

Nouvelles régionales

Mikael Rabaeus

GGMG
Groupement Genevois
des Médecins Généralistes

La readaptation cardio-vasculaire: un traitement en pleine évolution

Zusammenfassung: Die kardiovaskuläre Rehabilitation stellt heute trotz der ausgezeichneten modernen interventionellen und medikamentösen – rasch zu Beschwerdefreiheit verhelfenden – Behandlungsmethoden ein sehr bedeutendes Element in einer umfassenden präventionsorientierten Behandlung von koronaren und anderen Herzerkrankungen dar.

Fortgesetzte körperliche Betätigung sowie eine nachhaltige Umstellung von Ernährung und Lebensgewohnheiten entfalten einen direkten kardioprotektiven Effekt und verbessern zudem das innere metabolische und psychophysiologische Milieu. Was früher von mehr oder weniger mystischen Gesundheitsfanatikern als Lebenshygiene verstanden und gelebt wurde, ist heute evidence-based zum therapeutischen Fundament der Herz-Kreislauf-Behandlung geworden. Auch herzinsuffiziente PatientInnen können von diesen Massnahmen profitieren.

Die kardiovaskuläre Rehabilitation kann in der Regel ambulant durchgeführt werden und stellt somit in der Nutzen-Kosten-Betrachtung eine kostengünstige Therapieform dar. Die Federführung der Therapie bleibt in den Händen des Hausarztes oder des behandelnden Kardiologen.

Heute werden noch weniger als die Hälfte der Patienten, welche davon profitieren könnten, der kardiovaskulären Rehabilitation zugewiesen.

Es lohnt sich auch für die deutschsprachigen KollegInnen, sich für diesen in leicht lesbarem Französisch geschriebenen Artikel von M. Rabaeus einige Minuten Zeit zu nehmen.

Bruno Kissling

Dr. med. Mikael Rabaeus
 Cardio Plus
 22, chemin Beau-Soleil
 CH-1206 Genève

Introduction

La réadaptation cardio-vasculaire fait partie du paysage médical depuis bientôt 30 ans. Initialement, elle était destinée à corriger les conséquences dramatiques de l'immobilisation prolongée dans le traitement de l'infarctus du myocarde: atrophie musculaire, hypotension, déconditionnement physique, accentuation de la sensation d'invalidité ...

Dans les années 80, deux changements majeurs sont intervenus

1. le traitement hospitalier de l'infarctus est devenu de plus en plus court, avec en particulier une nette accélération du temps de mobilisation.
2. l'émergence et le perfectionnement des techniques de revascularisation: pontage aorto-coronarien et dilatation coronaire. De ce fait, les patients ischémiques sont devenus de plus en plus rares.

On aurait pu en conclure que la réadaptation cardio-vasculaire n'en devienne superflue, puisque d'une part les patients ne sont pas déconditionnés, et que d'autre part toutes les sténoses ont pu être dilatées ou contournées. Bien au contraire, cela a stimulé l'évolution de la réadaptation avec une implantation maintenant bien solide en Suisse romande.

Une des raisons majeures du changement de la réadaptation cardio-vasculaire est la mise en évidence des bénéfices extrêmement importants qu'un patient peut retirer du changement adéquat de son mode de vie: exercice physique régulier, alimentation correcte, arrêt du tabac, diminution du stress. Ce qui autrefois était vécu comme une hygiène de vie imposée par des fanatiques plus ou moins mystiques est devenu une forme thérapeutique fondamentale dans la prise en charge du cardiaque. Cet article a pour but de passer en revue brièvement les données actuelles puis de fournir quelques renseignements pratiques sur la réadaptation.

