgicale qui sont accusés, mais qu'un nombre quasi égal d'opérateurs et de non-opérateurs ont été mis en cause. Deux fois, le cas a été transmis à l'or-

Le médecin de l'avenir

A l'occasion de la remise de son mandat par notre président le Dr Reinhold Streit
Aura lieu

Jeudi 26 avril 2001, de 13 h 45 à 17 h 30
A l'auditoire E. Rossi de la Clinique pédiatrique de L'hôpital de l'île

Une manifestation sous le titre de «Le médecin du futur». Des représentants de la médecine scientifique et pratique, de l'économie, des organisations de patients et des assureurs, s'exprimeront sur le sujet et participeront à une discussion. Veuillez réserver cette date

j'affirme ceci: La manifestation, quelle que soit sa nature, doit avoir lieu dans l'intérêt des patientes ou des patients potentiels. Chaque intervention présentée doit se fonder sur une indication clairement posée. Il faut s'opposer dans toute la mesure du possible aux exigences de sensationnel des gens des médias. Je sais d'expérience que ces derniers, par des raccourcis, des interventions et d'autres moyens, peut faire dire à des interventions le contraire de ce qu'elles voulaient affirmer au départ. Lorsqu'il ne s'agit pas d'émissions en direct, ou en cas de déclaration écrite, vous avez un droit de regard sur ce qui sera émis ou publié. Vous pouvez exiger que certains passages ou que toute votre intervention dans l'émission soient supprimés. Je sais évidemment qu'il est impossible de refuser toutes les déclarations dans les médias, mais nous devons être conscients qu'il s'agit toujours d'un exercice périlleux. Celui qui se met dans une telle situation, doit accepter les risques qu'elle implique. Nous voulons et devons présenter nos activités au public. Nous devons cependant éviter que de telles manifestations se transforment en des shows à sensation.

R. Streit, 22.01.01

Activité de l'ombudsman en 2000

gane d'expertise de la FMH, trois fois, la responsabilité civile a été engagée et une fois, la commission de vérification des honoraires a été sollicitée.

Il arrive parfois qu'une médiation plus ou satisfaisante puisse avoir lieu. Mais, comme c'est le cas dans toutes les médiations, l'une ou l'autre des parties est plus ou moins satisfaite – c'est là le sort de tout juge.

Dr.med. P. Ludi
Meikirch

Examens gynécologiques de dépistage et secret médical

Une caisse maladie au moins exige de la part de ses nouvelles assurées des renseignements au sujet d'examens gynécologiques de dépistages au cours de plusieurs années précédentes. Notre secrétaire, le Dr Thomas Eichenberger, a écrit à la caisse concernée notamment ce qui suit:

«Même si au plan pratique nous pouvons avoir une certaine compréhension devant votre façon d'agir, je me dois de vous informer que selon le droit il n'y a là aucun moyen d'agir. Les gynécologues et gynécologues n'ont aucune obligation, en dehors d'un traitement en cours, de donner, dans un cas particulier, des renseignements à l'assurance portant sur tous les examens gynécologiques des années précédentes (1996–2001).

Le secret médical interdit une telle façon de procéder, si la patiente n'a pas donné expressément son accord. Il n'y a, de plus, pas de rémunération du médecin, prévue par la loi, pour cette prestation. Dans ces conditions, nous devons recommander, pour des raisons légales, aux gynécologues et gynécologues, membres de notre Société, de ne pas répondre à une telle demande (de votre caisse).

Vous êtes par conséquent tenus de demander à vos futures assurées des autorisations valables afin, qu'en collaboration avec le précédent assureur LAMal, les recherches nécessaires puissent être entreprises et coordonnées. Il est fort probable que dans nombre de cas ces examens de dépistage ont été pris en charge par les patientes ou par une assurance complémentaire.»

NOVA LIGHT

Nos membres nous ont demandé de leur donner des renseignements au sujet du nouveau modèle d'assurance NOVA LIGHT de SWICA.

