

Zeitschrift: Physiotherapeut : Zeitschrift des Schweizerischen
Physiotherapeutenverbandes = Physiothérapeute : bulletin de la
Fédération Suisse des Physiothérapeutes = Fisioterapista : bollettino
della Federazione Svizzera dei Fisioterapisti

Herausgeber: Schweizerischer Physiotherapeuten-Verband

Band: 27 (1991)

Heft: 10

Artikel: Pratique de la physiothérapie Profil genevois

Autor: Dunand, J.

DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-930079>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 29.01.2026

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Pratique de la physiothérapie

Profil genevois

De J. Dunand, Ecole de Physiothérapie, Genève

Dans le contexte de changement et d'évolution de la physiothérapie et peut-être de la perception d'une identité professionnelle, il semblait intéressant de savoir de quelle manière nous pratiquons notre métier. Non pas pour connaître la qualité ou l'efficacité de nos prestations mais afin de cerner le type de prise en charge et les techniques thérapeutiques et rééducatives utilisées.

A cette fin une enquête a été faite dans le courant de l'année 1988 auprès de tous les physiothérapeutes membres de la section genevoise de la FSP.

Cette enquête voulait également répondre à une interrogation concernant certaines caractéristiques de la population traitée en cabinet comparativement au milieu hospitalier. Indirectement elle voulait aussi apprécier l'importance de la formation continue par la comparaison des techniques pratiquées à celles enseignées, en général, lors de la formation de base. Une deuxième enquête, faite en 1990, a exploré plus spécifiquement cette question.

Les objectifs de cette recherche sont donc strictement descriptifs et non explicatifs. Les résultats seront le reflet (non l'image réelle) de nos comportements pratiques à un moment de notre histoire en tant que groupe professionnel. A ce titre ils nous donnent certaines bases pour une éventuelle réflexion.

Après la présentation du protocole de l'enquête, du mode de classement des différentes rubriques et de la description des réponses reçues, nous pourrions discuter des lectures possibles de ces résultats, des intérêts éventuels et des limites d'utilisation de ces données.

Une liste exhaustive des résultats obtenus étant trop fastidieuse, l'information est traitée par regroupement et présentée sous forme graphique.

Matériel et méthode

Une circulaire expliquant les objectifs de cette enquête a été envoyée avec un questionnaire à tous les membres de la section genevoise de la FSP.

Le questionnaire comprenait deux parties. Une première pour les informations concernant la population traitée: Classes d'âges réparties en trois groupes et motifs de consultation, une deuxième pour les techniques de thérapie et de rééducation utilisées.

La réponse au questionnaire était ano-

nyme. Les réponses concernant les techniques se faisaient par des qualificatifs déterminants la fréquence de leur utilisation. De plus, une rubrique permettait des remarques personnelles concernant un thème particulier ou l'ensemble de l'enquête.

Les réponses ont été consignées sous forme numérique pour être traitées par informatique.

Les classes d'âges se répartissent entre 0-18 ans, 18-60 correspondant à la population «économiquement active» et au-delà de 60 ans. Chaque classe d'âges est exprimée en pourcentage de l'ensemble. Cette répartition correspond à celle utilisée dans nos administrations et permet d'avoir une référence pour comparaison.

Les motifs de consultations sont regroupés en grandes classes de pathologies systémiques (neurologie, traumatologie, rhumatologie, cardio-pneumologie) et en plaintes douloureuses articulaires périphériques ou vertébrales. L'importance de chaque classe est exprimée en pourcentage de l'ensemble. Les techniques utilisées ont été classées en trois grands groupes, puis détaillées et arithmétiquement comparées.

1. Les techniques manuelles:

Massage classique, le massage de Cyriax, les mobilisations passives des mem-

bres ou de la colonne vertébrale, les manipulations, également réparties, le drainage lymphatique et les massages réflexes du tissu conjonctif (MTC ou BGM).

2. Les techniques d'électrothérapie:

Les ultrasons (US), les ondes courtes (OC), le diadynamique (DD), le radar, les ionisations, le biofeedback (BFB) et le laser.

3. Les techniques de rééducation:

Les exercices gymniques et la proprioception, les étirements et renforcements analytiques, les techniques neuro-musculaires (Klein-Vogelbach, Bobath, Kabat), la mécanothérapie, les techniques d'étirements et de posture globales (Godelieve Struyf-Denys, Mézières, Rééducation Posturale Globale, Rolfing, etc.), les techniques en cardiologie et pneumologie. La fréquence d'utilisation de chacune de ces techniques est définie par les termes: jamais, rarement, parfois, souvent et toujours. La conversion chiffrée des qualificatifs est la suivante: Toujours = 4, souvent = 3, parfois = 2, rarement = 1, jamais = 0. A partir des conversions chiffrées nous pourrions exprimer des proportions et les taux moyens d'utilisation pour chacune des rubriques. Les moyennes élevées (> 3) correspondront donc aux techniques très utilisées et inversement (< = 2) aux techniques très peu utilisées.

Résultats

Trois cent vingt questionnaires ont été envoyés. Parmi les cent quinze réponses reçues (35,9%), cent dix (34,4%) sont utilisables pour la raison de la prise en charge et les groupes d'âges, cent douze (35%) pour les diverses techniques utilisées.