Les aspects du mode de vie

Exercice physique

Nos connaissances sur la valeur médicale de l'activité physique ont énormément progressé durant ces dernières années. En résumé on constate:

- Une amélioration de la fonction endothéliale. En fait, il s'agit pour le moment

d'une des toutes rares interventions possibles pour corriger la dysfonction endothéliale, à la base du processus d'athérosclérose. Ceci a notamment pour effet de:

- diminuer la résistance systémique au repos, et à rétablir une vasodilatation physiologique à l'effort. En d'autres termes, le cœur d'un individu entraîné ne travaille pas seulement moins lors d'un effort sous-maximal, il travaille surtout moins au repos!
- Contribuer à diminuer les phénomènes inflammatoires déclenchés par le LDL oxydé.
- Stabiliser la plaque athérosclérotique ce qui diminue le risque de rupture.
- Une augmentation du taux de cholestérol HDL et une diminution du LDL.
- Un effet anti-oxydant.
- Une diminution d'une HTA.
- Une amélioration de la tolérance au glucose: une activité physique régulière diminue de moitié le risque à 5 ans de développer un diabète en cas d'intolérance au glucose.
- Une meilleure fonction plaquettaire: au contraire du sédentaire, l'individu entraîné n'augmente pas son adhésivité plaquettaire à l'effort.
- Une diminution du poids gras.
- Une diminution du stress et de la dépression.
- Une diminution du risque de cancer, notamment du sein et du colon.

L'ensemble de ces effets se traduit par une très nette diminution non seulement de la mortalité mais aussi de la morbidité associées à la maladie cardiaque, à l'hypertension, au diabète, à l'obésité. Dans le cas extrême de l'insuffisance cardiaque, un article récent de Bellardinelli a pu montrer une diminution de 50% de la mortalité deux ans après la mise en route d'un réentraînement.

On est donc bien loin de l'activité physique comme mode de vie «hygiénique»! Je pense qu'il faut admettre que l'être humain est génétiquement programmé pour bouger, et que c'est pour cette raison qu'il y a autant d'effets positifs liés à l'activité physique.

Alimentation

La publication en 1995 de l'étude Lyon «Diet Heart Trial» par Michel de Lorgeril a fait grand bruit. Son alimentation, surnommée «méditerranéenne», car inspirée du régime traditionnel des pays du Sud, a diminué la mortalité et la morbidité de 50 à 70% dans le groupe intervention par rapport au groupe contrôle, qui consommait le régime AHA. Le concept du régime méditerranéen repose sur la prescription. Par exemple:

- favoriser les «bonnes» graisses, peu oxydables, ce qui stabilise la particule LDL, qui devient moins agressive pour la paroi artérielle: huiles d'olive et colza, poisson ...
- diminuer au contraire les graisses oxydables, comme p.ex. dans le lait et dans la viande de bœuf grasse;
- consommer un maximum d'antioxydants: fruits, légumes, légumineuses, noix ...
- des céréales pour les hydrates de carbone et le sélénium.

Il ne s'agit en aucun cas d'une mode. Bien au contraire, c'est non seulement la première fois qu'une étude diététique interventionnelle d'envergure était effectuée mais aussi la première fois qu'un tel effet était démontré.

Le tabac

Le tabac induit une dysfonction endothéliale par effet toxique. L'arrêt du tabac reste donc très important pour la fonction endothéliale, surtout s'il est combiné à l'activité physique régulière.

Un état dépressivo-anxieux

Un état dépressivo-anxieux est très fréquent chez le patient cardiaque: l'événement cardiaque important induit une crainte pour l'avenir, pour la survie, pour le travail. Très subtilement, l'entourage participe à cet angoisse, en voulant surprotéger le patient.

Or nous savons maintenant que la persistance d'un état dépressif est un mauvais facteur de pronostic pour le patient. Il est important de vouloir corriger une telle dépression. Ce d'autant plus qu'un patient dépressif aura plus de peine à modifier son mode de vie.

L'observance médicamenteuse

Je classe cela aussi dans le mode de vie, car il est indéniable que de devoir prendre un médicament à vie représente un changement important des habitudes. Ceci d'autant plus que le patient n'a que trop rarement vraiment compris pourquoi il doit prendre toutes ces pilules après son événement cardiaque. L'éducation du patient est à ce titre indispensable.

La réadaptation moderne

Il n'y a pas de «petite» maladie coronarienne!!!

Je voudrais par cette phrase rappeler que la sténose coronarienne ne représente que la pointe de l'«iceberg». Pour une plaque sténosante, l'artère présentera 4 ou 5 plaques non sténosantes, à effet de remodelage positif, plus instables et donc plus aptes à rompre et provoquer un syndrome coronarien aigu. La mise en évidence d'une sténose implique donc formellement un traitement global de la maladie coronarienne sous-jacente: changement de mode de vie, traitement médicamenteux.

