

Briefe an die SÄZ

Nouveaux antiviraux à action directe sur les virus de l'hépatite C et «limitations» à la prise en charge du coût par les caisses maladies

Selon la LaMAL, tout traitement doit être indiqué, efficace, économique et (ce qu'on évite de préciser): doit être administré dans l'intérêt du patient.

Les nouveaux antiviraux à action directe atteignent un taux d'éradication jamais vu dépassant le 95% des cas traités pendant 12 semaines, et ce indépendamment du génotype et de la présence ou non de fibrose hépatique voire de cirrhose compensée, et au prix d'effets secondaires parfaitement supportables. Le point critique est le prix de ces antiviraux, calculé par les producteurs en fonction de leur efficacité, de la brièveté et de la commodité du traitement: une seule pilule per os par jour pendant 12 semaines.

La parade des caisses maladie a été l'invention de «limitations»: être porteur d'un VHC de génotype I et avoir une fibrose hépatique de degré F2 (fibrose modérée) sur l'échelle Metavir (0-4), vérifiée par deux scans hépatiques à 12 semaines d'intervalle ou par la biopsie hépatique. Ces «limitations» auraient dû valoir pour l'interféron, mais sont absurdes pour les anti-HCV directs.

Si le patient ne répond pas à ces conditions préalables, ou «limitations», il ne pourra être traité que par l'interféron pégylé et la ribavirine.

L'efficacité antivirale de l'interféron alfa-2a dépend du génotype viral, de la charge virale, des polymorphismes du gène de l'interleukine IL-28 (le génotype T/T ayant le plus bas taux d'éradication virale), du dosage et de la durée du traitement. Plus la dose d'interféron est élevée et plus le traitement est prolongé (6-12 mois ou davantage), plus les chances d'éradication augmentent, sans pourtant dépasser, dans le meilleur des cas, le 70%.

Outre les effets secondaires pesants de l'interféron et de la ribavirine, qui conduisent souvent à l'interruption ou à l'arrêt du traitement, c'est à dire à l'échec thérapeutique, le coût à payer par les caisses augmente proportionnellement à la résistance du virus et finira par dépasser de deux à trois fois le coût de 12 semaines d'une combinaison à action directe de deux anti-HCV à action directe avec un taux moyen d'éradication virale supérieur à 95%.

Pour éviter de payer le prix des combinaisons pangénotypiques (sofosbuvir + ledipasvir ou sofosbuvir + velpatasvir), la caisse d'une patiente porteuse du génotype 4 (connu

pour sa résistance à l'interféron) et du polymorphisme T/T du gène de l'IL-28, propose comme alternative le Sovaldi (sofosbuvir seul) dont le coût est le même que celui de la combinaison sofosbuvir + ledipasvir (Harvoni) plus l'interféron pégylé et la ribavirine à la dose et pour le temps qu'il faudra!

J'ai demandé aux médecins de confiance une justification médicale écrite, signée et estampillée du refus d'assumer le coût du traitement: sans obtenir de réponse!

Les caisses maladie se défendent en disant qu'elles sont contraintes à suivre les limitations inventées par l'OFSP sans quoi elles auraient des ennuis.

Quelles conséquences pourrait subir une caisse qui respectant les quatre préceptes de l'article 36 de la LaMAL, dont l'intérêt du patient, assumerait le coût de ces nouvelles combinaisons? Seraient-elles punies pour désobéissance aux préceptes de l'OFSP? – pour concurrence déloyale?

La première serait ridicule, la deuxième tomberait dès que d'autres caisses, appuyées par la SHCV [1], les médecins, les patients et l'ensemble de l'opinion publique mettraient fin aux limitations actuelles qui sont contraires au simple bon sens, aux lois de la virologie et de l'épidémiologie, et à l'éthique médicale, c'est-à-dire au respect des droits du patient à recevoir les soins que sa maladie exige.

