

## Le forum du Comité central

L'idée de créer ici un forum de discussion entre les lecteurs et lectrices du BMS et le Comité central de la FMH semble avoir correspondu à un besoin: nous recevons réellement beaucoup de contributions de toutes sortes!

Nous poursuivons aujourd'hui la publication d'envois concernant la médecine complémentaire, et y ajoutons deux documents sur d'autres sujets.

En outre, nous avons reçu plusieurs communications longues qui ne demandent pas tant qu'on y réponde, que d'être lues; trois d'entre elles figurent à la fin de cette rubrique, et d'autres encore suivront la semaine prochaine.

Le Comité central souhaite beaucoup que les échanges s'intensifient encore dans cette rubrique, et il vous encourage vivement à écrire, sur n'importe quel sujet qui vous préoccupe!

*Jacques de Haller*

## Forum des Zentralvorstands

Die Idee eines Forums für Diskussionen zwischen den Leserinnen und Lesern der SÄZ und dem Zentralvorstand der FMH scheint einem Bedürfnis zu entsprechen: Wir erhalten wirklich zahlreiche Beiträge aller Art!

Wir setzen nun die Veröffentlichung von eingegangenen Mitteilungen zum Thema Komplementärmedizin fort und behandeln zwei weitere Beiträge zu anderen Fragen.

Ausserdem haben wir verschiedene lange Mitteilungen erhalten, die nicht so sehr einer Antwort bedürfen, sondern einfach gelesen werden sollten. Drei davon befinden sich am Ende dieser Rubrik, und nächste Woche werden noch weitere folgen.

Der Zentralvorstand wünscht sich eine weitere Intensivierung der Diskussion in dieser Rubrik und möchte Sie herzlich einladen, sich zu allen Themen, die Sie beschäftigen, zu Wort zu melden.

*Jacques de Haller*



### Soll die FMH die komplementärmedizinischen Aktivitäten fördern?

Zwei Artikel, zwei Welten! Hier die vom rationalen gallischen Geist getragene Analyse, in welcher die heutige large Praxis der steten Ausweitung des Katalogs kassenpflichtiger Leistungen beklagt und zur Rückbesinnung auf eine evidenzbasierte Medizin aufgerufen wird [1]. Dort die vom helvetischen Drang nach Konsens, sozialem Frieden und Besitzstandswahrung getragene Version, wonach nicht Grundsatzfragen, sondern die Akzeptanz bei Publikum und Ärzteschaft ent-

scheiden sollen, was der Patient konsumieren, der Arzt applizieren und in Rechnung stellen und die Sozialversicherung bezahlen dürfe [2]. Dieses System der Leistungsinflation hat so lange funktioniert, als der Staat willens und auch in der Lage war, einen immer grösseren Anteil der Kosten zu übernehmen. Jetzt ist offenbar eine Grenze erreicht: Der finanzielle Beitrag der Öffentlichen Hand wie auch die Individualprämien der Versicherten sind nur noch, wenn überhaupt, gegen zunehmenden Widerstand zu erhöhen. Was ist also zu tun? Kosten senken oder wenigstens stabilisieren, sagt jeder vernünftige Mensch. Hat das Konsequenzen für die FMH? Gewiss. Sie muss Stellung beziehen und um glaubwürdig zu bleiben, kann sie nur den Vorschlag von P. Vallotton unterstützen. Das mag für manchen – Bundesrat, Patienten und Arzt – schmerzhaft sein, hat man doch nicht schlecht damit gelebt, stets mehr Leistungen anbieten oder konsumieren zu können, welche wohl das subjektive Wohlbefinden heben mögen, aber mit Gesundheit und Krankheit wenig zu tun haben und zudem von einem anonymen Dritten zu berappen sind. Die limitierten Mittel, die der obligatorischen Krankenversicherung heute und in Zukunft zur Verfügung stehen, sind darum notgedrungen auf das zu konzentrieren, was erwiesenermassen etwas bringt.

All die andern schönen Dinge, an die man so gerne glaubt und die überdies meist wohltun, soll man sie nun verbieten? Mitnichten. Hier ist das freie Feld der Privatversicherungen. Sie werden sicher Policen anzubieten wissen, worin jeder individuelle Wunsch auf befriedigende Weise abgedeckt werden kann, von A (Akupunktur) bis Z (Zahnprothetik). Dann könnte unserer Regierung und dem obligatorisch versicherten Normalverbraucher auch der aktuelle Streit fernöstlicher Akupunkteure um die richtige Lage von Meridianen und 361 Akupunkturpunkten schnuppe sein [3].

*Dr. med. Jakob Wanner, Zollikerberg*

- 1 Vallotton P. Soll die FMH unter ihren Mitgliedern das komplementärmedizinische Angebot fördern? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(1):24-7.
- 2 Fritschi J. Soll sich die FMH für die Erhaltung oder sogar für die Förderung komplementärmedizinischer Angebote bei ihren Mitgliedern einsetzen? Schweiz Ärztezeitung 2005;86(1):27-30.
- 3 Jede Nadel an ihrem richtigen Ort. NZZ 2005, Nr. 9, 19.



Photo Keystone



Cher Collègue,  
 Merci de cette réflexion; il est vrai que beaucoup de gens (dont l'Office fédéral de la santé publique!) disent que la médecine complémentaire augmente le volume des prestations; est-ce sûr? Est-ce que les patient-es suivent toujours deux traitements en parallèle, ou font-ils/elles l'un après l'autre, par insatisfaction ou manque de résultats du premier traitement?

*Jacques de Haller*

Verehrter Kollege  
 Herzlichen Dank für Ihre Überlegungen. Tatsächlich behaupten viele (u. a. auch das Bundesamt für Gesundheit!), die Komplementärmedizin führe zu einer Leistungszunahme, aber stimmt das auch? Nehmen die Patientinnen und Patienten tatsächlich gleichzeitig oder hintereinander aus Unzufriedenheit oder wegen Ausbleibens von Ergebnissen zwei Behandlungen in Anspruch?

*Jacques de Haller*



### **Soll die FMH unter ihren Mitgliedern das komplementärmedizinische Angebot fördern?**

Herr Vallotton greift die Komplementärmedizin in seinem Artikel voll an. Auf der einen Seite sieht er die akademische Medizin als Wissenschaft, die sich dauernd in Frage stellt und nach besseren Lösungen für die kranken Menschen sucht. Auf der anderen Seite die Alternativmedizin, die (seiner Ansicht nach) aus Offenbarungen oder Dogmen besteht; sie zu praktizieren sei ein Akt des Glaubens ohne greifbaren Beweis.

Der Frontalangriff auf die Volksinitiative «Ja zur Komplementärmedizin» zeigt allerdings die «wissenschaftliche» Vorgehensweise von Herrn Vallotton auf: Diese Initiative strebe an (so behauptet Vallotton), dass «alle selbsternannten Therapieformen [...] unabhängig davon, ob sie von Ärzten angewandt werden oder nicht» von der Grundversicherung übernommen werden.

Die Aufnahme aller dieser Behandlungen in die Grundversicherung ist ausdrücklich kein Ziel der Volksinitiative «Ja zur Komplementärmedizin». Im Gegenteil, es wird mehrfach erwähnt, dass Leistungen von nicht-ärztlichen Therapeuten wie bis anhin durch die Zusatzversicherung gedeckt werden sollen. Um das zu wissen, hätte Herr Vallotton sich aber drei Minuten mit der Volksinitiative befassen und z.B. die Rückseite des 6zeiligen Unterschriftenbogens (im Internet für jedermann einsehbar als «5 Fragen zur Initiative») durchlesen müssen.