Ce n'est donc pas l'événement coronarien en lui-même qui est important, mais bien la présence de la maladie cardiaque.

C'est ce qui justifie que tout cardiaque, coronarien et/ou insuffisant cardiaque, doivent profiter d'une réadaptation cardio-vasculaire complète, en tant que traitement de la maladie. C'est une thérapeutique.

Ainsi, la réadaptation cardio-vasculaire est passée d'une forme de convalescence active à une place de premier choix dans la prise en charge à long terme d'un patient cardiaque.

Malgré cela, et c'est une source permanente d'incompréhension en ce qui me concerne, moins de la moitié des patients éligibles pour la réadaptation cardio-vasculaire sont finalement référés dans un centre. Nous manquons par cela une occasion unique d'améliorer le pronostic de nos patients.

Problèmes liés aux changements du mode de vie

Le comportement d'un individu est généralement le résultat d'une évolution sur plusieurs décades: il fume et mange mal depuis son adolescence, il est devenu sédentaire souvent depuis très longtemps, il est habitué à son stress. Suite à un infarctus, il va falloir

qu'il change radicalement sa façon de vivre sur ces éléments fondamentaux. C'est très décourageant et si on n'y prend garde, ce découragement mènera très vite à l'abandon de toutes les tentatives.

Il est donc primordial

- par un enseignement différencié, de bien faire comprendre au patient le bien-fondé de notre discours: il ne s'agit pas, répétons-le, d'une hygiène de vie plus ou moins idéologique, destinée à le punir pour ses fautes passées;
- de lui éviter de se fixer des objectifs trop ambitieux à court terme: c'est le long terme qui compte;
- de lui apprendre comment gérer ses efforts, son stress, son alimentation;
- de l'encourager de façon différenciée;
- de lui permettre de vaincre ses réticences, ne serait-ce que l'angoisse que tout patient cardiaque ressent à l'idée de reprendre une activité physique.

Tous ces éléments expliquent le recours à du personnel formé, actif dans des centres spécialisés, appliquant des programmes structurés.

Les phases de la réadaptation

On distingue de nos jours essentiellement 4 phases:

- *La phase I* concerne le patient hospitalisé: le but est essentiellement de le remobiliser rapidement et de le convaincre de continuer par une phase II, une fois sorti de l'hôpital. Il est illusoire de vouloir l'informer sur tout ce qui concerne sa maladie en l'espace de quelques jours.
- *La phase II* débute dès la sortie de l'hôpital. Elle dure généralement 4 à 6 semaines selon que le patient vient 3 à 5 fois par semaine. Elle correspond à la période d'apprentissage et de motivation intensifs: il faut profiter de ce que le patient est encore bien motivé par sa récente hospitalisation. Cette phase est la plus «spécialisée» et sa structure a été bien définie par le Groupe Suisse de Réadaptation et de Prévention Cardiaque.
- *La phase III* est une phase de consolidation, destinée à aider le patient à continuer à faire les changements nécessaires, étant bien entendu que 4 semaines de phase II ne sont souvent pas suffisantes

pour obtenir un tel changement définitif.

La phase III dure quelques mois, voire une année, selon le patient.

- La phase IV est la phase de maintien à long terme. Elle devrait généralement ne plus être médicalisée.

Patients éligibles

1. Infarctus du myocarde récent
2. Angor dilaté récent
3. Maladie artérielle périphérique
4. Opération cardiaque récente
5. Insuffisance cardiaque

La dernière catégorie des patients souffrant d'insuffisance cardiaque est très importante. Le réentraînement physique chez ces malades s'est avéré comme très important pour améliorer le pronostic et la qualité de vie.

Tous ces patients sont remboursés pour une phase II, par toutes les assurances présentes à Genève, sans exception.

Ambulatoire ou stationnaire?

Depuis l'ouverture de deux centres ambulatoires phase II intensive à Genève et à Berne, la question de savoir où il faut envoyer un patient donné se pose beaucoup plus souvent.

Les avantages d'un centre ambulatoire sont surtout de permettre au patient de rester à domicile pendant sa période de réadaptation, bénéficiant ainsi du soutien familial. Il peut «tester» les connaissances acquises et le passage à la période post-réadaptation est nettement plus facile. Tout patient capable de rentrer à la maison peut suivre un programme ambulatoire, pour autant que le déplacement ne représente pas un problème. Bien entendu, tout ceci à prestations égales.