Selon la nouvelle législation sur l'assurance maladie, les assureurs peuvent proposer des modèles d'assurance avec un choix limité des fournisseurs de prestations. L'art. 101 al. 3 de l'ordonnance sur l'assurance maladie indique que les primes ne peuvent se situer au plus à 20 pour cent au-dessous des primes de l'assurance ordinaire de l'assureur considéré, lorsqu'il n'existe pas encore de chiffres empiriques établis durant au moins cinq exercices comptables. Le site www.swica.ch ne met en évidence que les économies réalisables. Il est par conséquent impossible d'avoir une vue d'ensemble des différents modèles d'assurance, comprenant notamment l'assurance de base avec libre choix du médecin.

Les critères pour la limitation du choix des fournisseurs de prestations ne sont pas définis légalement. Les assureurs sont donc libres de décider selon quels critères ils choisissent les médecins présumés «moins honnêtes». Ils doivent cependant respec-

ter l'égalité devant la loi et l'interdiction de l'arbitraire prescrits par la constitution fédérale, même si les assureurs sont des organes d'exécution de l'administration fédérale. Cela signifie donc qu'une grande liberté d'appréciation leur est accordée.

Les assureurs ont, entre autres, la possibilité de ne pas s'appuyer sur une base légale et de choisir les médecins qui sont admis dans NOVA LIGHT selon des critères définis par eux seuls et de communiquer la liste de leur nom aux assurés qui ont choisi une assurance NOVA LIGHT. Les médecins ne connaissant pas cette liste, nous la mettons à leur disposition sur notre page Internet (v. encadré p. 9). Pour les médecins concernés il y a pour la suite les possibilités suivantes:

a) *Médecins figurant sur la liste (environ 70% des médecins bernois)*

Dans la mesure où ils ne font rien, ils continueront à figurer sur la liste de NOVA LIGHT et les assurés, au bénéfice d'une telle assurance, ont le droit, en cas de nécessité, de consulter un médecin figurant sur la liste. Il y a également la possibilité

de demander – pour quelle que raison que ce soit – à ne plus figurer sur la liste. Dans ce cas nous vous recommandons de le communiquer par lettre recommandée à SWICA et d'exiger de cette dernière d'informer l'ensemble des patients et patientes.

b) *Médecins ne figurant pas sur la liste*
Les médecins qui ont ouvert leur cabinet entre 1998 et 2000 et pour lesquels il n'existe pas encore de données, ont la possibilité de conclure avec SWICA un contrat de collaboration et de figurer rétroactivement sur la liste des médecins NOVA LIGHT. Le secrétariat de la Société des médecins vous offre un appui juridique en ce qui concerne les aspects contractuels. Les médecins qui se situent, selon les statistiques du concordat, à un indice supérieur à 120, ne figurent en général pas sur la liste. Dans ce cas ils peuvent communiquer à la SWICA les raisons pour lesquelles la structure de leurs coûts est plus élevée et présenter une demande. Dans ce cas également, il existe une possibilité contractuelle, pour autant que le dépassement de l'indice puisse être justifié de manière plausible en fonction des particularités du cabinet, comme par exemple par la pratique dans des domaines particuliers ou en âge moyen particulièrement élevé des patients traités.

c) *Moyens à la disposition des assurés*
Le modèle d'assurance NOVA LIGHT couvre les frais de traitement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. En contrepartie de la réduction de prime accordée, certaines contraintes sont imposées. En tout premier lieu, le libre choix du médecin est limité. De plus, les génériques doivent être pris en considération. Enfin, avant certaines opérations et traitements, un deuxième avis sans frais doit être demandé.

Nous ne savons pas comment les dernières obligations citées sont formulées légalement par SWICA et comment elles sont imposées aux assurés. En ce qui concerne la prescription de génériques, dont l'efficacité et le mode d'action ne sont pas toujours identiques au produit original, c'est le médecin

qui endosse complètement la responsabilité technique.

Les assurés ont en permanence la possibilité, dans le respect des délais légaux, de changer de modèle d'assurance auprès du même assureur ou de changer d'assureur maladie. Nos membres sont libres de faire des recommandations dans ce sens.

d) Remarques générales

La manière de procéder de SWICA n'a pas été discutée avec la Société des médecins du canton de Berne. Les renseignements concernant NOVA LIGHT sont fournis sous réserve, il est possible que certains points ne soient pas entièrement conformes à la réalité et se fondent uniquement sur des présomptions. C'est l'intérêt de nos membres, ainsi que celui des patientes et des patients qui se trouve actuellement au premier plan. Nous nous réservons le droit de donner à nos membres, le cas échéant, de nouveaux renseignements ou des précisions au sujet de NOVA LIGHT.