In diesem Licht stellt sich die Frage, was Herr Vallotton unter «akademisch» und «wissenschaftlich» versteht. Über irgendetwas zu schreiben, mit dem man sich gar nicht auseinandergesetzt hat? Denn genau diesen Eindruck vermittelt der ganze Artikel: Herr Vallotton hat sich mit der Komplementärmedizin als Ganzes genauso intensiv befasst wie mit der Volksinitiative: überhaupt nicht. Ihm genügen sein Glaube und seine Dogmen, um zu wissen, was recht ist.

*Dr. med. Marie-Christine Rudin, Binningen*



Je suis 100% d'accord avec Vallotton!

Obliger chaque citoyen/ne de ce pays à s'assurer a pour but d'offrir des soins de base reconnus utiles au maintien et au recouvrement de la santé.

L'ouverture aux médecines parallèles est sans limites: l'esthéticienne, si utile au moral et à l'estime de lui-même du/de la patient/e, devra t'elle être remboursée? Un gouffre financier risque bien de s'ouvrir, puis d'engloutir le système de l'assurance maladie. Des restrictions vont donc devoir être effectuées. Certaines seront violentes, comme le non remboursement des dialyses au-delà de 65 ans (il est vrai que les médecines «complémentaires» sont surtout consommées par des jeunes universitaires ...), ou le refus de prise en charge du traitement du cancer du poumon chez un fumeur ... Certaines seront plus «douces», comme la suppression du libre choix du médecin.

Je pense donc qu'il faut choisir, et pour moi c'est très clair, c'est non au remboursement des médecines «douces, complémentaires ou parallèles».

*François Mottu, Versoix*



Nous continuerons la publication des réactions sur ce sujet la semaine prochaine; les avis exprimés semblent toujours très tranchés – la position de la FMH devra-t-elle en conséquence être, elle, un consensus mou?!

*Jacques de Haller*

Wir werden die Veröffentlichung der Reaktionen zu diesem Thema nächste Woche fortsetzen. Die geäußerten Meinungen scheinen weiterhin sehr gegensätzlich: muss folglich die Haltung der FMH aus einem lahmten Kompromiss bestehen?

*Jacques de Haller*



### **Kommunikation**

Sie kündigen in der SÄZ Nr. 1/2005 ein hehres und begrüssenswertes Vorhaben an: Die Verbesserung der Kommunikation und die Verbesserung der Möglichkeit der Meinungsäußerung. Schlecht, so schlecht waren allerdings beide schon bisher nicht. Aber wenn sie noch besser werden sollen, warum nicht. Diese Bestrebung geht, wie zu verstehen ist, vom Zentralvorstand aus und bezieht die SÄZ, die sie wesentlich betrifft, mit ein.

Wenn ich mir nun einige Bemerkungen erlaube, mögen sie sich an den ZV oder an die SÄZ richten, beide mögen daraus entnehmen und als Ganzes oder partiell verwerten, was und wie es ihnen frommt. Uns, den Meinungsäußerern, beide Gremien als Ansprechpartner zur Auswahl vorzulegen, macht die Sache nicht einfach.

Seit ich Mitglied der FMH und Empfänger der SÄZ bin, wurden immer wieder Verbesserungen angestrebt, Veränderungen vorgenommen, immer in der Absicht, allen Mitgliedern besser gerecht zu werden. Ob je abgeklärt wurde – natürlich durch eine Fragebogenaktion –, wer überhaupt die SÄZ liest, und wer was darin liest, welche Sparten bevorzugt werden oder ob die Zeitung ungelesen beiseitegelegt wird, weiss ich nicht. Eine solche Enquete würde mir wertvoll erscheinen.

Zur Sache: Erstens: Vielen anerkennenswerten Anläufen zur Verbesserung der Strukturierung,

der Zusammensetzung des Inhalts, der Grafik, der Lesbarkeit usw. usf. fehlte die Nachhaltigkeit.

Zweitens: Viele vermeintliche Neuerungen waren im Grunde genommen nur Neuauflagen. Niemand schien etwas von früheren ähnlichen Versuchen und Anstrengungen zu wissen.

Ein Beispiel: Wie oft wurde diskutiert, ob die SÄZ (und die FMH) nebst dem standespolitischen auch einen medizinisch-wissenschaftlichen Auftrag zu erfüllen habe. Je nach der Zeitströmung wurden dann entsprechende Anhänge für einige Monate oder Jahre beigelegt (zurzeit in Form des Forums) oder nach einigen Monaten oder Jahren wieder weggelassen. Zu weiteren immer wiederkehrenden Diskussionen mit unterschiedlichen Resultaten führte die Frage, ob feuilletonistische Beiträge, Erlebnisberichte, Kunstbetrachtungen, Glossen und Ähnliches, wie sie zurzeit und zum Teil von Kollege Taverna redigiert werden, einen Platz haben sollen. Und weiter. So wenig man Rückschau auf frühere Diskussionen feststellen kann, so wenig nehmen Autoren Bezug auf früher erschienene Beiträge. Sie haben diese vielleicht nie gelesen, vielleicht vergessen oder übersehen oder Erwähnung nicht für würdig gehalten. Dazu auch zwei Beispiele: Sterbehilfe, die Autoren in der Nummer 49 gehen mit keinem Wort auf die kurz vorher erschienenen Einsendungen ein. Die Referate zur Komplementärmedizin in Nr. 1 2005 übergehen alle früheren Einsendungen zum Thema (u. a. von Prof. Geiser, Dr. Thürlimann, Jakob Bösch [CAM in den USA!], K. Bösch [zu J. Bösch und Bekenntnisse zu meiner Gesundheit] und vielen anderen).

Wegen solcher Unterlassungen werden offene Türen noch und noch eingerannt. Ist es nicht bereits eine ähnliche Erscheinung, dass man in Nr. 2 der SÄZ nichts mehr über die beiden Anliegen der Nr. 1 (Kommunikation, Komplementärmedizin) zu lesen bekommt?

Kurz, die Aufgabe, die Sie sich gestellt haben und die jede Unterstützung verdient, ist anspruchsvoll, personal- und zeitintensiv. Sie wird vielleicht dadurch etwas erleichtert, dass unsere Kollegen wenig lesefreudig (s. o.) und noch weniger schreibfreudig und mitteilbar sind. Jedenfalls wünsche ich Ihnen für die Durchführung alles Gute und grüsse Sie (wie man früher zu sagen pflegte!) mit kollegialer Hochachtung