Question coûts, une réadaptation ambulatoire est bien entendu nettement moins chère. Le prix de revient d'une réadaptation complète en ambulatoire est de 3000 francs. Cela peut encore paraître cher mais ne représente que le tiers du prix comptant d'une dilatation avec stent. Le rapport coût-bénéfice est donc certainement en faveur de la réadaptation, bien que nous manquions pour le moment d'études importantes en réadaptation. Il y a toutefois plusieurs études en cours, dont les résultats devraient être publiés d'ici trois ans.

En pratique

Tout patient répondant aux critères d'éligibilité peut être adressé dans un centre de réadaptation phase II. Le médecin référant peut être l'assistant de l'hôpital ou le médecin traitant.

Le patient est inscrit pour 20 séances en ambulatoire. Le(s) médecin(s) traitant(s) ainsi que l'assurance reçoivent un avis d'entrée ainsi qu'un avis de fin de réadaptation. Un rapport de sortie est adressé au médecin traitant ainsi qu'un médecin référant le cas échéant.

Je rappelle que le médecin traitant, y compris le cardiologue traitant, reste en charge du traitement de son patient. Le médecin traitant est contacté en cas de problème, de suggestion d'adaptation médicamenteuse etc.

Sur le plan ambulatoire, il existe actuellement deux possibilités à Genève

- Cardio Plus, situé à la Clinique Générale Beaulieu, est actif depuis trois ans et est reconnu par le Groupe Suisse. Son programme a été développé sur le modèle des centres stationnaires avec un travail en groupe, sur un mode personnalisé. Il est remboursé selon une convention à laquelle adhèrent toutes les assurances
- Le programme de La Tour vient de recevoir son accréditation provisoire du groupe suisse. Le programme prévoit des séances individuelles d'activité physique et des cours d'information en groupe. Il ne bénéficie pas encore d'une convention avec les assurances et facture donc à l'acte.

Conclusion

La réadaptation s'impose comme un élément incontournable de la thérapeutique cardiovasculaire. Le nombre de patients actuellement adressés en réadaptation est insuffisant, en particulier les insuffisants cardiaques. Cette situation me semble devoir être attribuée en grande partie au manque d'information. Je suis bien entendu à votre entière disposition pour tout renseignement supplémentaire.

(Source: RECIPE, juin 2001)

GGMG**Groupement Genevois
des Médecins Généralistes****Médecine de famille, le vent tourne ...**

Le Conseil national vient d'approuver une motion de la députée socialiste bernoise Sommaruga proposant l'introduction du modèle du médecin de famille obligatoire pour tous, ceci afin de réduire les coûts de la santé. Cette motion devra être étudiée encore par le Conseil des états.

A l'heure à laquelle les responsables de certaines grandes associations cantonales se demandent quels seront les véritables besoins en médecins pour les dix ans qui viennent, il me paraît indispensable de bien lier les deux éléments.

Est-il bien raisonnable de former des spécialistes de plus en plus nombreux, qui commencent pour certains d'entre eux, à éprouver de grandes difficultés à remplir leur agenda de rendez-vous? Notre hôpital universitaire, diminuant régulièrement la durée des séjours de ses patients, compense ses manques à gagner en augmentant les consultations ambulatoires: le chiffre de 600 000 sera dépassé cette année ... Ce qui représente une activité de 200 cabinets à temps plein, soit 3000 consultations par an ...

Et toujours pas de chaire de médecine générale à l'horizon!

Il est grand temps de se poser les vraies questions en prenant conscience que cette fois-ci le vent tourne ... dans la bonne direction!