Dr. Thomas Eichenberger

Liste de médecins NOVA-LIGHT

La liste complète des médecins NOVA LIGHT ne peut pas, pour des raisons de place à disposition, être imprimée à cet endroit. Les intéressés peuvent la trouver sur le site web de la SMB

www.berner-aerzte.ch

sous le bouton
«pour les membres»
(en indiquant votre nom et
votre numéro FMH figurant
sur la carte de la FMH)

Envoi de radiographies par la poste

Depuis le 1^{er} janvier 2001, la poste n'accepte plus, au tarif normal, que des paquets qui ont une épaisseur d'au moins 1 cm. Cette nouvelle disposition est en relation avec les nouveaux centres de distribution des paquets.

Pour l'envoi d'un paquet dont l'épaisseur est inférieure à 1 cm, une taxe pour objet encombrant de fr. 10.– sera perçue.

Il existe de nouveaux emballages pour l'envoi des radiographies qui peuvent être obtenus auprès de:

Brieger Verpackungen AG
Flüelastrasse 12 – 8010 Zurich
Téléphone 01 491 30 60

Le papier est résigné!

On se demande souvent pourquoi le papier est si résigné, beaucoup plus en tous les cas que l'homme normal. La raison en est probablement que la matière première du papier est fabriquée à partir d'une plante qui a une vie très longue et qui est très patiente, à partir de grands arbres, poussant lentement, que rien ne peut faire sortir de leurs gonds, qui se plient en cas d'ouragan déchaîné, le laissant passer sans rompre. Comment pourrait-on expliquer autrement que le papier accepte d'être imprimé sans rougir, sans hurler ou sans se précipiter chez le juge pour lui demander des dommages-intérêts pour atteinte à la dignité de l'arbre.

Je viens de lire dans Cash un article sur la nouvelle convention entre les pharmaciens et les caisses maladie (mon mauvais génie m'a presque fait écrire les crasses maladie!), grâce à laquelle, au cours de cette année, le prix de certains médicaments va diminuer, mais qui, à cause d'un système de rémunération pour des «conseils» des plus curieux, va être la cause de l'augmentation grotesque du prix des médicaments bon marché. Le «conseil» du pharmacien pour le Kardegic ou la Digoxine, que le patient utilise depuis des années, va faire passer le prix d'environ Fr 4.50 à 8 à 14 Fr par emballage! J'accepterais sans rechigner une telle augmentation de mon revenu.

Le journaliste de Cash pense probablement comme moi: «...des suppléments fixes, indépendants du niveau des prix, qui concernent plus

fortement les médicaments bon marché, de même qu'une taxe de conseil pour le pharmacien. Avec ces suppléments les pharmaciens et les médecins se préparent à faire face à d'éventuelles diminutions de prix décrétées par l'état».

Vous avez bien lu «les médecins et les pharmaciens». Il semble bien que le devoir de diligence du journaliste (oui, cher lecteur, cette chose existe!) soit resté sur le côté de la route, un travail de recherche élémentaire, ne demandant que peu de temps, lui aurait montré que cette convention ne concerne que les pharmaciens et les caisses (avec la bénédiction de notre chère OFAS!) et que les médecins sont concernés mais ne sont d'aucune manière partie prenante. Les médecins doivent prendre acte des prix diminués, ce qui aura pour conséquence une diminution de leur revenu (de même que pour les pharmaciens), mais, sous le régime de l'actuelle réglementation des prix, ils ne reçoivent aucune compensation sous forme de taxe pour des conseils, taxe par ligne, frais de stockage, indemnité pour l'infrastructure, et j'en passe. En définitive, les conseils de qualité au sujet des médicaments sont donnés au cabinet sans être honorés, ils font partie du service, comme à l'accoutumée. Les conseils du pharmacien doivent être d'une qualité supérieure pour qu'ils soient dignes d'être honorés!

