

Forum



**Votations sur le TARMED**

Dans quelques jours vous allez être appelés à dire si vous acceptez ou non le nouveau système de tarification appelé TARMED.

Tout est encore un peu flou à l'heure actuelle, vous savez que tout ne fonctionne pas encore très bien et que des révisions «sont encore prévues». Vous ignorez également tout de la valeur cantonale de ce fameux point TARMED mais peu importe il vous faut rapidement adopter ce tarif «dans un sac». Le comité de la FMH est pressé, H+, les assureurs et le gouvernement aussi. Au fait cela ne vous inquiète pas cette hâte des caisses-maladies et du Conseil fédéral? Ces entités sont-elles à ce point réputées pour leur bienveillance à notre égard?

Il est classique de déclarer que TARMED est un système qui désavantage les actes opératoires au profit des actes «intellectuels» et que c'est la raison pour laquelle la plupart des spécialistes s'y opposent. C'est faux. Des médecins généralistes tels que le Dr B. Kiefer, qui se demande si TARMED ne serait pas un «toboggan vers la nuit de la médecine», le Dr Brandt ou encore la Dre Valérie Gur Aubert en ont tous dénoncé les dangers alors que des chirurgiens comme le Dr Yves Guisan en sont partisans.

Ceux qui se cabrent ne sont pas les mercantis que l'on veut dénoncer. Personnellement mon «avenir» professionnel est très largement derrière moi et le nouveau système ne m'induirait donc que peu de conséquences financières. Il en est de même du Dr Reto Tscholl, président de la FMS. Au contraire, nous nous opposons à un système de facturation qui relève de l'épicerie obsessionnelle avec des points à deux décimales pour évaluer le plus menu de nos gestes! C'est une véritable dévaluation dans la façon de concevoir notre profession. Un salariat serait bien moins humiliant. Avant TARMED vous êtes encore des médecins. Après TARMED vous serez ces petites fournies amasseuses de points électroniquement contrôlés et centralisés permettant enfin à ces caisses-maladie, dont vous ignorez tout, de connaître dans les moindres détails votre «profil médical». Ces fameux points iront nourrir une boîte noire, sorte de gros sésame électronique tout puissant qui validera ou non vos notes. Si par malheur cette machine détecte une incompatibilité, une «dignité» ou une qualification insuffisante pour les prestations effectuées elle vous renverra votre facture sèchement et sans commentaires. De plus ces innombrables renseignements, vous les fournirez à vos frais et ils serviront de base à vos «partenaires» pour décider s'ils veulent encore rembourser vos

patients ou non. Patients dont les droits seront piétinés dans la foulée car leur diagnostic devra figurer sur chaque note sinon ... retour!

On m'a dit que cet article était peine perdue. Que les jeux étaient faits et que la grande masse des médecins votera comme la Chambre médicale du 13 décembre, «par gain de paix et pour prouver notre bonne volonté aux autres parties». Ils se souviendront alors des paroles de Churchill: «*quand on cherche la paix au prix du déshonneur on récolte le déshonneur mais on n'obtient pas la paix!*».

Le Dr Yves Guisan trouve que nous menons un combat d'arrière-garde. Peut-être a-t-il raison. Peut-être le destin des médecins suisses est-il déjà scellé comme il l'a été dans plusieurs pays voisins. Ce terme d'arrière-garde ne me gêne pas. Pourquoi devrions nous toujours nous adapter à «l'ordre nouveau» par crainte ou indifférence? Chers Confrères, réfléchissez bien. Vous êtes encore pour très peu de temps maîtres de votre destin.

*Dr Gilbert Guignard, Payerne*

**TARMED kommt**

TARMED kommt, die FMH hat definitiv beschlossen, die Kröte zu schlucken. Frohlocken können nur die Kassenbosse. Mit einem sinnfremden Instrumentarium werden sie künftig bestimmen, wer was und wie zu kurieren hat. Apparate sollen wir werden, die ein durch Zahlenwerte erfasstes Produkt zu liefern haben. Wer am Planziel vorbei oder zu teuer produziert, kann erkannt und ausgemerzt werden.

Da ist noch die Urabstimmung. Wollen wir Ärzte damit allen, die uns das eingebrockt haben, ein Dankeschön sagen? Und damit gleich auch alle Schuld zum voraus übernehmen für Pannen und Chaos bei der Umstellung?

Keine Angst, TARMED kommt so oder so, auch wenn wir ihn nicht wollen. Aber ist es nötig, dass wir uns schon im voraus als Prügelknaben anbieten für die Probleme, die mit Sicherheit kommen werden. Stimmen wir NEIN.