Philippe Fontaine

(Source: RECIPE, juin 2001, Editorial)

GMGV**Groupement des Médecins
Généralistes Vaudois****Compte-rendu de la journée
annuelle du GMGV et du GIV,
du 28 juin 2001, sur le thème:
Médecine et fusions**

Dans le cadre de la formation continue de la Société Vaudoise de Médecine, la dernière journée du programme, avant l'été, est traditionnellement organisée par le Groupement des Médecins Généralistes Vaudois sur un sujet de réflexion touchant de près notre pratique avec un intérêt particulier pour les questions de société. Pour la première fois la journée était conçue en collaboration avec le Groupement des Internistes Vaudois. Depuis 4 ans ces deux groupements échangent un observateur lors de leurs séances de comité; il semblait donc évident que ce rapprochement se concrétisât par une journée conjointe autour d'une interrogation: la similitude de nos pratiques l'emporte-t-elle sur nos spécificités au point d'envisager une fusion? Mais avant d'aborder ce point de politique professionnelle, les organisateurs ont demandé à des orateurs venant d'horizons différents de nous donner un éclairage sur le thème.

Le développement de l'enfant: la défusion

Pour le dr J.-M. Chanez, pédo-psychiatre, c'est la *défusion* qui permet le processus de subjectivation et d'individuation, amenant l'enfant d'un état de dépendance absolue à l'environnement vers un état d'indépendance. Les deux étapes importantes sont les deux premières années et l'adolescence. Le bébé apprend à différer sa satisfaction immédiate du besoin par des *stratégies autoérotiques*, la première zone investie étant la zone orale. Les *phénomènes transitionnels* décrits par Winnicott permettent la mise en place de la capacité à être seul: l'objet transitionnel, chiffon, peluche, etc. n'appartient ni totalement à la mère ni totalement à l'enfant. Le *rôle du père* est enfin celui d'un séparateur entre la mère et l'enfant. Peut alors émerger le processus de *pensée* et de *symbolisation*, la pensée comblant les discontinuités entre le sujet et les autres. C'est le *langage* qui rétablit un pont et qui rattache après que l'enfant fut détaché. Spitz décrit trois étapes: *le premier sourire* entre

4 et 6 semaines, lorsque le bébé se reconnaît en somme comme appartenant à l'espèce humaine, *l'angoisse du 8^e mois* quand l'enfant reconnaît l'étranger, et la *phase du «non»* qui est celle de l'autonomisation. L'adolescent quant à lui est pris entre la nécessité de se différencier et celle de se nourrir des autres.

Fusion et fission religieuses

Le dr S. Keshavjee, pasteur et théologien, nous rappelle que la fusion est le passage d'un état solide à un état liquide et que futile a la même étymologie que fusion. Les religions réagissent au futile et ont tendance à se solidifier et à se rigidifier. Il faudrait aussi lier la religion au concept de fission: au sein d'une communauté la relation est fusionnelle, soit à une loi révélée, soit à une structure, soit à un maître. Mais face à l'extérieur la relation est fissionnelle. L'histoire repère les âges d'or de la co-existence entre religions, comme l'Andalousie du 10^e au 13^e siècle. Toujours, on note après de telles périodes une réaction forte d'intolérance, comme si les identités se sentaient menacées. Le *sectarisme* peut traverser toutes les communautés religieuses, par une volonté de trouver la vraie Eglise dans une pluralité. Le sectarisme se définit par la manipulation des adeptes et l'auto-suffisance d'un groupe, mais surtout par le *refus d'assumer un manque intérieur*. Une attitude schismatique (j'ai raison et l'autre a tort) s'oppose à une attitude symphonique (l'autre a ses raisons et j'ai aussi mes torts). Il s'agit de transmuter l'hostilité en capacité d'hospitalité, avec le risque qu'une excessive tolérance se mue en *perte d'identité*, comme dans nos sociétés pluralistes et sécularisées: il y a alors coexistence plus que relation. Il faut une identité pour qu'une relation se construise. Le *synchrétisme* religieux renonce à l'identité pour trouver un dénominateur commun. Entre synchrétisme et symphonisme la frontière n'est pas toujours simple.