L'argument économique «si l'on soignait tous les patients atteints d'hépatite C (3% de la population) avec ces puissants antiviraux ce serait la ruine des caisses et l'écroulement du système de santé publique» contraste avec les millions dépensés pour soigner à vie les sujets n'ayant rien fait pour éviter l'infection par le VIH. Réponse: «Eh oui, mais ceux-là sont soutenus par un redoutable lobby que n'ont pas les patients avec l'hépatite C!»

Dr med. Franco de Clari, Lugano

1 Schweizerische Hepatitis C Vereinigung

Quelle vision il y a 50 ans en planification médicale dans le canton de Vaud?

Lettre concernant: Martin J. Quelle vision il y a 50 ans des enjeux éthiques en médecine? Bull Méd Suisses. 2016;97;(37):1298-9.

Pour faire référence comme le Dr Jean Martin à ces temps mémoriaux, souvenons-nous du Prof. Pierre GILLIAND, qui avait envahi la scène de la politique de la santé avec ses travaux très médiatisés, depuis les an-

nées 65. Cet ancien haut fonctionnaire de la santé vaudoise avait publié des travaux tendant à prouver que l'augmentation des médecins était simplement mauvaise coûteuse, et que chaque médecin de plus alourdissait quasi automatiquement la facture, implicitement dit sans motif ou réel bénéfice social, sans développement de type coût-efficacité ou coût-bénéfice digne de ce nom. Etudiant en médecine à la même époque, cela me consternait, sans clairement pouvoir juger de la pertinence de sa critique de la future offre excédentaire, à laquelle je ne croyais PAS. Il a même réussi à convaincre un copain de faculté de ma volée, de droite, de passer dans les gymnases pour dissuader explicitement les futurs gymnasiens éventuels futurs étudiants de choisir d'étudier cette voie. Même parmi nos grands thérapeutes, nos maîtres à penser, un renommé médecin de la Policlinique Médicale nous a arrosé lors de consultations publiques destinées aux étudiants (1970), et en présence des malades (sic!), de l'importance du «mamma mia syndrome transalpin», pour expliquer les ulcères gastriques de pauvres ouvriers de chantier, alors que c'était probablement dû à l'hélicobacter jejuni! J'étais déjà mal à l'aise à l'époque, pour le ton de son discours et le manque de preuves, son manque de respect, mais pas assez courageux pour intervenir publiquement contre lui (pas suicidaire!). Donc restons modérés, modestes, et perspicaces, le titre universitaire n'étant pas une garantie (ma critique s'adresse aux seules deux personnes dont j'ai parlé). Sachons ne PAS dépasser nos compétences même au nom de nos convictions.

Dr Virgile Woringer, Lausanne

Diversité des conflits d'intérêts dans le domaine de la santé...

Eclairant article dans le journal *Le Temps* [1] sur les pratiques de producteurs de boissons sucrées, pratiques inadmissibles en termes éthiques mais qui malheureusement ont leur logique au plan commercial et du marketing. On sait que les conflits d'intérêts en rapport avec la santé et la médecine sont multiples. C'est notamment pourquoi, au cours des dernières décennies, on a examiné plus attentivement les liens des médecins avec l'industrie pharmaceutique, qui fait preuve de beaucoup de créativité pour promouvoir la prescription de ses produits.

S'agissant des grandes firmes de boissons, l'article fait référence à une publication dans *l'American Journal of Preventive Medicine* selon laquelle les deux géants Coca et Pepsi ont versé ces dernières années des millions de dollars à une centaine d'organisations de promotion de la santé ou d'aide humanitaire. On aimerait se féliciter de cette générosité; l'ennui c'est que les investigations des auteurs montrent que ces soutiens financiers s'avèrent être un moyen de dissuader les organisations bénéficiaires de s'associer aux démarches de lutte contre le problème global majeur qu'est l'obésité.

De plus et simultanément, les firmes en question consacrent de grosses sommes au lobbying pour contrer toute législation cherchant à réduire la consommation de boissons sucrées. A cet égard on se souvient qu'en 2012 Michael Bloomberg, l'actif maire de New York de l'époque, avait voulu limiter la contenance des bouteilles de sodas (mesure potentiellement efficace) mais un tribunal avait jugé que c'était une limitation induite à la liberté du commerce – preuve de la faiblesse aux yeux de ce tribunal des arguments, pourtant solides, de santé publique. Une fois encore, il y a là des incohérences qui doivent préoccuper les professionnels de santé, les politiques et le public en général.