*Dr. med. Urs Latscha, Reinach*

**Urabstimmung TARMED**

In der Schweizerischen Ärztezeitung äussert sich der Präsident der FMH im Editorial zur Urabstimmung TARMED vom kommenden 4. März 2002 [1]. Am Schluss seiner Ausführungen ruft er alle Mitglieder der FMH auf, von ihrem Stimmrecht Gebrauch zu machen mit der Empfehlung des Zentralvorstandes: «die Einführung von TARMED als Vertragstarif für ambulante Leistungen im Sozialversicherungsbereich nun ein für allemal zu beschliessen».

Im Artikel «Absehbare Auswirkungen von TARMED» von Dr. med. W. Häuptli, dem Vorsitzenden der Verhandlungsdelegation Reengineering, wird festgehalten, dass «mit TARMED künftig gesamtschweizerisch ambulante erbrachte Leistungen zulasten der Sozialversicherung abgerechnet werden sollen» [2].

Als Facharzt FMH für Anästhesiologie und damit invasiv und ausschliesslich stationär bzw. teilstationär (Tagesklinik) tätig sowie seit Jahren tarifpolitisch kantonal aktiv habe ich mit entsprechendem Interesse den Werdegang von GRAT und anschliessend TARMED mitverfolgt.

Bei der Durchsicht der zur Abstimmung vorliegenden Tarifstruktur Version 1.1 fällt nun aber auf, dass von den etwa 4500 Leistungsnummern nur etwa 1500, d.h. rund ein Drittel, den ambulanten Bereich betreffen, wobei ambulante den Leistungsbereich von Arztpraxen, Instituten, Spitalambulatorien, Polikliniken und Notfallstationen umfasst. Die anderen zwei Drittel des Leistungskatalogs beinhalten Leistungen aus dem stationären und teilstationären (Tageskliniken) Spitalbereich, wo zur Qualitätssicherung eine Spitalinfrastruktur mit entsprechenden Pflege- und Betreuungsstandards unabdingbar ist.

Die strittigsten Punkte bezüglich TARMED zwischen der FMH und der FMS – ich erwähne nur stichwortartig Assistenzdotations, Aufwachaumbedürftigkeit, Dignität und Produktivität operativer ärztlicher Tätigkeiten – fallen in den stationären/teilstationären Leistungsbereich, über den nach den oben erwähnten Aussagen der FMH-Repräsentanten Anfang März aber nicht abgestimmt werden soll.

Im erwähnten Editorial wird nun unter anderem die Abstimmungsfrage: «Wollen Sie die Tarifstruktur TARMED Version 1.1 [...] annehmen?» zitiert [1]. Ich muss daher davon ausgehen, dass der Zentralvorstand der FMH eigentlich offiziell nur über den Teilbereich ambulante der neuen Tarifordnung TARMED abstimmen lassen will, die Frage, aus was für Gründen auch immer, aber so formuliert ist, dass das Tarifwerk in seinem gesamten Leistungsumfang zur Urabstimmung gelangen wird.

Ein klärendes Wort von berufener Seite drängt sich daher auf, damit die schon genügend verunsicherte Basis sich dazu bis zur Urabstimmung eine Meinung bilden kann.

*Dr. Karl Niedermann, Küssnacht*

- 1 Brunner HH, Müller Imboden A. Urabstimmung TARMED. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(1-2):3.
- 2 Häuptli W. Absehbare Auswirkungen von TARMED. Schweiz Ärztezeitung 2002; 83(4):123-4.

## Forum



## Urabstimmung TARMED

Für mich ist der TARMED OK, inakzeptabel aber bleibt die Codierpflicht in den Rahmenverträgen: nicht wegen der Diagnosemitteilung, die ist ja im LAINF-Bereich inkl. Unterlagen aushändigung in Art. 54 vorgeschrieben, so dass eine allfällige Klage wegen Geheimnisverletzung entkräftet wäre (vgl. letzthin in Ärztezeitung, wo auch auf die Schweigepflicht sämtlicher Funktionäre [Art. 102] hingewiesen wird); nein, sondern weil dies eine nutzlose Mehrarbeit bedeutet, und als Do-it-yourself-Codierung durch tausend verschiedenste Ärzte unwissenschaftlich und epidemiologisch oder statistisch vollkommen wertlos wäre (z.B. würde die Grenze «Hypertonie» oder «nicht hypertensive Kreislaufleiden» je nach den letzten oder vorletzten Richtlinien oder ganz individuell verschiedenst gezogen oder arbiträr wie früher bei der Sentinella, wo genau definiert war, was als Grippeverdacht gilt; aber dann dennoch aus Wintertourismusorten nie eine einzige Grippemeldung erfolgte ...).