L'ère des migrations

Le dr I. Rossi, anthropologue, souligne que nous sommes à l'aube d'une mutation historique, l'apparition d'une société multiculturelle, par le fait de la *migration généralisée*: 35 millions de personnes par an émigrent dont

15 pour des raisons économiques et le phénomène concerne la planète entière. Nous sommes la génération appelée à réfléchir à ce problème. On rappelle qu'il y a en Suisse 20% d'étrangers et 12 réfugiés pour 10 000 habitants. La modification des pratiques de santé dans une société multiculturelle nous amène à des interrogations d'ordre *éthique*, prises entre relativisme et universalisme. Comment défendre nos valeurs et les valeurs de l'autre? Quels sont les droits des minorités ethniques? La conduite thérapeutique dépend de la logique des représentations auxquelles adhère le patient. Ainsi un tunisien qui présente un diabète de type II pourra considérer sa maladie comme étant la conséquence de sa transgression de l'interdit du père qui s'opposait à sa migration, plutôt que comme un effet de la génétique et du mode de vie. Pour le Kosovar qui quitte un pays en guerre, il y a d'autres priorités avant sa maladie: le souci pour un fils, un conflit de voisinage, etc. Faire l'économie d'un travail sur les *pratiques* de santé et les *représentations* conduit au malentendu interculturel. Un espace de médiation est nécessaire (médiateurs culturels, interprètes). L'anthropologue constate une convergence entre religion et santé, la maladie et la mort étant une source commune à la médecine et à la religion. On voit ré-émerger ce lien dans les pratiques des patients venus d'ailleurs, alors que la médecine occidentale s'était voulue fondamentalement laïque. Enfin la reconnaissance de l'autre comme être pluriel et hybride permet aussi le renouvellement de nos identités.

Oublier les références au passé grâce à la communication ...

Le dr M. Gabella, directeur de Sanofi-Synthelabo, Suisse, nous a parlé des fusions d'entreprises dans le secteur pharmaceutique. Une fusion est l'opportunité de passer d'une organisation traditionnelle à une nouvelle organisation plus dynamique afin de mieux capitaliser les valeurs investies. On est passé en trente ans de la diversification des entreprises (1970), à la concentration (1980), au recentrage (1990), pour aboutir actuellement à un mécanisme de fusion visant à augmenter les performances par synergie de recherche. La fusion est considérée comme une nécessité économique pour sauvegarder les marges et

maintenir l'investissement dans un monde où le prix des médicaments baisse et le coût de la recherche augmente, entraînant la chute des marges. Par ailleurs les médicaments intéressants (ceux qui font la différence) diminuent. Une fusion est dite réussie sur les critères de la valeur boursière et des parts du marché. Le problème vient de ce que les sociétés sont faites d'hommes à qui il faut demander d'embrasser une autre culture et de nouvelles valeurs. Il leur faut apprendre à vivre dans l'insécurité et oublier les références au passé. Il y a des personnes qui s'adaptent et d'autres pas. Ces dernières doivent être suivies de près. Afin d'éviter le chaos, la communication est essentielle.

Les généralistes et les internistes doivent-ils fusionner ?

Le dr J.-D. Lavanchy, médecin généraliste de campagne, rappelle qu'en 1958 se sont constitués les premiers groupes de médecins généralistes dans les cantons de Vaud et de Neuchâtel. Le FMH de médecine générale date de 1968. La SSMG a été fondée en 1977. La formation du généraliste se doit d'être solide et variée pour assurer les urgences, le suivi et la synthèse. Le généraliste constitue sa boîte à outil et ne réfléchit pas en termes de plans de carrière. Dans les services hospitaliers, il serait difficile à manœuvrer, exprimant son opinion sans crainte pour son avancement. Le dr G. Abetel, interniste, insiste sur l'antériorité de la SSMI (créée en 1932) par rapport à la SSMG. Tous les membres de la SSMI sont FMH contre seulement 72% à la SSMG. La formation de l'interniste ressemblerait à une entrée en religion auprès d'un patron. Les internistes ont leur maître, alors que le généraliste n'a pas de tradition universitaire et reste un individualiste. Beaucoup de généralistes pratiquent les médecines complémentaires alors que l'environnement de l'interniste est constitué des sous-spécialités de la médecine interne. Dans la situation actuelle, face aux assurances et aux pouvoirs publics, généralistes et internistes peuvent défendre leurs intérêts communs de médecins de premier recours. Mais les spécificités sont telles que le dr Abetel prononce un *non* vigoureux face aux vellétés de fusion, préférant une addition des différences. Le professeur Pécoud propose de parler d'abord en

termes de besoins de la population pour définir ensuite des besoins d'apprentissage et des objectifs pédagogiques pour le médecin de premier recours. Les *forces de rapprochement* entre les généralistes et les internistes de premier recours (à distinguer des internistes hospitaliers et des sous-spécialistes) sont l'esprit du «généralisme» et les missions face au public, aux assurances, au pouvoir politique et à l'Europe. Les *freins au rapprochement*, c'est l'histoire des deux professions, le passé hégémonique des internistes avec son prestige, l'esprit de pionnier du généraliste, la crainte des internistes spécialisés.