Dr Jean Martin, Echandens

1 Etwareea R. Comment Coca et Pepsi musellent les critiques. *Le Temps* (Lausanne), 13 octobre 2016, p. 13.

Atomausstieg: Das medizinisch Vernünftige JETZT bejahen!

Der Atomausstieg an und für sich ist in der Schweiz weitgehend unbestritten. Bundesrat, Parlament und vor allem die Bevölkerung haben nach der Atomkatastrophe von Fukushima rasch erkannt, dass diese Technologie selbst in technisch versierten Händen allzu grosse gesundheitliche und wirtschaftliche Risiken birgt. Wie bereits die nukleare Katastrophe von Tschernobyl 1986 demonstriert auch der AKW-Unfall in Japan 2011, dass diese Energieform für den Menschen um mehrere Grössenordnungen zu potent ist. Die Risiken betreffen nicht nur Staaten, sondern kontinentübergreifende Gebiete. Sie bedeuten Leid für viele Dutzende Menschengenerationen über unvorstellbar lange Zeiträume.

Die Gefahren der ionisierenden Strahlung – im hohen und im niedrigen Dosisbereich – sind in der Medizin gut bekannt. Selbst der Normalbetrieb von Atomkraftwerken belastet grosse Bevölkerungsgruppen. Denken wir an die Bevölkerung, die durch die radioaktiven Immissionen beim Uranabbau chronisch

kontaminiert wird, denken wir an die Arbeiter in den nuklearen Einrichtungen und an die besonders empfindlichen Säuglinge und Kleinkinder, die in der Umgebung von Atomkraftwerken leben: Sie alle tragen die Bürde eines erhöhten Malignomrisikos.

Aus ärztlicher Sicht überwiegen Risiken und Nebenwirkungen den Nutzen der Atomenergie. Es stellt sich somit lediglich die Frage, wie schnell der schweizerische AKW-Park zurückgebaut werden soll. Hier braucht es einen verbindlichen Zeithorizont. Wenn er fehlt – so zeigt es das bedauerliche Beispiel von Schweden seit dessen Ausstiegsbeschluss um 1980 – wird die Abkehr von der Atomenergie auf die lange Bank geschoben.

Als Ärztinnen und Ärzte sind wir in unserem Alltag mit der Frage der vernünftigen therapeutischen Umsetzung diagnostischer Erkenntnisse vertraut. Wie beraten wir den Raucher, der sich gerade von einem Schub einer chronischen Bronchitis erholt? Wir empfehlen ihm den Rauchstopp jetzt, und nicht erst in einigen Jahren. Wie behandeln wir den Patienten mit cerebraler Durchblutungsstörung bei neu diagnostizierter Hypertonie? Wir beginnen unmittelbar mit der antihypertensiven Therapie.

Wenn wir medizinische Verantwortung im gesellschaftlichen Bereich übernehmen wollen – so, wie wir es gegenüber einzelnen Patientinnen und Patienten bei der täglichen Arbeit gewohnt sind – sollten wir den geordneten, zügigen Atomausstieg in der Abstimmung vom 27.11.2016 bejahen.

2016 haben wir in der Schweiz gelernt, dass die Kombination von Energiesparmassnahmen im Baubereich mit der intelligenten Nutzung von Solar- und Windenergie sowie Wasserkraft die wegfallende Kernenergie ersetzen kann, ohne dass die Lichter ausgehen oder jemand frieren muss!

Für den Vorstand PSR/IPPNW Schweiz
Ärztinnen und Ärzte für soziale Verantwortung / zur Verhütung eines Atomkrieges

Dr. Jean-Jacques Fasnacht, Präsident

Dr. Claudio Knüsli

Dr. Martin Walter

Dr. Bettina Wölnerhanssen

Abläufe nach neuen Gegebenheiten ausrichten

Brief zu: Schlup J. Die Masseneinwanderungsinitiative (MEI) gefährdet Ihre Gesundheit. *Schweizer Ärztezeitung*. 2016;97(37):1255.