*Dr. med. Kurt Bösch, Rorschacherberg*



Die Bemerkungen von Kollege Kurt Bösch sind uns sehr wertvoll. Sie sind letztlich ein Beispiel dessen, was wir suchen, nämlich eine Form des direkten Kontaktes mit unseren Mitgliedern, ein Forum der Auseinandersetzung mit den Inhalten der Gesundheitspolitik und den Themen des Gesundheitswesens in unserem Land. Seit die FMH mit der Gründung des Schweizerischen Ärzteverlages EMH im Jahr 1997 die unternehmerische Verantwortung für ihre publizistischen Produkte übernommen hat, wurden tatsächlich immer wieder Optimierungsversuche und Änderungen vorgenommen. Die grundsätzliche Ausrichtung allerdings wurde bereits zu Beginn festgelegt und im wesentlichen beibehalten. Hierzu gehört insbesondere die Überzeugung, dass die FMH neben dem berufspolitischen auch einen medizinisch-wissenschaftlichen Auftrag zu erfüllen hat. Aus Erfahrungen über das Leseverhalten unserer Mitglieder wurde daher das zentrale «Drei-Zeitschriften-Konzept» der EMH entwickelt: Swiss Medical Weekly (SMW) als englischsprachiges, internationales Publikationsorgan für Originalarbeiten; Schweizerisches Medizin Forum (SMF) als redaktionell unabhängige Fortbildungszeitschrift und Schweizerische Ärztezeitung (SÄZ) als standespolitisches Informationsorgan. Alle drei Produkte haben in den vergangenen Jahren eine starke Entwicklung durchgemacht. Die SMW hat ihre internationale Position deutlich gestärkt und ihren Impact factor auf 1,2 vervierfacht. Das Forum (SMF) hat sich aus dem Stand heraus zu einem anerkannten Referenzwerk entwickelt, das in der Praxis, aber auch von jüngeren Spitalärztinnen und -ärzten und auch Studierenden zur kontinuierlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung genutzt wird. Wenn wir in diesem Jahr das Augenmerk wieder auf das Flaggschiff Schweizerische Ärztezeitung legen, so hat das verschiedene Gründe. Vor allem hat sich der ZV der FMH wesentlich erneuert und sucht eine neue und direktere Form der Information und Kommunikation. Wir haben den Bedarf festgestellt, das Profil der FMH-Politik klarer sichtbar zu machen und Positionen besser zu erläutern. Die SÄZ soll aber kein Verlautbarungsorgan eines Zentralkomitees werden, sondern weiterhin einer lebendigen und freien Redaktionspolitik verpflichtet bleiben. Letztlich wollen wir für unsere Zeitschriften nur eines erreichen: wir möchten noch attraktiver werden für den Leser. Wenn wir damit offene Türen einrennen, um so besser.

*Dr. med. Ludwig T. Heuss, MBA  
Präsident des Verwaltungsrates EMH,  
Mitglied Zentralvorstand FMH*

Les remarques de notre confrère Kurt Bösch nous sont précieuses. Elles sont un exemple de ce que nous souhaitons, à savoir le contact direct avec nos membres et la création d'un forum de débat dans les domaines de la politique de la santé et de la santé en général dans notre pays. Depuis que la FMH, grâce à la fondation des Editions médicales suisses (EMH) en 1997, assume la responsabilité d'entreprise pour ses produits journalistiques, de nombreux efforts ont effectivement été accomplis dans une optique d'optimisation et de changement. La ligne directrice de base a néanmoins été fixée dès les prémices de la publication et demeure préservée pour l'essentiel. Elle repose tout particulièrement sur la conviction que la FMH, hormis son mandat de politique professionnelle, en assume un autre, médico-scientifique celui-là. L'expérience des habitudes de notre lectorat nous a alors conduits à développer un concept rédactionnel tripartite: Swiss Medical Weekly (SMW), publication internationale en anglais destinée à présenter des travaux originaux, Forum médical suisse (FMS), magazine indépendant dédié à la formation professionnelle continue, et Bulletin des médecins suisses (BMS), organe d'information en matière de politique professionnelle. Les trois publications se sont considérablement développées ces dernières années. Le SMW a nettement assis sa position internationale et quadruplé son facteur d'impact, qui est désormais de 1,2. Le FMS s'est également développé jusqu'à devenir une référence pour la formation prégraduée, postgraduée et continue, aussi bien auprès des médecins praticiens que des jeunes médecins hospitaliers et des étudiants en médecine. Il y a par ailleurs plusieurs raisons d'accorder cette année, une nouvelle fois, toute notre attention au produit-phare, le Bulletin des médecins suisses: la principale d'entre elles est que le CC de la FMH a grandement renouvelé ses effectifs et se cherche une nouvelle voie, plus directe, dans les domaines de l'information et de la communication. Nous avons constaté le besoin de définir plus clairement le profil politique de la FMH et de mieux expliquer ses positions. Le BMS ne saurait cependant se vouloir simplement l'organe de communications d'un comité central, il doit continuer de se faire l'écho d'une politique rédactionnelle libre et vivante. Nous ne voulons, en définitive, qu'augmenter notre attrait auprès des lecteurs, quitte, comme vous le dites, à enfoncer parfois des portes ouvertes. Pourquoi pas?!

*Dr Ludwig T. Heuss, MBA  
Président du Conseil d'administration des EMH  
et membre du Comité central de la FMH*



## 2. Schweizer Generika-Forum: Vertragsfreiheit – ein sinnvoller Weg?

Mit Interesse habe ich Ihr Referat an diesem Anlass verfolgt.

Gefreut hat mich der Standpunkt der FMH, konsequent in der Öffentlichkeit Stellung zu gesundheitspolitischen Problemen, auch unbequemen, zu nehmen.

Weniger gefreut hat mich Ihr Standpunkt, dass das Patientenwohl und die Qualität im Zentrum des ärztlichen Interesses stehen müssen und deshalb der Kontrahierungszwang nicht aufgehoben werden könne. Patientenwohl und Qualität sind Selbstverständlichkeiten, die vorausgesetzt werden.

Sie haben sicher den Bericht der Expertengruppe des Projekts der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften «Zukunft Medizin Schweiz» gelesen (Ziele und Aufgaben der Medizin zu Beginn des 21. Jahrhunderts). Dort sind die Ärztinnen und Ärzte nicht nur dem Patienten gegenüber verantwortlich, sondern auch der Gesellschaft, indem sie dazu beitragen, dass die zunehmend begrenzten Mittel im Gesundheitswesen gerecht verteilt werden.

Die FMH muss aufhören, nur nach rückwärts zu schauen. Das Gärtchendenken vieler Kolleginnen und Kollegen ist heute obsolet. Die absolute freie Arztwahl ist schon heute nicht gegeben.

Das Akzeptieren der Aufhebung des Kontrahierungszwangs wäre eine Chance, unsere Position in der Öffentlichkeit zu verbessern. Sie haben ja selber gehört, dass Politik und Ökonomie keine Freude an Ihrer Haltung haben. In einer Volksabstimmung könnten die Ärzte auch verlieren, was unserer Stellung in der Öffentlichkeit sehr schaden würde.

Als kleiner Rettungsanker könnte ja die Aufhebung des Kontrahierungszwangs damit gekoppelt werden, dass Netzwerkärzte automatisch einen Vertrag erhalten. Dies würde endlich auch die Stellung der Ärztenetze verbessern.

Denn den Netzwerken gehört die Zukunft. Als Netzwerk werden wir unschlagbar. Wie Sie auch richtig bemerkten: Versicherer und Politiker können die Qualität von Ärzten nicht beurteilen, schon gar nicht die Ökonomen. Aber Netzwerkärzte sind dazu wohl in der Lage.

- Zum Schluss möchte ich noch anregen:
- Information und Diskussion des Berichts Zukunft Medizin Schweiz;
  - Förderung von EBM-Kursen durch die FMH.