Sollen wir nun tatsächlich gezwungen werden, bei jeder Rechnungsstellung zur Diagnosedeklaration umständlich und mühsam einen Code nachzuschlagen? Solange die Versicherungen auch der Schweigepflicht unterstehen (KVG 83), darf die Angabe des Behandlungsgrunds in einer Amtssprache oder in Latein, so wie sie jeder Arzt im Kopf und in der KG vor sich hat (und es seit Jahrzehnten ohne Schwierigkeiten so handhabte), nicht plötzlich ein Vergehen werden, das Sanktionen nach sich zöge! Also «infektiöse Gaumenmandelentzündung» oder «Angina lacunaris streptococ.» und nicht ein Kryptogramm! Die berufsfremde, zeitaufwendige Arbeit des Codierens kann nachträglich durch jene erfolgen, die sie für nötig erachten.

Ich stimme mit Überzeugung: TARMED JA, Rahmenverträge (vorderhand) NEIN!

Dr. med. H. R. Schwarz, Porto Ronco

## Urabstimmung TARMED

aus der Sicht eines Belegarztes mit eigener Praxis: «Nein oder Nicht-Sein!, das ist hier keine Frage»

Wir sollen über etwas abstimmen, dessen Grundlagen geheimgehalten werden, von dem wir aber wissen, dass es gravierende Fehler enthält. Der SVBP (Schweizerische Vereinigung der Belegärzte) liegen bereits zwei Gutachten von Prof. Neubauer, München, vor, worin klare Mängel am TARMED aufgezeigt werden, was seine sogenannte Betriebswirtschaftlichkeit anbelangt. Es ist

immer noch so, dass die genauen Berechnungsgrundlagen des TARMED nur wenigen Einzelpersonen bekannt sind, und dass sich diese wenigen Einzelpersonen hinter einer Geheimhaltungspflicht verstecken. Könnte es denn sein, dass es etwas zu verheimlichen gibt?? Dieses Verhalten ist einer Demokratie nicht würdig, und solange diese Blackbox nicht gelüftet wird, fehlen uns die Grundlagen, um diesem Tarif zustimmen zu können. Sollten wir trotzdem im jetzigen Moment ein «Ja» in die Urne legen, müssten uns unsere Nachfahren den Vorwurf der Dummheit machen. Wir sind alle bereit, an einem gerechten und echt betriebswirtschaftlichen Tarif mitzuarbeiten; aber im jetzigen Zeitpunkt können wir lediglich der Nomenklatur mit gutem Gewissen zustimmen. Ein Beispiel aus dem TM-Tierbuch: Gemäss TARMED erhält der Operateur beim Kaiserschnitt an einer Frau etwa die Hälfte dessen, was ein Tierarzt beim Kaiserschnitt an einer Kuh erhält. Wo bleibt da die betriebswirtschaftliche Grundlage des TARMED? Hängt es mit der Anzahl Beine oder dem Gewicht zusammen? Wenn wir bei den Vierbeinern bleiben und unsere Gedanken etwas weiterschweifen lassen, so stossen wir bald auf das Sprichwort von den allerdümmsten Kälbern und ihrem Metzger ...

Als Belegarzt mit eigener Praxis wird es mir gemäss der geplanten TARMED-Einführungsversion nicht mehr möglich sein, grundversicherte Patientinnen und Patienten zu operieren, da die leerstehende Praxis im Tarif nicht berücksichtigt ist. Auch wenn der Taxpunkt 1.- betragen würde – woran wohl nur noch die ganz Gutgläubigen unter Ihnen glauben ... –, würde das System des Belegarztes mit eigener Praxis aussterben. Es lebe die Staatsmedizin! Wer Genaueres wissen möchte, kann sich einmal in England beim NHS umsehen. Was kümmert Sie das Anliegen eines Belegarztes, frage ich mich, während ich diese Zeilen schreibe?

Von allgemeinem Interesse dürfte folgendes sein: Die den FMH-Mitgliedern in der Urabstimmung vorgelegten Fragen sind nochmals unpräzise. Sowohl Frage A wie B [1] sind mit wichtigen Vorbehalten versehen: «Umsetzung der Vereinbarung zum Reengineering II bis zum 30. Juni 2003 und einvernehmlich zu vereinbarende Regelung des Datentransfers zwischen Ärztinnen/Ärzten und Versicherern.» Der Stimmberechtigte fragt sich zu Recht, was passiert, wenn diese Vorbehalte seitens der TARMED-Partner nicht im Sinne der Ärzteschaft erfüllt werden. Kein Normalsterblicher glaubt wohl im Ernst daran, dass dann die FMH-Führung den TARMED wieder ausser Kraft setzen werde. Also mangelt es auch hier der klaren, konsequenten und transparenten Verhandlungsposition seitens der Ärzteschaft. Vae victis!