Die Schweiz hat weltweit die höchste Ärztedichte. Aktuell werden die neusten Prämienanstiege der Krankenversicherung im Bereich

von 4 bis 9% für das Jahr 2017 angekündigt. Assistenzärzte beklagen sich darüber, dass sie mehr Zeit am Computer als mit den Patienten verbringen.

Wo ist der Zusammenhang mit der MEI und der Personenfreizügigkeit?

Die ungehemmte Nachfrage im Gesundheitsbereich wird seit Jahren durch ein ebenso ungehemmtes Wachstum auf Angebotsseite gestillt. Der unselbige Ärztestopp, der für manchen Kollegen auf angenehme Weise die Konkurrenz fernhielt, gab den Spitälern freie Hand zum Aufbau eines riesigen Angebots im ambulanten Bereich. Weil Schweizer Ärzte fehlten, wurden ohne Rücksicht auf die Lücken, die sie im Heimatland hinterliessen, tausende Spitalärzte mit fremdem Arzt Diplom eingestellt. Gleichzeitig wurden Praxen zu Fantasiepreisen (wegen der dazugehörenden ZSR-Nummer!) an potente Kollegen aus dem Ausland verkauft. Einer ganzen Generation von Schweizer Ärzten wurde der Gang in die Praxis verwehrt.

Ich bin ein überzeugter Gegner der MEI. Aber genauso bin ich überzeugt, dass wir damit aufhören müssen, die Ineffizienz im Gesundheitswesen – neben vielem anderem – durch den Import von Ärzten zu übertünchen. Computer sollen entlasten, nicht belasten. Statistiken, DRG und Qualitätssicherung dürfen nicht weiter zum Selbstrenner werden, der immer mehr Ärzte von ihrer primären Aufgabe am Patienten entfernt. Tätigkeiten, die auch Nicht-Ärzte erfüllen können, sollten gezielt und konsequent delegiert werden. Wir müssen bereit sein, unsere Abläufe, Hierarchien und persönlichen «Mödeli» zu hinterfragen und nach den neuen Gegebenheiten auszurichten. Dann müssen wir unabhängig von der Umsetzung der MEI keine Angst um unsere Gesundheit haben.

Interessierten Lesern empfehle ich den Artikel: *Rethinking the Primary Care Workforce – An Expanded Role for Nurses* (Thomas Bodenheimer, M.D., and Laurie Bauer, R.N., M.S.P.H. *N Engl J Med* 2016;375:1015–17, September 15, 2016DOI: 10.1056/NEJMp1606869).

Dr. med. Mathis Lang, Baden

Briefe

Reichen Sie Ihre Leserbriefe rasch und bequem ein. Auf unserer neuen Homepage steht Ihnen dazu ein spezielles Eingabetool zur Verfügung. Damit kann Ihr Brief rascher bearbeitet und publiziert werden – damit Ihre Meinung nicht untergeht. Alle Infos unter:

www.saez.ch/autoren/leserbriefe-einreichen/

Zuversicht auf weitere Erfolge in der naturwissenschaftlich fundierten Medizin

In der Ärztezeitung Nr. 39 vom 28.9.2016 wird der Leser über die Kriterien informiert, die für die Beurteilung der Leistungspflicht der obligatorischen Krankenpflegeversicherung OKP im Art. 35a festgelegt sind [1]. Diese Kriterien begnügen sich für den Wirksamkeitsnachweis von komplementär genannten Praktiken lediglich mit «Evidenz und ärztlicher Erfahrung». Dies ändert nichts an der Tatsache, dass für alle alternativ und komplementär genannten Behandlungspraktiken ein Wirksamkeitsbeweis nach der weltweit anerkannten – vom Briten Sir A. B. Hill eingeführten – Doppelblindmethode fehlt. Bürger und Bürgerinnen können deshalb ohne Einbusse für ihre Gesundheit auf die komplementär genannten Praktiken verzichten und werden vor den mit diesen Praktiken verbundenen Risiken (Verpassen einer korrekten Diagnose und wirksamen Behandlung) bewahrt.