*Christoph Bovet, Winterthur*



Cher Collègue,

Merci pour votre écoute attentive, et pour vos commentaires; je ne vais pas y répondre point par point – vous avez vos idées, j'en ai exprimé d'autres: le texte de cet exposé sera publié dans le BMS, prochainement, et je vous propose de reprendre la discussion à ce moment-là, si vous le voulez bien.

*Jacques de Haller*

Verehrter Kollege,

Vielen Dank für Ihr aufmerksames Zuhören und Ihre Anmerkungen. Ich möchte nicht Punkt für Punkt darauf eingehen: Sie haben Ihre Vorstellungen, und ich habe meine ausgedrückt. Der Text des Referats wird demnächst in der SÄZ erscheinen, und ich möchte vorschlagen, die Diskussion zu jenem Zeitpunkt wieder aufzunehmen.

*Jacques de Haller*



## Artikel der Kollegen Fritschi und Vallotton SÄZ 1/05

Ich möchte Herrn Kollege Fritschi für seinen ausgewogenen Artikel zum Thema Komplementärmedizin danken und stimme seinen Aussagen zu.

In meiner allgemeininternistischen Praxis fliessen schon seit der Praxiseröffnung 1991 komplementärmedizinische Therapien als wichtige und wirksame Behandlungsmöglichkeiten mit ein. Natürlich komme ich auch nicht darum herum, «handfeste» internistische Erkrankungen mit «handfesten» Medikamenten zu behandeln. Komplementärmedizinische Therapien sind in der Praxis jedoch oft ein Bindeglied in der Behandlung eines Patienten; sei es, dass man flankierend einen Effekt erzielen kann oder dass wie so oft eben keine «handfesten» internmedizinischen Behandlungsansätze vorhanden sind. Oft ist doch auch der Einsatz von Medikamenten im Patientengut einer allgemeininternistischen Praxis nach dem Motto «nicht mit Kanonen auf Spatzen zu schießen» verfehlt. Gerade hier liegt auch der Grund, dass die Indikation für diese Therapien von Ärzten gestellt werden soll und diese zumindest von medizinischen Fachpersonen nach überprüfbaren Standards durchgeführt werden.

Dies wiederum bedeutet für die Ärzteschaft, dass sie das Feld nicht selbsternannten Therapeuten und Scharlatanen überlassen soll, son-

dern im Gegenteil aktiv entsprechende Standards schafft.

Eindeutig ist meines Erachtens zu fordern, dass auch die komplementärmedizinischen Methoden ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen. Wie auch Kollege Fritschi darlegt, sollten hier jedoch zur Schulmedizin gleich lange Ellen gelten. Auch dort basieren Therapieempfehlungen nur allzuoft auf einer mageren Datenlage. Um so erstaunlicher ist die Arroganz bis Ignoranz, mit der internistische Kollegen sich manchmal gegen die Anwendung komplementärmedizinischer Verfahren gegenüber ihren Patienten äussern.

Ob komplementärmedizinische Therapien in der Grundversicherung abgegolten werden sollen oder in den Bereich von Zusatzversicherungen gehören, ist eine politische Frage, die die FMH unbedingt mitgestalten soll. Ich bin überzeugt, dass mit einer Abspeckung der Grundversicherung die Kosten im Gesundheitswesen reduziert werden können – «aber dann bitte ganz ohne Sahne». Unter diesem Aspekt wäre die Herausnahme der komplementärmedizinischen Leistungen aus der Grundversicherung zu befürworten. Dies jedoch nur, falls jedermann ohne Auflagen Zugang zu den Leistungen der Zusatzversicherungen erhält und falls auch andere medizinische Leistungen in den Bereich der Zusatzversicherungen genommen werden. Ich denke hier unter anderem an Spitexleistungen, Physiotherapie, Ergotherapie, Psychotherapie, manuelle Medizin, sämtliche Kuren und rehabilitative Verfahren, methadon- und heroingestützte Suchtblandlungen. Auch kostenintensive Behandlungen operativer Natur im Bereich der «Ersatzteilmedizin» gehörten so nicht in die Grundversicherung. Von internistischer Seite könnten zum Beispiel teure onkologische Behandlungen, welche nicht durch Studien abgesichert potentiell kurativ sind oder zumindest eine spürbare Verlängerung der Überlebenszeit des Patienten garantieren, aus der Grundversicherung genommen werden. Das System einer «schlanken» Grundversicherung wäre zwar weniger sozial, aber letztlich ehrlicher und transparenter. Im Supermarkt des Gesundheitswesens würde sich jeder die individuell gewünschten Leistungen an Zusatzversicherungen in den Einkaufskorb legen. Bezahlt werden müsste wie im Supermarkt kostendeckend – das leidige Hickhack der Schuldzuweisungen an die Ärzteschaft würde deutlich weniger.

Grundsätzlich sollten die Krankenkassen aufhören, Leistungen an Therapeuten auszurichten, welche nicht nach überprüfbar Standards (siehe oben) arbeiten. Das heute geläufige Motto «bringen Sie ein Arztzeugnis von Ihrem Haus-

arzt, dann ...» mag zwar für die Kasse im ersten Moment attraktiv erscheinen, ist letztlich jedoch deutlich kostentreibend. Derartige Entscheide sollten die Kassen anhand von Listen zugelassener Therapeuten für ein jeweiliges Fachgebiet nach Bestätigung der Indikation durch einen Arzt fällen. Die Schaffung von therapeutischen Standards sollte nicht wie leider (fast) immer über eine weitere Aufblähung des administrativen täglichen Wahnsinns erfolgen. So erlebt der Grundversorger laufend, wie sogar unsere Standesorganisation uns haufenweise mit Auflagen und daraus resultierenden Diplomen traktiert, welche nicht einmal das Papier wert sind, auf dem sie stehen, nicht realisierend, dass so eigentlich wichtige Titel wie bestandenes Staatsexamen/Arztdiplom, Dokortitel und Facharzt-titel wie auch das eigenverantwortliche ärztliche Handeln ad absurdum geführt werden.

*Dr. Andreas Rüeger, Bettlach*



## FMH und Komplementärmedizin

Als Allgemeinpraktiker seit über 20 Jahren, davon gut 2/3 mit Schwerpunkt Homöopathie, freut es mich, dass die FMH das Thema Komplementärmedizin (KM) ernst nimmt. Das im Editorial des FMH-Präsidenten in der ersten Ausgabe 2005 der SÄZ angekündigte Kommunikationsforum ist an sich schon ein ermutigender Auftakt ins neue Jahr. Dass die KM darin zum ersten Thema wird, macht durchaus Sinn, weil hier offensichtlich Informationsdefizite bestehen.

Es ist nicht nur nützlich, sondern im Falle der KM auch dringend notwendig, dass wir Ärzte mehr voneinander wissen. Dass ich der Meinung bin, die Schulmedizin (SM) wisse weniger von der KM als umgekehrt, darf nicht als Überheblichkeit interpretiert werden. Es liegt einfach in der Natur der Sache, dass komplementärmedizinisch tätige Ärzte sich während Jahren mit beiden Systemen auseinandergesetzt haben und dies laufend weiter tun. Ob jeder Schulmediziner, der sich zur KM äussert, auch beide Systeme genügend kennt, liegt in dessen eigener Verantwortung.