Was werde ich als fast nicht mehr operierender Belegarzt in Zukunft wohl machen? Sprechstunde! Ob es wohl im Interesse

der Grundversorger ist, wenn die Kuchenstückchen noch kleiner werden, denn dann bleiben für den Einzelnen bei aufgrund der vielgerühmten Kostenneutralität stetig zerfallendem Taxpunktwert nur noch Krümel übrig!

H. U. Bratschi, Bern

- 1 Brunner HH, Müller Imboden A. Urabstimmung TARMED. Schweiz Ärztezeitung 2002;83(1/2):3.



## Intellektuelle und emotionale Kompetenz

Dass intellektuelle Kompetenz nicht immer einhergeht mit emotionaler Kompetenz zeigt sich leider auch sehr deutlich im Werk Albrecht von Hallers.

Ohne seine Verdienste schmälern zu wollen, möchte ich doch darauf hinweisen, dass er auch Tierversuche von erschreckender Grausamkeit durchführte [1] und sich offenbar nicht bewusst war, dass die enorme Qual, die er den Tieren zufügte, in keinem Verhältnis stand zum wissenschaftlichen Gewinn.

Doch urteilen Sie selbst:

## Experiment Nr. 39 «Eine Katze betreffend»

«Ich legte die Knochenhaut der Tibia frei und die Kniegelenkscapsel. Ich öffnete diese Kapsel und liess genügend Vitriol in die Gelenkhöhle tropfen um die ganze Oberfläche der Knochen, des Knorpels und der Knochenhaut zu bedecken. Alles wurde verätzt. Das Tier liess kein Wehklagen hören. Aber als ich den Nerv erfasste, der mit den Sehnen der Beugemuskeln verläuft, wurde es rasend vor Schmerz und gab alle Zeichen heftigster Verzweiflung von sich.»

## Experiment Nr. 190 «Einen Hund betreffend»

«Ich durchschnitt eine Partie der Hinterbacke und fand den Ischiasnerf, der entlang dem Pyramidenmuskel verläuft. Ich ligierte (= abbinden) den Ischiasnerf; das Tier stiess entsetzliche Schreie aus, fiel in Krämpfe und verlor die Bewegungsfähigkeit des Beines. Es starb dennoch erst am 20. Tag. Es zeigte sich, dass der Ischiasnerf von der Abbindung durchtrennt worden war oder durch die starke Eiterung, die aufgetreten war.»

Es ist erstaunlich und kaum begreiflich, dass auch heute noch das Werk, das obige Auszüge enthält, wie folgt beurteilt wird [2]: «Die alles entscheidende Forschungsmethode aber war das Experiment am lebenden Körper. Mit der systematischen Durchführung zahlreicher Tierversuche zur Bestimmung von Sensibilität und Irritabilität (Reizbarkeit) einzelner Körperteile kann Haller als Begründer der experimentellen Physiologie gelten. Als Resultat seiner Untersuchungen (De part. irrit. 1753) ordnete er spezifischen

organischen Strukturen spezifische Eigenschaften zu (Muskel – Irritabilität; Nerv – Sensibilität) und hielt damit die bisher unklar getrennten Bereiche der Bewegung und Empfindung auseinander. Dadurch löste er eine europaweite Kontroverse aus, welche die medizinischen Konzepte in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts wesentlich mitprägte.»

Kein Wort zur beispiellosen Grausamkeit dieser Versuche.

Ghandi schrieb: «Die Grösse einer Nation und ihre moralischen Fortschritte können aufgrund der Weise beurteilt werden, wie diese ihre Tiere behandelt.» Wie steht es heute um unseren «moralischen Fortschritt»?

*Dr. med. Markus Deutsch, Ärztinnen und Ärzte für Tierschutz in der Medizin (www.aerztefuertierschutz.ch)*

- 1 von Haller A. Memoires sur la nature sensible et irritable des parties du corps animal. T. 1, 1756, t. 2–4, 1760.
- 2 [http://www.haller.unibe.ch/wmedi\\_d.html](http://www.haller.unibe.ch/wmedi_d.html).