Schon allein die Tatsache, dass für die gleiche Gesundheitsstörung die verschiedensten, sehr zahlreichen alternativen Praktiken verwendet werden und die einzelnen Praktiken unterschiedlich durchgeführt werden, zeigt, dass die verwendete Methode keine Rolle spielt, sondern der suggestiv wirkende Heiler und der Glaube des Konsumenten an die Methode [2–6] und ihren Praktiker.

Es gibt keine standardisierte Homöopathie, Akupunktur, Chiropraktik usw., sondern lediglich so viele verschiedene Homöopathien, Akupunkturen, Chiropraktiken usw. [6], wie es Homöopathen, Akupunkteure, Chiropraktiker usw. gibt. Viele weitere Publikationen machen auf den fehlenden Wirksamkeitsnachweis der Komplementärmedizin aufmerksam [2–10].

Es scheint, dass die Befürworter der Komplementärmedizin Opfer des zurzeit besonders weit verbreiteten autistisch-undisziplinierten, irrationalen Denkens [10] sind. Im Interesse der Patienten sind die Ärzte, die eine naturwissenschaftlich fundierte Medizin betreiben, dem kausal verstehenden, vernünftigen Denken verpflichtet, das Irrtümer zu vermeiden sucht. Ihm verdankt die Medizin seit etwas mehr als 150 Jahren bereits viele den Patienten dienende Erfolge [11]. Weitere medizinische Durchbrüche [12] sind zu erwarten. Im Unterschied zur naturwissenschaftlich fundierten Medizin können die komplementär genannten illusionären Praktiken wie die Homöopathie, TCM und andere Heilung versprechenden Praktiken keine medizinischen Durchbrüche vorweisen, auch wenn sie wie die Traditionelle Chinesische Medizin TCM mehr als 1000 Jahre alt sind.

Es besteht kein Zweifel: Die Verankerung der Komplementärmedizin in der Grundversicherung ist ein politisch inszenierter Schildbürgerstreich.

Prof. Dr. med. Max Geiser, Wabern

- 1 Gilli Y. Komplementärmedizin bald definitiv in der Grundversicherung. Schweiz Ärztezeitung. 2016;97(39):337.
- 2 Geiser M. Die vergessenen Gutachten über die Chiropraktik. Praxis. 1993;82:875–9.
- 3 Skrabanek P. Health Quackery-holding back the tide. The International Journal of Risk & Safety in Medicine 1990;165–6.
- 4 Clark G, Stalker D. Engineers, Cranks, physicians, magicians. N.Eng.J.Med. 1983;308:960.
- 5 Skrabanek P, McCormick J. Follies and Fallacies in Medicine. Glasgow: The Terragon Press; 1989.
- 6 Hopft WH. Homöopathie kritisch betrachtet. New York, Stuttgart: Thieme Verlag; 1991.
- 7 Abgrall J M. Les charlatans de la sante. Paris: Documents Payot; 1991.
- 8 Ernst E. The Desktop Guide to complementary and alternative Medicine. London: Mosby; 2001.

- 9 Prokop O, Hopft WH. Gibt es heute noch Schildbürgerstreiche? Schweiz. Med. Wschrft. 1992;122:770–9.
- 10 Bleuler E. Das autistisch - undisziplinierte Denken in der Medizin und seine Überwindung. Berlin: Springer Verlag; 1919.
- 10 Thomas L. Medical Lessons from History in The Medusa and the Snail. New York: The Viking Press; 1979.
- 12 Geiser M. Würdigung medizinischer Durchbrüche. Schweiz Ärztezeitung. 2011;92(20):769–70.

Aktuelle Forumthemen

Jetzt online mitdiskutieren auf www.saez.ch



Dr. med. André Seidenberg, Zürich

Meldepflicht

Meldepflicht bei Behandlungen mit psychotropen Stoffen