Indem ich Stellung nehme zu einigen Punkten des Artikels von Dr. med. P. Vallotton in der erwähnten Nummer 1/05 der SÄZ, möchte ich versuchen, zum besseren Verständnis der ärztlich ausgeübten KM beizutragen. Ich tue dies wie gesagt als Grundversorger mit Schwerpunkt Homöopathie, zu ändern komplementärmedizi-

nischen Methoden, die ich schlecht kenne, möchte und kann ich mich nicht äussern.

Mir gefällt die Definition der SM des Kollegen Vallotton, die er lieber als *akademische Medizin* bezeichnen möchte: «[...] eine Wissenschaft, die sich dauernd in Frage stellt, zweifelt und ständig nach besseren Lösungen für die gesundheitlichen Probleme und Krankheiten des Menschen sucht. Es handelt sich um eine experimentelle Medizin, die sich auf Beweise zu stützen versucht und sich im Gleichschritt mit den wissenschaftlichen Entdeckungen entwickelt.» So unvoreingenommen und offen suchend habe ich die medizinische Kunst immer verstanden, sehe aber nicht ein, weshalb eine sauber praktizierte Homöopathie darin nicht Platz haben sollte. Differenzen dürfte es vor allem beim Begriff «Wissenschaft» geben, von dem Max Planck sagte: «Die Wissenschaft verändert sich von Beerdigung zu Beerdigung». Sicher darf eine lebendige Medizin sich nicht nur auf reduktionistische naturwissenschaftliche Modelle abstützen. Auf dem Weg zum tieferen Verständnis des Lebens braucht es vor allem in unserer Zeit eine umfassendere Sicht und, wie Jakob Bösch schreibt: «viel Grösse und Demut, um die Kleinheit der Insel unseres Wissens im Meer unseres Nichtwissens (oder Noch-Nicht-Wissens) zu erkennen» [1].

Dass wir etwas noch nicht wissen oder erklären können, heisst ja nicht, dass es nicht existiert und vielleicht bald einmal verstanden und anerkannt sein wird. Dass wildlebende Tiere offenbar Erdbeben und Seebeben im voraus spüren können und richtig darauf reagieren, ist allgemein anerkannt, aber naturwissenschaftlich noch ungeklärt. Als Marconi 1901 Morsezeichen über den Atlantik senden wollte, hatte er die ganze damalige Wissenschaft inkl. der Koryphäe H. R. Hertz gegen sich. Da Radiowellen sich geradlinig ausbreiten, die Erdoberfläche aber gekrümmt ist, konnte man sich nicht vorstellen, in England ausgestrahlte Morsezeichen in Kanada zu empfangen. Dennoch gelang das Experiment und führte zur Entdeckung der erdumspannenden Ionosphäre, die Radiowellen reflektiert. Aus dieser Sicht betrachtet, darf sich die Medizin nicht nur im Gleichschritt mit der Wissenschaft entwickeln. Es sollte ihr erlaubt sein, der «exakten» Wissenschaft auch mal eine Nasenlänge voraus zu sein.

Dass vieles in der SM nie exakt naturwissenschaftlich geprüft wurde und dass viele Wirkungsmechanismen nicht vollständig verstanden werden, ist bekannt. Der verstorbene Prof. H. G. Pauli spricht sogar von Glaubenssystemen in der SM: «Der Begriff Diagnose bedeutet weniger eine Umschreibung von Fakten als von etablierten

medizinischen Konventionen – er ist einem Glaubenssystem zugeordnet» [2].

Ich möchte keinesfalls postulieren, dass Doppelblindstudien unnötig seien oder dass alles, was angepriesen wird, wissenschaftlich beweisbar sei oder sein werde. Ich werde auch nicht wissenschaftliche Arbeiten zur Wirksamkeit der Homöopathie, die es durchaus gibt, ins Feld führen. Da sind andere viel kompetenter, z. B. K. Halter und M. Righetti [3–5]. Als Arzt an der Front stehe ich Studien mit einer gewissen Skepsis gegenüber, besonders seit der Lektüre des sehr zu empfehlenden Buches der Hamburger Professoren Beck-Bornholt und Dubben: «Der Hund, der Eier legt» [6], das kompetent, verständlich und mit teilweise bissigem Humor über Naivität in der modernen Forschung berichtet. Gar nicht so selten ist auch das Thema Betrug in der Wissenschaft, siehe z. B. von Horace Freeland Judson: «The Great Betrayal. Fraud in Science» [7], über das im *Lancet* ein *Résumé* erschien [8], oder den Artikel von Prof. E. Fischer in der *Weltwoche* [9]. Doppelblindstudien können zudem keine Aussagen machen zum Beziehungsaspekt der ärztlichen Behandlung, dem Kollege Vallotton mit Recht eine herausragende Bedeutung beimisst.

Warum ich an die Wirksamkeit der Homöopathie glaube, hängt unter anderem mit meinen jahrelangen täglichen Erfahrungen zusammen, so naiv das auch tönen mag. Da geschehen, ganz im Interesse und zum Nutzen der Patienten, immer wieder Dinge, die mich als kritischen Menschen schon lange davon überzeugt haben, dass hinter dieser Methode mehr steckt als Suggestion, Empathie oder Placeboeffekt. Ich kann mir auch schwer vorstellen, dass eine Heilmethode, die nichts taugt, mehr als 200 Jahre überlebt und Tausende von Ärzten über Generationen immer wieder die grosse Arbeit auf sich nehmen, sie zu erlernen und zu praktizieren. Unwahrscheinlich und wohl auch überheblich wäre die Vermutung, dass ein grosser und stets wachsender Teil unserer Bevölkerung einem falschen Zauber erliegt.

Ich bin erst ein gutes Jahr nach Praxiseröffnung auf die Homöopathie gestossen, getrieben von der Erkenntnis, dass das bisher Gelernte mir als Rüstzeug nicht genügte. Das Studium der wichtigsten homöopathischen Grundkenntnisse dauerte Jahre, mit der praktischen Anwendung habe ich aus Respekt lange gewartet und lange kaum etwas verrechnet. Das Lernen geht weiter, parallel dazu die Fortbildung in der Schulmedizin, das ist mir ebenfalls sehr wichtig. Da kann Kollege Vallotton beruhigt sein: die Fortbildungspflicht gilt auch für Komplementärmedi-

ziner und die Erlangung des Fähigkeitsausweises Homöopathie ist an sehr strenge Auflagen geknüpft, die mindestens 5 Jahre Weiterbildungszeit bedingen. Die Homöopathie, vor über 200 Jahren von einem akribisch arbeitenden Arzt begründet, wird laufend erweitert und ergänzt, wodurch ein immenser Wissensschatz herangewachsen ist. Also keine Rede von Dogma oder Offenbarungsglaube – nein: harte, aber interessante und befriedigende Arbeit im steten Bemühen um Erkenntnis auf der Grundlage von Regeln, die auch Raum lassen.

