



Les crédits de formation: pourquoi pas d'équivalences?

Le principal problème pour beaucoup de médecins qui n'ont plus besoin de se faire une réputation, professeurs universitaires, auteurs d'une masse critique d'articles médicaux, de traités, éditeurs ou collaborateurs de revues et journaux médicaux, spécialistes reconnus par les générations montantes, c'est que cette piteuse invention, reprise sans la moindre fantaisie de nos «big brothers» des Etats-Unis, nous oblige à perdre notre temps en nous déplaçant – parfois à travers les Alpes enneigées – pour aller entendre de jeunes médecins en formation ou «angehende PDs» exposer plus ou moins brillamment des notions qu'ils ont glanées en toute hâte dans nos propres publications ou que nous-mêmes avons contribué à inculquer dans le crâne des étudiants en médecine ou à transmettre aux collègues en formation post graduée, continue et posthume (FpGCpH). Ce qui manque essentiellement à la trouvaille des crédits de formation, c'est une équivalence pour ceux qui savent déjà depuis longtemps, et beaucoup mieux, ce que leurs propres élèves seraient censés leur apprendre. La publication d'un seul article dans une revue médicale de prestige (peer reviewed) devrait éteindre la dette de crédits pour au moins trois ans. Qui a déjà une longue liste de publications ou a une activité d'enseignement (de la médecine, bien entendu, pas de la cuisine) devrait être dispensé d'office de devoir justifier périodiquement ses titres devant une poignée de bureaucrates assoiffés d'autorité et de dominance qu'ils ne sont pas parvenus à acquérir par leur travail, leur édition, ou – dans de rarissimes cas – par les traces utiles qu'ils auraient laissées dans l'histoire des sciences médicales.

Dr L. de Clari, Lugano



Concerne sondage IHA-IMS sur les habitudes de prescription par les médecins

Comme chacun d'entre nous le sait, l'industrie pharmaceutique cherche, parfois très ouvertement par l'entremise d'institut de sondages, parfois indirectement lors de la visite des délégués médicaux à étudier les habitudes de prescriptions des médecins dans le but indiscutable d'améliorer son profit. Quelle ne fut pas ma surprise de constater que la FMH, et son Président en personne, s'associent à ce type de pratique et s'affiche ainsi ouvertement en tant que partenaire des milieux économiques en utilisant, de plus, des arguments pervers et simplistes visant à inciter le personnel du cabinet à faire remplir ledit questionnaire par le médecin: «gagnez en échange l'un des cinq bons d'une valeur de 1000.–» le niveau de l'argumentation ne s'élève, vous en conviendrez, guère au dessus des méthodes «people» employées par la publicité de boulevard.

Ainsi donc, la collusion, voire le conflit d'intérêt entre notre association et le monde des affaires, longtemps suspectée dans le domaine des assurances, s'affiche au grand jour. Survenant à un moment particulièrement critique où le corps médical serait en droit d'attendre de son organisation faitière qu'elle consacre toute son énergie à la défense de ses intérêts, ce type de dérive laisse songeur. Après avoir exigé plusieurs milliers de francs pour l'obtention d'un titre FMH, notre association adopterait-elle un comportement délibérément orienté sur le profit? A qui cela profite-t-il?

Dr Jean-Pierre Stamm, Versoix



Consultations faites en dehors des heures ouvrables

TARMED ne fait pas de différence entre les consultations médicales prodiguées durant les heures ouvrables (7.00–19.00) et celles données en dehors de ces heures, en soirée ou les week-ends et jours fériés. Ceci résulte probablement d'un oubli ou d'une méconnaissance du mode de fonctionnement de certains médecins, en campagne notamment, et plus particulièrement des centres médicaux d'urgences existants dans toutes les grandes agglomérations.

Certes TARMED prévoit des suppléments pour urgences, mais les consultations faites en dehors des heures ouvrables ne résultent pas toujours de l'urgence médicale et les critères de facturation de ces suppléments ne peuvent pas toujours être respectés. L'ancien tarif, notamment le vaudois, prenait en compte ces cas de figure.

Nous souhaitons entreprendre des démarches auprès des instances concernées afin de faire admettre cet état de fait et qu'une ou plusieurs nouvelles positions tarifaires soient créées dans TARMED pour ce type de consultations. Si vous vous sentez concernés par cette question, nous vous prions de bien vouloir contacter Vidy Med, route de Chavannes 11, 1007 Lausanne (tél. 021 622 88 88, M. Marthe) ou par e-mail à l'adresse: info@vidymed.ch

Dr Olivier Raccaud, Lausanne

Dr Michel Eddé, Lausanne



Ethik im Gesundheitswesen [1]

Es ist sehr zu begrüssen, dass die Schweizerische Ärztezeitung die Diskussion über Probleme am Lebensende in Form von Fallbeschreibungen aufnimmt: – Sterbewünsche und allfällige Beihilfe zum Sterben können wirklich nur im Rahmen einer personalen Arzt-Patienten-Beziehung und nur im Einzelfall angemessen wahr- und aufgenommen werden. Der gesetzliche Rahmen ist klar gegeben. Konkret betrifft das nur passive Sterbehilfe, indirekt aktive Sterbehilfe und Beihilfe zum Suizid.

Der Entscheid, wann eine Behandlung nicht mehr dem Leben, sondern nur noch der Verlängerung eines Leidens dient, kann nie allgemeingültig, für alle Fälle richtig, gefällt werden. Dasselbe ist zu einem Verlangen nach Beihilfe zum Freitod zu sagen: wenn ein Mensch autonom über den Zeitpunkt seines Sterbens bestimmen will, tut er es ja auch nicht einfach freiwillig, sondern weil ihn seine Krankheit oder nicht mehr aushaltbare Schmerzen und Behinderungen an das Ende seiner Kraft gebracht haben und er selber keinen Sinn in seiner Weiterexistenz findet. Die Besorgnis und die Argumentation von Dr. Zimmerli verstehe ich nicht. Was bringt das allgemeine Zitieren des hippokratischen Eids und der Bibel? Bei Hippokrates wurden aussichtslose Fälle erst gar nicht zur Behandlung aufgenommen und Blasensteine operieren war viel zu gefährlich. Und das mosaische Gesetz «Du sollst nicht töten» hat nichts mit Medizin zu tun, sondern ist nur das ausdrückliche Verbot, die Blutrache selber an die Hand zu nehmen.

Die Entwicklungsmöglichkeiten des Homo sapiens – auch das ist von Gott gegeben! – haben dazu geführt, dass in unserer Zivilisation kein Mensch eines «natürlichen» Todes mehr sterben kann. Die vielen Möglichkeiten der Lebensverlängerung können deshalb zu einer Verlängerung des Leidens entarten und wir Mediziner stehen in der Gefahr einer falschen Allmachtsstellung, wenn wir nur Leben verlängern als unsere Aufgabe sehen. Jeder Mensch kommt an seine Grenze – und wir Ärzte sollten dann dessen persönliche Lebensgeschichte und nicht die medizinischen Möglichkeiten als Hauptaufgabe sehen. Ich bin sicher, dass viele Kollegen ihren Patienten beim und zum Sterben helfen und damit eine wichtige ärztlich-menschliche Aufgabe erfüllen.

Dr. med. R. Böni, Madiswil

1 Zimmerli W. Ethik im Gesundheitswesen. Schweiz Ärztezeitung 2003;84(51/52):2708-9.