## Replik

Als Autor der von Herrn Deutsch kritisierten Zeilen auf der Homepage des Forschungsprojekts Albrecht von Haller ([www.haller.unibe.ch](http://www.haller.unibe.ch)) nehme ich zum Vorwurf Stellung, nicht auf die Grausamkeit der von Haller durchgeführten Tierversuche hingewiesen zu haben. Ich habe damit tatsächlich eine Chance verpasst, Geschichte fruchtbar in eine heute aktuelle Diskussion einzubringen. Allerdings muss der Historiker gerade in der Bearbeitung von Themen, welche gegenwärtige Sensibilitäten betreffen, vorsichtig sein. Ein Eingehen auf die ethische Problematik des Tierversuchs in einer achtzeiligen Beschreibung von Hallers physiologischen Arbeiten bedeutet eine Verlagerung der Schwerpunkte, indem sie Aspekte in den Vordergrund stellt, die in der heutigen Debatte dominieren, zu Hallers Zeit aber randständig waren. Dies hängt u.a. damit zusammen, dass das cartesianische Bild vom Tier als nicht beseelter und empfindungsloser Maschine noch weiterwirkte. Dennoch hat es Kritik an den Tierversuchen gegeben, und Haller war sich des Problems durchaus bewusst. Bereits auf der ersten Seite seines berühmten Traktats spricht er von «mir selbst verhassten Grausamkeiten [...], die aber doch der Nutzen für das menschliche Geschlecht, und die Nothwendigkeit entschuldigen werden». Damit drückt Haller seine Zuversicht aus, dass sich das von Herrn Deutsch postulierte Missverhältnis eben gerade nicht einstellen werde. Mit dem Verweis auf die Notwendigkeit der Versuche deutet er an, dass gewisse Erkenntnisse über physiologische Prozesse nicht anders als durch das Experiment am lebenden Tier erlangt werden können.

Inwiefern das so gewonnene Wissen die Tierversuche rechtfertigen kann, ist letztlich

eine Frage des Standpunkts. Aus wissenschaftshistorischer Sicht waren Hallers Forschungen fundamental, indem sie spezifisch biologische Eigenschaften experimentell nachwies und damit die Etablierung einer neuen Wissenschaft vom Lebendigen förderten, welche sich vom vorherigen mechanistischen Verständnis der Körperabläufe absetzte. Auch aus praktisch medizinischer Sicht waren die Versuche nicht ohne Bedeutung, da sie gegen die damals herrschende Vorstellung auftraten, dass die Berührung oder Verletzung von Sehnen für Entzündungen, Abszess- und Gangränbildungen beim Aderlass sowie bei gewissen Verletzungen verantwortlich sei. Sie verhalfen damit der Einsicht zum Durchbruch, dass Sehnennähte erlaubt sind und dass das damals übliche Aufgiessen von heissem Terpentinöl zur Desensibilisierung der Sehnen abzulehnen, ein aktives chirurgisches Eingreifen hingegen erwünscht ist. Dadurch änderte sich die Wundchirurgie wesentlich. Hallers Forschungen illustrieren das Dilemma in einer drastischen Weise wie vielleicht kein zweiter Fall. Sie basierten auf Tierexperimenten von kaum zu überbietender Grausamkeit, waren hingegen für die medizinische Theorie und Praxis von ausserordentlicher Bedeutung. Es ist nicht die primäre Aufgabe des Historikers, hier dezidiert Stellung zu beziehen, obwohl ihm dies keineswegs untersagt ist. Er muss hauptsächlich darum bemüht sein, historische Zusammenhänge aufzuzeigen, um den Leser zu einem eigenen Urteil zu befähigen und um simplifizierende Vereinnahmungen zu verhindern. Wer sich für eine solche kritische Auseinandersetzung mit der frühen Debatte um den Tierversuch interessiert, dem sei das Buch von Andreas-Holger Maehle [1] empfohlen.

Um abschliessend auf Hallers «emotionale Kompetenz» zu kommen, so ist der Anspruch, diese aus der Sicht der heutigen Tierdebatte beurteilen zu wollen, ziemlich fragwürdig. Hallers Forschungsverständnis ist dasjenige der damals verbreiteten Physikotheologie, welche die Welt als ein komplexes, von Gott geschaffenes Gebilde versteht, dessen Gesetzmässigkeiten es herauszufinden gilt, ohne dass dabei für den Menschen alles ergründbar wäre. Damit hat Forschung eine religiöse Komponente und ist auch von Gott gebilligt, ja sogar gefordert, insofern sie der Menschheit dient. Dies ist die anthropozentrische Sichtweise des 18. Jahrhunderts. Es sei nicht verschwiegen, dass es auch Stimmen gab, die das Leiden des Tieres stärker in dieses Bild mit einbezogen als Haller und der Grossteil der Naturforscher, Pierre Lyonet etwa, das gern zitierte Extrembeispiel, beschränkte sich in seinen umfangreichen Raupenstudien auf die Tötung von acht Tieren, da er Mitleid mit ihnen hatte. Dagegen war Hallers emotionale Kompetenz fast ausschliesslich auf den Menschen gerichtet. In diesem Bereich allerdings ist sie ihm in sei-

ner Tätigkeit als Dichter, Arzt, Familienvater, Lehrer und Amtsträger nicht abzusprechen. Im übrigen ist Herrn Deutsch zuzustimmen in seiner Beurteilung, dass intellektuelle und emotionale Kompetenz nicht immer gepaart sind – weder früher noch heute.