In diesen Tagen habe ich mir die Frage gestellt nach dem Nebeneinander oder Miteinander der beiden Systeme im Praxisalltag. In den ersten Jahren ist es mir sehr schwergefallen, mich in beiden Denksystemen zu bewegen. Heute empfinde ich es als grosse Bereicherung, beide einigermassen zu kennen und nach Bedarf anzuwenden. Kollege Vallotton hat wohl recht, wenn er schreibt, Alternativmedizin (KM) sei keine Ergänzung zur akademischen Medizin (SM). Aber ein Zusatz ist sie auch nicht. Ich möchte vielmehr sprechen von Methoden auf zwei verschiedenen Ebenen, die im Interesse des Patienten oft beide nötig sind. Es geht um eine echte Erweiterung des rationalistisch-materialistischen Ansatzes, z.B. um vermehrte Beachtung des Informationsflusses in Biosystemen anstelle der Überbewertung der materiellen Träger dieser Information (Homöopathie arbeitet mit Information, homöopathische Arzneien können als biologische Software bezeichnet werden und entziehen sich demzufolge der rein materiellen Analyse). Die Physik als exakte Wissenschaft hat diese Erweiterung ihres Weltbildes schon vollzogen. (Wohl deshalb sagte mir ein Physiker vor kurzem, dass er mit der Homöopathie kein Problem habe). Jahrzehntlang hatte die Newtonsche Physik zur Erklärung der Welt genügt. Heute benötigen wir zum Verstehen bestimmter Phänomene auch die Einsteinsche Physik, die nicht auf der Newtonschen fusst und sich auch nicht mit dieser zu einem System vereinen lässt. Beide haben ihre Berechtigung. Interessant ist, dass Newton selbst mit seinen genialen Entdeckungen offenbar nicht zufrieden war, hinterliess er doch einen Koffer mit Unmengen von Aufzeichnungen (25 Mio. Wörter!), die sich zum grössten Teil mit Alchemie und Theologie befassen, unterhaltsam nachzulesen im Buch «Newtons Koffer» des Professors für Wissenschaftsgeschichte F. di Trocchio [10]. Trocchio ist auch Autor des Werkes «Der grosse Schwindel, Betrug und Fälschung in der Wissenschaft» [11].

Ich möchte aufrufen zu mehr Offenheit und Akzeptanz zwischen SM und KM, aufrufen zum gemeinsamen Bemühen um Erweiterung unseres Wissens im Interesse des kranken Menschen. Wir dürfen nicht gegenseitige negative Vorurteile pflegen und zementieren und so die Ärzteschaft schwächen. Natürlich höre ich von Patienten ab und zu, wie enttäuscht sie von der SM sind, bin aber überzeugt, dass auch dem Schulmediziner vor allem Negatives über die KM zu Ohren kommt. Hüten wir uns vor diesem gegenseitigen negativen Feedback! Ahnt oder kennt der Kranke die ablehnende Haltung seines Arztes der KM gegenüber, verschweigt er entsprechende Behandlungen, vor allem, wenn sie erfolgreich waren, was niemandem nützt.

Hätten wir ein offeneres Verhältnis zueinander, käme es weniger zu Parallel- oder oft nicht sinnvollen Zusatzbehandlungen. In unserem Notfallkreis bekomme ich Zuweisungen von Kollegen, wie ich selbstverständlich auch Patienten bei Bedarf weiterweise. Schon darum ist es wichtig, die Homöopathie als alte ärztliche Heilmethode so wenig wie möglich aus ärztlicher Hand zu geben. Homöopathie wird immer mehr verlangt, die Zahl der homöopathisch tätigen Heilpraktiker steigt rasch, die der Ärzte mit Fähigkeitsausweis Homöopathie nur langsam, nicht zuletzt wegen der sehr strengen Anforderungen. Aus eigener Erfahrung weiss ich, dass die Kompetenz vieler Heilpraktiker in Homöopathie gut ist (um so besser), aber es fehlt oft der Hintergrund einer einigermassen genügenden akademischen Medizin (bzw. schulmedizinischer Physiologie und Pathologie).

Geht dieser Trend zum Heilpraktiker weiter, könnte durchaus eines Tages die Forderung nach Übernahme medizinischer Leistung von Nicht-ärzten durch die Grundversicherung nach KVG laut werden, wie Kollege Vallotton befürchtet. Entgegen seinen Aussagen steht diese Forderung aber nicht im Text der Initiative «Ja zur Komplementärmedizin» und meines Wissens auch nicht in Stellungnahmen des Initiativkomitees. Gerade diese Initiative bietet die Möglichkeit und Chance, etwas Ordnung in einen drohenden Wildwuchs zu bringen, der durch Ausgrenzung nur allzu leicht entsteht. Dazu braucht es aber die aktive Mithilfe aller Beteiligten, vor allem auch der Ärzte und ihrer Standesorganisation.

Sollte die FMH, die bereits einige Fähigkeitsausweise für KM anerkannt hat, sich weiter für eine adäquate Berücksichtigung oder gar Unterstützung der ärztlich praktizierten KM einsetzen, würde sie damit die von ihrem Präsidenten angestrebte Position als unumgängliche Gesprächs-

partnerin in Gesundheitsfragen stärken, der Ärzteschaft eine alte und bewährte Heilmethode mit vielen guten Ansätzen zur Erweiterung der medizinischen Kunst erhalten, zur Einheit der Ärzteschaft beitragen und zudem die wachsende Nachfrage der Bevölkerung nach Komplementärmedizin auf standespolitisch kluge Weise berücksichtigen.

Dr. med. Ruedi Frösch, Spiez

#### Literatur

- 1 Bösch J. Alternative Medicine Goes Mainstream. Schweiz Ärztezeitung 2000;81(45):2550-1.
- 2 Pauli HG, White KL, McWhinney IR. Inwieweit umfasst die medizinische Wissenschaft die medizinische Wirklichkeit? Schweiz Ärztezeitung 2002;83(48):2633-43.
- 3 Schweiz Zschr Ganzheitsmed 1998;10(5)
- 4 Schweiz Zschr Ganzheitsmed 1998;10(6).
- 5 Schweiz Zschr Ganzheitsmed 1999;11(1).
- 6 rororo, 1997
- 7 New York: Harcourt Books; 2004.
- 8 Lancet
- 9 Weltwoche vom 17.12.1998
- 10 Campus 1998
- 11 Campus, 1994



#### **La FMH doit-elle encourager ou promouvoir parmi ses membres, une intégration des médecines complémentaires?**

N'était-ce le caractère déjà hautement complexe et préoccupant des problèmes de politique de la santé que nous subissons actuellement, j'aurais été tenté un instant de croire à une amusante provocation, à la lecture des toutes dernières considérations parues dans le numéro du 5 janvier du BMS sous la plume du Docteur Pascal Vallotton, par lesquelles l'auteur n'hésite pas à tancer le président et le vice-président de la FMH sur la ligne de conduite qu'ils se proposent d'adopter à propos des *médecines complémentaires*.

#### **L'intention du procès**

Bien que ce pourfendeur des médecines complémentaires se pose orgueilleusement en défenseur du sérieux de l'art médical dans notre pays, force est de convenir que cette diatribe ne contient aucune argumentation nouvelle ou intéressante sur la question et ne dépasse pas le niveau d'un très ordinaire catalogue de vieux préjugés. Le recours à une sémantique usée et caricaturale,

inspirée de la dérision religieuse (*révélation, acte de foi, dogme ...*) non seulement dénote une solide ignorance sur le sujet. Elle trahit également, ce qui est plus grave, l'inélégance des motivations qui poussent un confrère à vouloir déboulonner avec autant de mauvaise foi des domaines auxquels, sous des cieux conjoncturaux plus sereins, il n'aurait vraisemblablement accordé qu'une dédaigneuse indifférence.