En passant, puis-je, en ma qualité de client du pharmacien, déclarer renoncer aux «conseils» pour un médi-

cament que je prends depuis des années, ceci afin de contribuer à la limitation des prix? Ou bien cela fait-il partie de la rubrique «consommation forcée»? Et, qui bénéficie d'une éventuelle réduction? La caisse, le pharmacien ou moi, le client?

On ne s'étonne pas que l'OFAS donne son aval à un tel deal. Il doit exister dans ce service (ou au DFI?) une ligne directe et bien cachée le reliant directement aux pharmaciens. C'est à nous rendre jaloux.

Tout cela a évidemment échappé au fameux journaliste ou il portait ses lunettes idéologiques, puisqu'il est de nos jours bien vu et sans risque de s'attaquer basement aux médecins. En effet, personne n'a réagi, aucune voix ne s'est élevée dans les rangs des médecins pour stigmatiser cette nouvelle attaque se fondant sur un mensonge. Business as usual dans les cabinets, l'un ou l'autre a même peut-être tendu bibliquement l'autre joue.

Et ce n'est pas terminé. Dans le même article ou peut encore lire la perle suivante: «Les médecins et les pharmaciens ont tellement gagné d'argent avec des médicaments nouveaux, apparemment innovants, mais sûrement très chers. Ce fut d'autant plus le cas que d'anciens médica-

ments moins chers mais parfaitement efficaces qui furent remplacés par des nouveautés plus chères!» Magnifique! Je voudrais lire le commentaire de Iso Ambühl lorsque, après un infarctus, je lui prescrirais («l'ancien mais parfaitement efficace») Cedur en lieu et place de la «nouvelle, apparemment innovante» statine. Je me retrouverais probablement devant le juge pour faute professionnelle (médicale, évidemment, pas journalistique!).

Les informations mensongères, les reportages tendancieux, des articles qui frisent l'assassinat moral, sont de plus en plus fréquents lorsqu'on lit attentivement la presse. En l'absence de réaction ils influencent l'opinion. Cela ne doit plus être le cas, cela doit changer.

Chaque confrère devrait réagir immédiatement dans de telles circonstances et demander une mise au point de la part de la publication concernée. Nul besoin de hargne, mais des faits précis et, surtout, une réaction immédiate. Je me réjouis à la lecture prochaine du courrier des lecteurs.

Thomas Heuberger

nous satisfont pas. La nature de notre démocratie directe nous donne cependant la possibilité d'influencer les dispositions légales dans le sens souhaité.

Le comité, tenant compte des arguments qui viennent d'être évoqués, a décidé de faire son possible pour améliorer la présence des médecins dans les rangs du grand conseil. On m'a confié le soin de travailler à un programme qui devrait inciter, dans l'optique des prochaines élections (avril 2002), des candidates et des candidats, provenant des rangs médicaux, à se présenter et, dans la mesure des moyens à la disposition de notre organisation professionnelle, de les aider dans leur entreprise.

Nous avons donc invité certains consœurs et certains confrères, ayant une ambition politique, qui avaient déjà participé aux dernières élections dans les rangs de divers partis et les avons réunis pour une première prise de contact, qui a eu lieu le 30.1.01.

A l'issue de cette discussion, il a été décidé à l'unanimité de mettre en œuvre le projet grand conseil et de tout faire pour qu'il en résulte un succès politique.

L'esprit et l'argent

On a vite dû constater que les premières difficultés, les premiers problèmes, ne tarderaient pas à se présenter. C'est toujours le cas lorsqu'on se lance dans une telle entreprise. Ces problèmes doivent être abordés par la Société des médecins si l'on veut être en mesure d'établir un programme commun. Il s'agit de trouver un commun dénominateur, des buts stratégiques, des thèmes susceptibles de motiver, thèmes qui nous tiennent à cœur et qui, utilisés dans une campagne électorale, peuvent intéresser et convaincre le public, l'électeur. Notre organisation professionnelle ne doit évidemment pas imposer son opinion et ses thèmes politiques aux candidats de différents partis. Il faudra si possible parvenir à définir des intérêts et des buts communs (de cas en cas).