*Dr. med. et lic. phil. Hubert Steinke, Bern*

- 1 Maehle A-H. Kritik und Verteidigung des Tierversuchs. Die Anfänge der Diskussion im 17. und 18. Jahrhundert. Stuttgart: Franz Steiner Verlag; 1992.



## Einführung neuartiger Waffen

Mit ausgesprochener Freude habe ich die ablehnende Stellungnahme der FMH zur geplanten Einführung von neuartigen Waffen für den Polizeidienst in der Schweiz gelesen [1].

Gemäss meinen Informationen werden in diesen Waffen Geschosse mit massiv geweberstörender Wirkung auf die Opfer verwendet. Diese Waffenart gehört offensichtlich zu den im internationalen Kriegsrecht verbotenen Waffen.

Ich glaube, die FMH tat gut daran, sich gegen die Einführung geächteter Waffen – auch und besonders im eigenen Land – zu äussern, denn sehr gerne berufen wir Schweizer uns auf unsere humanistischen Ideale und Traditionen. Hic Rhodos, hic salta!

*Dr. X. Furrer, Grosswangen*

- 1 FMH. FMH besorgt über neue Geschosse. Schweiz Ärztezeitung 2001;82(45):2379.



## Liebe ANNA

Deine Zeichnung in der Weihnachtsnummer der Schweizerischen Ärztezeitung empfinde ich als einer akademischen Zeitung unwürdig. Ich fühle mich in meinen religiösen Gefühlen verletzt und ich könnte mir vorstellen, dass es vielen ähnlich ergeht. In jeder andern Weltreligion würden Darstellungen von jeweils Heiligem ebenfalls nicht verstanden und Abscheu erwecken. Für mich hat Deine Satire den guten Geschmack verlassen. Für das Neue Jahr wünsche ich Dir viele gute Einfälle.

*Dr. med. Paul Stucky, Jona*

PS. Unterdessen konnte ich auch von andern Ärzten gleiche Reaktionen vernehmen.

## Forum

**Manipulations vertébrales: précisions**

C'est avec grand plaisir que j'ai lu récemment votre article paru dans le Bulletin des Médecins Suisses intitulé: «Manipulations vertébrales: précisions» [1]. Vous répondez aux Drs Rossetti, Combremont et Bogousslavsky qui discutaient d'une relation entre les manipulations vertébrales et les dissections artérielles dans une étude parue précédemment dans le même journal [2]. Malheureusement, si le début de vos précisions attestent d'un intérêt particulier de votre part pour le sujet traité antérieurement par vos confrères, la fin démontre une connaissance très partielle du dossier de la formation des ostéopathes en Suisse. Cette méconnaissance est d'autant plus grave et potentiellement lourde de conséquences que vous occupez une place à la Commission intercantonale de reconnaissance pour l'exercice de l'ostéopathie en Suisse (C.I.R.E.O.).

En tant que président de l'Association Suisse des Ostéopathes et enseignant de pratique manipulative à l'Ecole d'Ostéopathie à Genève, laissez-moi à mon tour vous apporter quelques précisions. Vous écrivez «[...] les qualifications des autres utilisateurs de ce type de traitement (c'est-à-dire les manipulations, ndlr), les ostéopathes, [...] les étio-pathes, [...] ne remplissent pas les critères de qualité pour effectuer ce genre de traitement.» Cette affirmation demande une définition des termes «qualifications» et «critères de qualité».

Si vous me le permettez, j'aimerais tout d'abord tirer un bref parallèle entre la formation des membres de l'association d'ostéopathes, dont je suis président, et la formation spécifique des médecins de médecine manuelle auprès de la SAMM, pour laquelle vous êtes responsable des cours francophones, enseignant, et, si je ne m'abuse, vice-président (c'est du moins à ce titre que vous avez co-signé avec MM. Dvorak, Grat-Baumann, Mühlemann et Psczolla un article intitulé «Osteopathische Medizin – Manuelle Medizin, Chiropratik, Osteopathie»).

Les pré-requis à l'admission dans notre établissement d'enseignement sont bien évidemment les sciences médicales de base, mais également une solide formation clinique et thérapeutique. Pour cette raison, les étudiants entrant en première année de l'EO-G sont soit physiothérapeutes, soit médecins. S'il est certain que les compétences de ces derniers à poser un diagnostic allopathique constituent un apport riche et précieux pour tout abord thérapeutique, il n'en reste pas moins que l'apprentissage de l'élaboration d'un diagnostic ostéopathique implique des connaissances de base non encore enseignées au cours du cursus universitaire.