Conclusion en marge de la journée

On peut s'intéresser aux représentations que chacun se fait de sa profession, de l'un qui reste à l'écoute de la voix de son maître à l'autre qui vit sans dieu ni maître ... De l'un qui fusionne avec l'alma mater à l'autre qui d'emblée défusionne. De l'un qui défend une formation universitaire à l'autre qui explore des modèles de formation au cabinet. Mais on a dit aussi que pour éviter les parti-pris sectaires il fallait s'inquiéter de ses manques: que manque-t-il au généraliste? que manque-t-il à l'interniste et que manque-t-il à tous les médecins de premier recours en terme de besoins de population dans un monde qui change? Même si le vocabulaire du management est irritant, avouons que l'idée de maintenir ses marges peut être reprise. La marge dans un texte permet le confort de l'écriture: on peut corriger, rajouter et commenter. La marge d'une entreprise lui permet de continuer. La marge de notre formation et de notre activité, quelle est-elle? Le surplus de savoir, de savoir-faire, de culture, de curiosité, qui nous permet de ne pas être démunis devant l'inattendu, le surplus de temps qui nous permet de penser et d'inventer de nouvelles solutions. Et c'est peut-être cela le drame de notre époque, que les marges n'y soient plus. Est-ce en fusionnant qu'on les retrouvera?

Daniel Widmer

OSGAM

Ostschweizerische Gesellschaft für Allgemeinmedizin

Am Podiumsgespräch an der SGAM-Kadertagung auf dem Bürgenstock mit Frau Bundesrätin Dreifuss, Nationalrat-Vize-Präsidentin Mme Maury Pasquier, Frau Regierungsrätin Pesenti, Sanitätsdepartement Tessin, Frau Kessler von der schweizerischen Patientenorganisation und Krankenkassen-Vertretern wie auch an der OSGAM-GV mit Frau Nationalrätin Sommaruga wurden wir ermutigt, uns mehr in der Öffentlichkeitsarbeit und für das Gesundheitswesen zu engagieren. Der Grundversorger wird in allen politischen Gremien als Angelpunkt der medizinischen Versorgung, als Case-Manager gesehen, bei dem alle Fäden zusammenlaufen und der es in der Hand hat, Abklärungs-

und Behandlungsabläufe zu koordinieren und optimieren, also Kosten zu senken. Das Image der Ärzte bei den Politikern ist schlecht. Das können wir nur verbessern, wenn wir vermehrt in persönlichen Gesprächen mit ihnen Kontakte knüpfen. Politiker sind auf unser Know-how angewiesen und sind auch dankbar, wenn wir sie dabei unterstützen. Ich sehe hier eine grosse Chance, einen sehr wichtigen Partner im Gesundheitswesen zu finden. Persönlich habe ich nur gute Erfahrungen gemacht und möchte alle ermuntern, wo immer möglich, Kontakte mit regionalen und kantonalen Politikern zu knüpfen.

Reto Castelberg

(Aus «OSGAM Information Nr. 61/Juni»
Website: <http://www.osgam.ch>)

Korrigendum

Die Angaben in PrimaryCare Nr. 14, S. 427: Aus den Regionen, VAAM, Verein aargauischer Ärzte für Allgemeinmedizin, TarMed betreffend Schulungsordner TarMed sind falsch:

Richtig ist:

TarMed Schulungsordner inkl. CD-ROM
Preis 72.50 Fr. inklusive Update per E-mail

Bezugsquelle:
FMH Tarifdienst
Burghöhe 1
CH-6208 Oberkirch
Tel.: 041/925 00 77
Fax: 041/921 05 86
E-mail: fmhtarif@hin.ch

Apropos

«Die realen Einkommen vieler Ärzte sind in den letzten 25 Jahren gesunken. Am stärksten betroffen sind Hausärzte (-31%). Operierende Ärzte sind besser gestellt.»

Der Bund, 9.6.2001 / BK