Personne n'a contesté le fait que la Société des médecins du canton de Berne doive améliorer son activité au niveau politique, qu'il serait souhaitable qu'elle soutienne ceux de ses membres qui présentent leur candidature. Il faut toutefois que nous nous rendions bien compte que ce soutien

Plus d'engagement en politique?

Le projet grand-conseil

Dans le passé on a souvent regretté que le corps médical pratique – au plan cantonal et fédéral – une politique réactive, plutôt que de penser à l'avenir. Même si cela tient peut-être à la nature des choses, il n'empêche que le reproche est en grande partie justifié. Si les médecins veulent qu'ils soit tenu compte politiquement de leurs objectifs et revendications dans le domaine de la santé, il faut qu'ils puissent compter sur une bonne présence au parlement et dans les médias. Cette représentation, au cours des dernières années, était inexistante ou insuffisante.

Les médecins dans l'action politique

Il y a quelques mois, à cet endroit, j'ai exposé un projet, qui devrait permettre que la faible pré-

sence, pour ne pas parler de la quasi-inexistence des médecins, au niveau de la politique, soit corrigée par des consœurs et des confrères déterminés, conscients de leurs responsabilités, qui accepteraient de consacrer du temps, des efforts (et de l'argent!) pour améliorer la représentation de notre profession. Depuis plus de 10 ans nous ne sommes plus représentés au grand conseil bernois. Au cours des derniers mois et années, des thèmes de politique de la santé, de politique sociale, y ont fréquemment été abordés. Il s'agissait de sujets nous concernant plus ou moins directement dans nos activités professionnelles quotidiennes ou ayant trait à certaines de nos convictions. C'est dans la nature de la démocratie qu'elle nous oblige à accepter et à appliquer des décisions, des textes législatifs qui ne

ne peut intervenir qu'au niveau des idées, ainsi que par l'intermédiaire des moyens d'information de la Société des médecins. Des informations relatives à un sujet, des argumentaires peuvent également être envisagés, à la rigueur une aide à la planification d'une campagne. Il ne saurait être question d'une aide financière provenant des cotisations des membres, tout au plus d'une aide dans la recherche de ces moyens.

On s'est assez vite rendu compte que les candidats étaient surtout intéressés par la fixation de buts stratégiques et par des argumentaires, qui leur permettraient de présenter et défendre en public et dans le cadre d'une campagne électorale, les revendications de notre organisation professionnelle dans les domaines de la politique de la santé et de la politique en général. Il serait très important de connaître les points de vue que la Société cantonale veut mettre en évidence afin que les candidates et les candidats puissent les évaluer.

Le comité doit fixer des buts

A l'issue de la discussion on arriva à la conclusion que le comité de la SDM devrait se fixer des buts politiques dans l'optique de la prochaine législature; à côté de cela, il y aurait lieu de rédiger certains documents dans lesquels on prendrait position sur un certain nombre de sujets. On a insisté, de divers côtés, sur le fait que la charge de grand conseiller implique un surcroît de travail important et qu'elle exige des sacrifices financiers (ainsi que des risques). Les médecins se trouvent en bonne compagnie avec d'autres professions libérales ou indépendantes, qui connaissent les mêmes contraintes lorsqu'elles acceptent d'occuper des postes électifs. Le corps médical peut-il être motivé, c'est une question que l'on s'est posée avec une certaine inquiétude. Nous savons d'expérience que les médecins s'engagent en général très peu ou seulement lorsqu'ils se sentent directement concernés. Il est parfaitement inutile de se contenter de se plaindre à ce sujet, le comité devra trouver les moyens d'inciter à s'engager.

Nous avons décidé de nous revoir pour échanger nos points de vue et planifier également certaines activités, mais surtout pour discuter des

buts, des positions et de l'argumentation de notre organisation professionnelle et de poursuivre la discussion commencée. Jusqu'à cet instant le comité aura dû se pencher sur ces questions.

Qui veut participer

Notre groupe se compose à l'heure actuelle de médecins et de médecins qui ont une expérience de la lutte électorale. Il est évidemment ouvert aux consœurs et confrères qui

envisagent de se présenter pour la première fois en 2002 à l'élection au grand-conseil. Nous vous invitons à vous engager et vous prions de vous annoncer auprès de nous et à collaborer.