Ces connaissances sont non seulement théoriques, comme l'anatomie fonctionnelle ou la bio- et pathomécanique segmentaires, mais également pratiques, telles la perception spatiale spécifique des segments mobiles ou la différenciation palpatoire fine des structures mécaniques ou aponévrotiques pour ne citer que celles-ci. Il faut avouer que sur ce point, les étudiants ostéopathes au bénéfice d'un diplôme de physiothérapeute sont avantagés. Vous m'accorderez que l'éducation au mouvement en général et à la manipulation en particulier est un chemin d'une incroyable complexité. Nous qui avons choisi de manière exclusive la main ou plutôt le geste comme outil de soin au quotidien depuis nos débuts pouvons en témoigner. Là encore, force est de constater que les étudiants issus d'un cursus où la main thérapeutique a été privilégiée et entraînée durant de longues années ont une bien meilleure base de travail pour l'apprentissage de la manipulation que les étudiants provenant d'une filière académique essentiellement théorique. Tous nos étudiants médecins vous le confirmeront: cet apprentissage long et ardu leur fait cruellement défaut.

Sur cette solide formation de pré-requis, les études à l'EO-G se déroulent à raison de 6 fois 7 jours par an, soit un stage tous les deux mois environ durant 5 années. Nos étudiants reçoivent donc près de 200 jours d'enseignement. C'est, selon nous, le minimum nécessaire pour garantir dans le cadre d'une formation post-graduée des professionnels que nous formons les «qualifications permettant de remplir les critères de qualité» que nous nous sommes fixés: un raisonnement ostéopathique strict et précis au service d'une gestuelle maîtrisée et efficace.

D'un autre côté la SAMM est réservée aux médecins. Le cursus de formation est organisé en 4 modules (3 jusqu'à l'an passé) de respectivement 4 et 5 jours pouvant s'effectuer sur 2 ans, donnant accès, après un examen intermédiaire, à trois modules de 5 jours, soit une formation complète répartie sur environ 33 jours. Selon le professeur J. Dvorak, responsable pour la formation continue SAMM, dans le bulletin des médecins suisses, «la SAMM s'est basée sur le curriculum officiel de l'American College of Osteopathy qui dispose d'un statut universitaire et dont les diplômés (DO) ont un statut légal identique aux diplômés (MD) des écoles de médecine américaines» [3]. A la fin des études et après examen, vos étudiants reçoivent une Attestation de formation complémentaire en médecine manuelle, non obligatoire devant la loi (contrairement à des formations comme l'acupuncture, l'ultrasonographie prénatale ou les examens radiologiques à forte dose) mais créée par la FMH «en tant qu'attestation de qualité exclusivement réservée à ses membres» [3].

Après un rapide tour d'horizon des équivalents européens concernant la formation des médecins à l'ostéopathie, on remarque que

la vôtre est à peu près équivalente en nombre d'heures à ce qui se passe chez nos voisins: le DIU (diplôme universitaire) de médecine ostéopathique se fait sur un volume horaire de 150 heures annuelles pendant 2 ans (50 heures de cours magistraux, 50 de travaux pratiques et 50 de stages) dans des facultés telles que Paris VI, Paris XII (Bobigny), Marseille, Lyon, Rennes, Toulouse, Lille, Dijon, etc. (réf. octobre 2000), bien qu'on trouve également une formation sur 2 ans au DIU de médecine manuelle et ostéopathie dans les facultés de Toulouse III, Aix Marseille II, Hôtel-Dieu Paris, Tours, Montpellier sur 157 heures réparties pour moitié de théorie et pour moitié d'«enseignement dirigé» (Responsable de formation: Pr X. Phelip, service de rhumatologie, CHU de Grenoble, tél. +33 476 76 51 36). En Belgique, les médecins peuvent passer un diplôme d'«approche médicale des manipulations ostéo-articulaires du rachis et des membres ainsi que des techniques myotensives» après un cours de 8 demi-journées par an (samedi de 14 h à 18 h) pendant 3 ans soit 24 demi-journées (Cliniques universitaires Saint-Luc, service du Pr J. De Nayer, renseignements M. H. Van Leeputten, tél. + 32 2 344 06 30). Je ne doute pas que ni les qualifications ni les critères de qualité n'ont été laissés au hasard par des institutions aussi sérieuses et dignes de confiance que la SAMM et la FMH réunies ou aussi strictes que des universités françaises de réputation internationale. Mais parallèlement, je peux personnellement vous garantir que nos diplômés, parmi lesquels vos confrères médecins, issus d'un cursus post-gradué de 200 jours d'études ont acquis une valeur énorme et une compétence irréprochable. Ils n'ont à ce titre certainement pas mérité l'amalgame avec des gens formés en 6 week-ends ni le qualificatif «d'autre utilisateur de ce type de traitement ne remplissant pas les critères de qualité pour ce genre de traitement» ...