Car l'intention à peine voilée de cette polémique primaire répond à un rituel archaïque bien connu: dans le climat de bataille politico-administrative que nous vivons, tout particulièrement par rapport au sort du maintien de l'obligation de contracter, certains penseraient pouvoir conjurer le danger en trouvant un animal à sacrifier sur l'autel de la toute-puissante divinité technocrate, espérant ainsi calmer le courroux de cette dernière envers notre cupide tendance à enfler les coûts de la santé.

Ce genre de stratégie a bien sûr déjà été commenté par d'autres, notamment par le Docteur Jörg Fritschi dans son article fort bien argumenté et documenté, paru dans le même numéro du BMS.

En dépit de la petite cohorte de confrères signataires que Vallotton a réussi à entraîner dans son sillage, l'excessivité de son propos traduit malgré tout un niveau d'information et de réflexion sur les médecines complémentaires, qui n'est pas digne d'un débat sérieux au sein de notre communauté médicale suisse. Aussi, dans le but de dépasser les considérations purement polémiques, et à l'intention des confrères de bonne foi qui souhaiteraient une approche censée sur la question, je pense qu'il vaut la peine de se pencher sur quelques aspects touchant la réalité des médecines complémentaires, avant de re-situer enfin le débat dans son contexte politique.

#### **A propos de l'efficacité**

Toutes les approches médicales dont le but est de soigner, ne demandent qu'à faire valoir leur efficacité, les médecines complémentaires comme les médecines académiques.

En matière d'évaluation d'efficacité, une approche médicale attribue officiellement son caractère *scientifique*, on le sait, au fait qu'elle s'appuie sur une étude randomisée contrôlée sur un collectif de sujets, destinée à assurer *une probabilité* statistique virtuelle d'efficacité. Par opposition, l'évaluation de l'efficacité au niveau individuel est dite *empirique*. Le reproche généralement adressé aux médecines complémentaires est celui de se baser trop sur le critère empirique et trop peu sur le critère scientifique.

La distinction entre ces deux critères entraîne cependant une difficulté tacite qui est inhérente au paradigme médical. L'approche statistique constitue bien évidemment un précieux outil prévisionnel et de recherche. Elle ne peut cependant pas *supplanter* le critère empirique individuel, qui attestera de la réussite ou de l'échec d'une thérapeutique bien indépendamment de son caractère prouvé ou non prouvé. «L'inexistence de la preuve ne constitue pas une preuve de l'inexistence». Le médecin clinicien est toujours placé en porte-à-faux entre ces deux manières d'apprécier la valeur de ce qu'il fait. La référence scientifique authentique, tout comme le label conventionnel de sérieux, poussent le praticien à tenir compte de l'argument de la preuve, alors que l'observation de son patient le renvoie obligatoirement au critère empirique.

En ce sens, la médecine ne sera jamais que le parent pauvre des sciences exactes, puisqu'une probabilité statistique à propos d'une thérapeutique n'atteindra jamais la précision prédictive d'une *loi scientifique* telle que celle prévoyant par exemple le déroulement de la chute d'un corps. Nous rejoignons ici les conclusions de l'étude rapportée par Fritschi, selon laquelle notre action clinique dans son ensemble ne repose qu'au maximum à 30% sur des évidences prouvées scientifiquement. Il ne peut pas en être autrement. C'est l'ambiguïté fondamentale du critère scientifique pur, qui a fait ironiser beaucoup de médecins aux Etats-Unis, sur le thème «evidence-biased medicine» (médecine *déformée* par l'évidence).

Plus noblement, si nous acceptons pleinement l'existence de cette dualité, elle pourrait alors nous faire évoluer vers une *complétude* entre notre appartenance à un nécessaire label scientifiques et notre attachement fondamental à la notion *d'art médical*. Ne pas tenir compte de ce double aspect de la médecine, et ne valoriser que le critère scientifique statistique, entraîne le risque de nous faire régresser vers une sorte de positivisme scientifique intégriste du genre Auguste Comte au XIX<sup>e</sup> siècle ... Est-ce là ce que nous voulons?

### Le problème de la méthodologie

Les différentes branches des médecines complémentaires reconnaissent assurément l'intérêt du critère scientifique, par rapport auquel cependant elles se situent de manière variable, pour différentes raisons que je propose d'illustrer au moyen de deux exemples.

*L'homéopathie* à cet égard, occupe une position particulière. De très nombreuses études contrôlées randomisées ont été réalisées pour

évaluer l'efficacité de l'homéopathie dans différentes pathologies telles que la migraine [1], la rhinite allergique [2], la polyarthrite rhumatoïde [3], les syndromes diarrhéiques chez l'enfant [4], d'autres études évaluent l'intérêt clinique général de l'homéopathie [5], pour ne citer qu'un très sommaire échantillonnage.

Toutefois, même si les résultats de ces études sont probants, leur intérêt est limité par un problème de méthodologie, du fait que les études contrôlées statistiques *ne constituent pas une méthode adaptée* à une évaluation véridique de l'efficacité de la méthode homéopathique. Le problème est analogique par exemple, au contresens qui a longtemps prévalu, à vouloir imposer une méthodologie statistique appartenant à la psychologie expérimentale, au domaine de la psychothérapie analytique.

Pour pouvoir entreprendre valablement une étude contrôlée randomisée, il faut limiter l'étude à un symptôme ou à une pathologie isolée, et ceci entraîne souvent le risque d'une déformation gênante et artificielle de la réalité clinique individuelle. Tout le monde en convient. Or précisément en homéopathie, une pathologie comme la migraine n'est pas envisagée *isolément*, mais bien plutôt dans son rapport au contexte des autres symptômes présentés par le patient, ce qui du point de vue de la réalité de l'art médical, a un sens évident. Le traitement optimal de chacun des individus appartenant à un collectif par exemple de soixante patients souffrant de migraine, *relèvera par conséquent de médicaments différents pour chacun*. En homéopathie donc, il n'y a qu'un intérêt très limité à étudier l'effet d'un médicament unique dans une pathologie isolée.

Or il faut reconnaître que la communauté scientifique académique a beaucoup de peine à admettre le fait que la méthodologie standard d'évaluation par statistique puisse ne pas être adaptée à une discipline médicale donnée. Une étude intéressante a d'ailleurs été réalisée par un chercheur du CNRS, sur les mécanismes psychologiques par lesquels des scientifiques de haut niveau de compétence dans leur domaine propre, sont parfois capables de basculer vers des comportements émotionnels foncièrement irrationnels, lorsqu'ils sont confrontés avec une méthodologie qui diffère de la leur [6].

*L'acupuncture* a suivi une trajectoire quelque peu différente. Provenant d'une tradition chinoise empirique très ancienne qui lui a conféré une sémantique propre, il se trouve que la nature de l'acupuncture la rend mieux adaptée à la méthodologie classique académique. Les différentes branches de l'acupuncture (acupuncture somati-

que, médecine traditionnelle chinoise, acupuncture auriculaire) ont fait l'objet au cours des cinquante dernières années, d'études scientifiques rigoureuses qui sont parvenues peu à peu à élucider en détail les caractéristiques histologiques et électrophysiologiques des points, l'origine neuroembryologique des représentations somatotopiques, ainsi que les circuits neuronaux impliqués [7, 8]. Aujourd'hui officiellement admise par les neurophysiologistes comme une *discipline prouvée à part entière*, l'acupuncture s'est vue intégrée dans de nombreux milieux hospitalo-universitaires et centres anti-douleurs. C'est le cas par exemple du Centre de la Douleur à l'Institut Gustave-Roussy à Villejuif, où l'intérêt prépondérant de l'acupuncture et de l'acupuncture auriculaire a été démontré dans le traitement des douleurs cancéreuses, domaine dans lequel l'usage de la pharmacologie antalgique majeure se montre souvent problématique [9].