*T. Heuberger,
vice-président de la SDM
Staatsstrasse 16
3652 Hilterfingen
e-mail :
t_heuberger@hotmail.com*

Communiqué de presse de la conférence des présidents

Pas de médecine Denner pour les patients

A l'issue de la conférence des présidents, le communiqué suivant a été adressé aux médias du canton de Berne:

La conférence des présidents de la Société des médecins du canton de Berne s'est prononcée, lors de sa réunion du 18 janvier 2001, pour un NON à l'initiative Denner sur les médicaments. Le choix d'un médicament ne doit pas être uniquement déterminé par son prix.

L'activité d'un médicament ne dépend pas que de sa seule substance active. Lorsque le médecin peut faire un choix entre divers produits contenant le même principe actif, il aura à décider, dans le cas de chacun de ses patients, celui qui aura la

meilleure efficacité. Le médicament peut comprendre d'autres produits pouvant par exemple exercer un effet sur la vitesse d'absorption dans le tube digestif ou la durée de persistance dans l'organisme; indépendamment du principe actif, ces substances peuvent également provoquer des réactions d'hypersensibilité. L'initiative Denner contraindrait le médecin (de même que le pharmacien) à prescrire la préparation la moins chère dans tous les cas, lorsque le patient est au bénéfice de l'assurance de base. Les préparations les plus efficaces seraient réservées à ceux bénéficiant d'assurances complémentaires.

Les discussions actuelles dans les milieux de la politique donnent l'impression que la question des coûts constitue le seul et unique problème de la santé. Il convient cependant de constater, à l'exemple de l'initiative Denner, que pour les médecins c'est la santé des patients qui doit être mise au premier plan. L'obligation insensée de prescrire n'importe quel générique d'origine étrangère va à l'encontre de ce principe.

Dans l'intérêt de la science et des patients:

La ligue suisse du cerveau

Informe et apporte son aide.

Commandez la documentation
«Le cerveau âgé en bonne santé»

Postgasse 19, CP, 3000 Berne 8

PC 30-229469-9

IMPRESSUM:

Bulletin, 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 à 8 fois par an; édition
du février 2001. Impression: Hofer AG, Heimstrasse 31,
3018 Berne



Participez-vous à des discussions au sujet de la politique professionnelle?

Sur la page Internet de notre société médicale – www.berner-aerzte.ch – vous pouvez trouver, dans le domaine réservé «Pour les membres», un forum de discussion. Ce forum de discussion vous permet de partager questions, réclamations, suggestions, etc. avec un public médical élargi et obtenir des réponses. Le forum est avant tout – mais pas uniquement – prévu pour l'évocation de problèmes de politique professionnelle, qui ne peuvent être discutés sur une aussi large base à nul autre niveau dans le canton. Afin que nous puissions organiser ce forum de discussion au mieux, nous vous prions de répondre aux questions suivantes:

1. Utilisez-vous Internet ?

- non merci de nous retourner néanmoins le questionnaire
- oui passez à la question 2

2. Pensez-vous utile de participer au forum de discussion réservé aux membres de la SDM ?

Pensez-vous que le forum de discussion (exemples de sujets : TarMed et problèmes relatifs à son utilisation, pro pharmacie, honoraires pour le service de garde, obligation de contracter ...) est

- très important
- important
- parfois intéressant
- sans aucun intérêt
- complètement idiot

3. Les raisons pour lesquelles vous *ne participez pas* à un tel forum

- pas d'intérêt
- problèmes techniques d'accès
- je n'obtiens pas de réponse
- trop compliqué
- pour moi un forum de discussion ne représente rien de bien précis
- d'autres raisons

4. Les prestations qui vous sont offertes

Dans le domaine réservé aux membres de www.berner-aerzte.ch vous pouvez trouver d'autres prestations. Comment les appréciez-vous?

	très bien	bien	moyen	mauvais	idiot	je ne sais pas
Actualités du comité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Revue de presse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Suggestions:

.....
.....

Prière de retourner à:

Service de presse et d'information de la Société des médecins du canton de Berne, case postale, 3000 Berne 8

Fax 031 / 311 35 34