Je vous propose, afin d'éliminer définitivement toute peur, ignorance ou incompréhension réciproque, de réfléchir à la mise sur pied de rencontres bi- ou multipartites où nous pourrions échanger nos impressions, expériences et compétences professionnelles dans le but de faire progresser à travers l'ostéopathie et la médecine manuelle qui nous tiennent tant à cœur l'espace de santé publique de nos contemporains.

*Pierre Bédât, Président de l'Association Suisse des Ostéopathes, Thônex*

- 1 Gauchat M-H. Manipulations vertébrales: précisions. Bull Med Suisses 2001;82(32/33): 1765-6.
- 2 Bogousslavsky J, Combremont PC, Rossetti AO. Dissections artérielles lors de manipulations cervicales: attention, danger! Bull Méd Suisses 2001;82(10):495-7.
- 3 Dvorak J. Modification du curriculum de formation en médecine manuelle de la SAMM en 2000. Bull Méd Suisses 2000;81(5):238-40.

### Réplique

Sans entrer dans les détails de votre lettre, je tiens à préciser que dans un Etat de droit, il appartient tout de même aux outsiders qui proposent une nouvelle voie de formation d'informer les autres professions déjà établies et d'apporter des preuves de qualité de la formation proposée ce qui ne se mesure pas uniquement sur le nombre d'heures effectuées mais surtout sur les qualifications académiques des enseignants et le contrôle de la formation par des examens reconnus par la communauté universitaire.

A mes yeux, la sécurité des patients reste primordiale et pour cette raison, je défends l'idée, dans le cadre de mon mandat à la CIREO, d'exiger de tous les candidats qui demandent une autorisation de pratique de l'ostéopathie, le passage d'un examen portant sur les branches cliniques, du même niveau que celui des chiropraticiens (effectué sous le contrôle de la Conférence des Directeurs cantonaux des affaires Sanitaires CDS), permettant ainsi une évaluation pratique de la formation reçue. Cette procédure me semble garantir un minimum de protection pour les patients et est défendable tant sur le plan de la santé publique que sur celui de l'égalité de traitement des professionnels de la santé.

*Dr Marc-Henri Gauchat, Sion*

### Pressemitteilung

#### STOP AIDS lanciert «Catch the sperm 2», das Spiel, auf das 18 Millionen Surferinnen und Surfer warten

*Eine Präventionskampagne des Bundesamtes für Gesundheit, in Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe Schweiz*

Im Jahr 2001 waren es mehr als 18 Millionen Surfer aus 104 Ländern, die das von [www.stopaids.ch](http://www.stopaids.ch) lancierte Gratis-Präventionsspiel «Catch the sperm» heruntergeladen haben. Einen grösseren Ansturm hätte sich das nationale Portal für HIV-Prävention gar nicht wünschen können. Gestärkt durch diesen Erfolg hat STOP AIDS beschlossen, heute eine neue Spielepisode zu lancieren. Neue grafische Gestaltung, Figuren mit verändertem Look (Spermien, Viren und Bakterien), zusätzliche Spielebenen, an all das wurde gedacht, um die Spielbegeisterten glücklich zu machen. Die Taktik, um so viele Punkte wie möglich zu sammeln, bleibt die gleiche: der rücksichtslose Einsatz der

Kondomkanone gegen die Feinde der sexuellen Gesundheit, AIDS-Viren, Hepatitis-C-Viren, Herpes-Viren, Syphilis-Bakterien.

Das Präservativ als wirksame Verhütung – eine einfache und klare Botschaft, die STOP AIDS mit der Lancierung dieses Spiels vermitteln will. Das Zielpublikum? Die Neuankömmlinge der sexuell aktiven Bevölkerung: die Jugendlichen – eine für STOP AIDS wichtige Zielgruppe. Studien haben gezeigt, dass Jugendliche, die beim ersten Geschlechtsverkehr (durchschnittlich mit 16–17 Jahren) ein Präservativ benutzen, dies mit grosser Wahrscheinlichkeit auch in Zukunft tun werden. Das Bild, das sie vom «Gummi» haben, ist daher von entscheidender Bedeutung. «Catch the sperm 2» trägt dazu bei, dass das Präservativ als etwas Positives, Anziehendes und Alltägliches wahrgenommen wird.

Ab diesem Frühling können auch Mac-Anwenderinnen und -Anwender «Catch the sperm 2» importieren.

*Helena Urfer, BAG*