#### Formation pré- et postgraduée

Vallotton feint apparemment d'ignorer, ou peut-être ignore réellement, que les praticiens formés aux médecines complémentaires sont soumis, comme dans toutes les autres spécialités médicales, aux impératifs d'un examen de fin d'études et ensuite d'une formation postgraduée continue permanente, d'ailleurs additionnelle à celle imposée par la spécialité de base du médecin. Les critères en sont bien spécifiés en accord avec la FMH, et à défaut de cette remise à jour de compétences, l'AFC (Attestation de formation complémentaire) est retirée, en même temps que le droit aux remboursements de la part des assurances.

Au niveau universitaire suisse, les principales médecines complémentaires font l'objet d'un enseignement à Zurich et depuis peu à Berne. En France, neuf universités délivrent un diplôme universitaire (DU) d'acupuncture, et l'acupuncture auriculaire a fait l'objet en 1990 à Lyon, d'une reconnaissance officielle de la part de l'OMS.

Voilà pour la lettre. Pour ce qui est de l'esprit, il convient de rappeler que les médecins qui ont choisi d'assimiler une ou plusieurs branches complémentaires en allant jusqu'à un diplôme de compétence, le font toujours *en surplus* de leurs études classiques et d'une formation hospitalière dans les branches cliniques ou de recherche les plus diverses. Ainsi, le caractère totalement facultatif des longues heures de soirées et de vacances consenties pour se former et pousser leurs études de manière librement consentie, atteste de la motivation centrale de ces médecins, poussés par une authentique honnêteté et

curiosité intellectuelles, à explorer et approfondir le sens de leur activité hippocratique dans des directions qui n'ont rien de contradictoire avec la base classique de leur formation. Cette structure classique, solidement ancrée par les études que nous avons eu la chance d'accomplir, est reconnue unanimement par tous les praticiens des médecines complémentaires, comme le fondement primordial et quotidien de l'exercice de leur métier, parallèlement à la reconnaissance qu'ils vouent aux maîtres qui la leur ont transmise.

#### A propos des patients ...

Revenons maintenant à l'aspect politique, pour souligner d'emblée à quel point le jeu d'influence entretenu par certains confrères auprès de la FMH, *entretient une grossière confusion entre deux domaines qui n'ont rien à voir*.

J'ai tenté en effet de montrer que le débat sur la valeur et l'efficacité des médecines complémentaires, contient des questions épistémologiques en voie de résolution et fait aujourd'hui partie d'un processus en pleine évolution. Laissons donc ce débat là où il appartient, soit au domaine scientifique et intellectuel, et envisageons le problème politique sur des bases saines et indépendantes.

Tout d'abord, les détracteurs de ces approches ne sont pas les mieux placés pour s'apercevoir qu'il existe en Suisse un grand nombre de patients, souffrant d'affections très diverses et dans certains cas difficiles à soigner, pour qui seules ces médecines complémentaires (et non pas *supplémentaires*, comme le suppose encore une fois avec mépris notre confrère Vallotton), ont été en mesure de soulager ou de guérir leurs maux. Il est donc légitime de penser que le problème politique du choix appartient à ces patients, au même titre que les politiques et les médecins. En ce sens, l'initiative «Oui aux médecines complémentaires» est parfaitement logique et fondée sur le plan démocratique.

Ensuite, par extrapolation à partir des conclusions d'une fort intéressante étude réalisée tout récemment par l'Unité de bioéthique de l'Université de Genève sur le sujet de l'obligation de contracter [10], nous aurions tort d'oublier que l'un des enjeux fondamentaux de notre débat est celui de savoir jusqu'à quel point nous voulons permettre à la fêrule des critères économiques de prendre le pas sur *la dimension éthique* de l'art médical.

A cet égard, il serait malheureusement à craindre que l'exclusion des médecines complémentaires de l'assurance de base n'entraîne du point de vue éthique, *un accroissement des inéga-*

*lités et une aggravation du problème d'une médecine à deux vitesses, sans pour autant assurer sur le plan économique une réduction effective des coûts, loin s'en faut. En effet, nombre de patients se trouveraient dans l'incapacité d'assumer une assurance complémentaire. Ces gens ne cesseraient pas tout simplement d'exister et de consulter pour autant, et il est fort probable que nous n'assisterions alors à rien d'autre qu'un simple déplacement des coûts. Brillant résultat en perspective, pour notre médecine libérale.*

### Conclusion

En m'efforçant de modifier l'éclairage conventionnel souvent très déformant qui est projeté sur les médecines complémentaires, j'ai tenté de montrer la précarité de la discrimination rigide que certains voudraient entretenir, entre médecines académiques et médecines complémentaires, et par-dessus tout, combien il est sournois et peu éthique, de vouloir faire de cette discrimination le cheval de bataille politique d'une exclusion inutile.

En définitive, nous pensons être en droit d'apprécier le fait que le président et le comité central de la FMH, loin de discréditer notre organisation faitière comme le pense Vallotton, ont adopté une attitude fondamentalement raisonnable et empreinte de sagacité, en proposant de prôner l'accès pour tous aux médecines complémentaires. A notre époque qui se veut à la fois rigoureuse et évolutive, un rejet de ces médecines constituerait une attitude totalitaire, inique et profondément obscurantiste. Nous sommes capables de mieux.

*A. de Sousa, Carouge*

### Références

- 1 Brigo B. Le traitement homéopathique de la migraine: une étude de 60 cas contrôlée en double aveugle. *Journal of Liga Medicorum Homoeopathica Internationalis* 1987;1:18-25.
- 2 Reilly DT, et al. Is homeopathy a placebo response? Controlled trial of homeopathic potency with pollen hayfever as a model. *Lancet* 1986; 2:881-6.
- 3 Gibson RG, et al. Homeopathic therapy in rheumatoid arthritis: evaluation by double blind clinical therapeutic trial. *Br J Clin Pharmacol* 1980; 9:453-9.
- 4 Jacobs J, et al. Treatment of acute childhood diarrhea with homeopathic medicine: a randomized clinical trial in Nicaragua. *Pediatrics* 1994; 93:719-25.
- 5 Kleijnen J, et al. Clinical trials of homeopathy. *Br Med J* 1991;302:316-23.
- 6 Schiff M. Un cas de censure en science. Paris: Albin Michel; 1994.
- 7 Bossy J. Bases neurobiologiques des réflexothérapies. Paris: Masson; 1983.
- 8 Niboyet JEH. La moindre résistance à l'électricité de surfaces punctiformes et de trajets concordant avec les points et méridiens bases de l'acupuncture. Thèse de Sciences. Marseille; 1963
- 9 Alimi D, Rubino C, Leandri EP, Brule SF. Analgesic effect of auricular acupuncture for cancer pain. *J Pain Symptom Manage* 2000;19(2):81-2.
- 10 Hurst SA, Mauron A. Selective contracting of Swiss physicians: ethical issues and open questions. *Swiss Med Wkly* 2004;134:632-9.