Répartition des groupes d'âges:

14,1% des consultants ont moins de 18 ans, 61,1% entre 18 et 60 ans, 24,9% ont plus de 60 ans (fig. 1).

Raisons de prise en charge:

6,7% des patients ont des symptômes neurologiques centraux (hémiplegie, SEP, etc.), 24,1% ont des problèmes de traumatologie (fractures, entorses, etc.), 9,7% des maladies rhumatismales (PR, SPA, etc.), 37,2% des rachialgies (cervi-

REPARTITION DE L'AGE DES PATIENTS

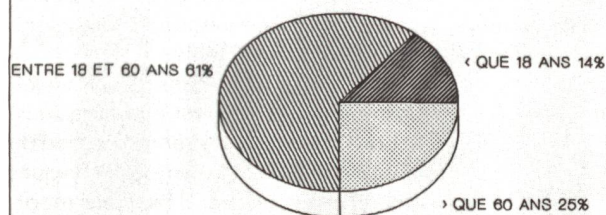
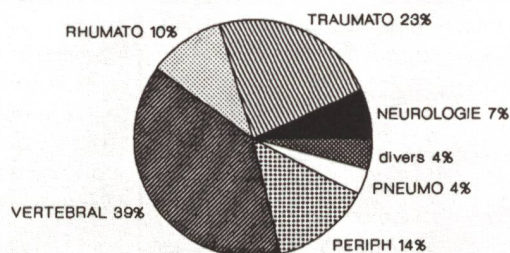


Fig. 1

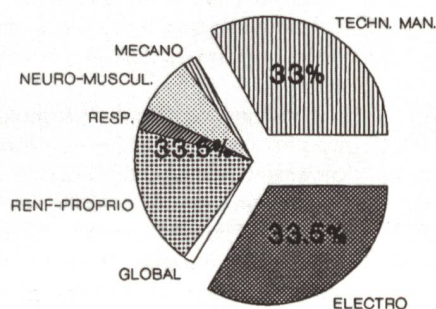
RAISONS DE PRISE EN CHARGE



données 1989

Fig. 2

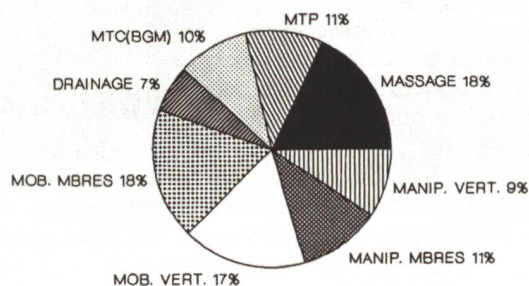
REPARTITION DES TECHNIQUES DE PHYSIOTHERAPIE



données 1989

Fig. 3

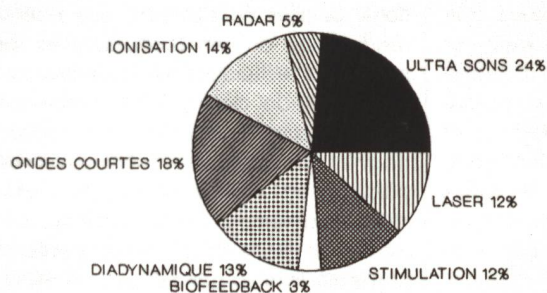
TAUX D'UTILISATION DES TECHNIQUES MANUELLES



données 1989

Fig. 4

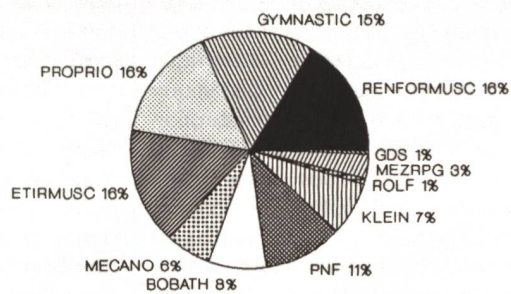
PROPORTION D'UTILISATION DES TECHNIQUES D'ELECTROTHERAPIE



données 1989

Fig. 5

TAUX D'UTILISATION DES TECHNIQUES DE REEDUCATION



données 1989

Fig. 6

calgies, lombalgies, dorsalgies), 14,5% des arthralgies et problèmes abarticulaires périphériques (PSH, épicondylites, etc.) et 7,9% de divers correspondant aux causes cardio ou pneumologiques (4%) ou encore pour des raisons multiples de prise en charge (3,9%) (fig. 2).

Techniques utilisées et fréquences d'utilisation:

Sur l'ensemble de toutes les techniques citées et regroupées, la moyenne des fréquences d'utilisation donne une répartition en trois tiers très équilibrés entre les techniques manuelles (33%), les différentes formes de rééducation (analytique, globale, mécanique, etc.) (33,5%) et les techniques d'électrothérapie (33,5%) (fig. 3).

Le nombre de techniques utilisées dans chacun des groupes étant très différent, une analyse plus détaillée est indispensable pour noter les particularismes et pouvoir préciser quelles sont les techniques les plus fréquemment utilisées.

Techniques manuelles:

Sur l'ensemble des techniques manuelles pratiquées définies plus haut, les proportions d'utilisation, en rapport avec les fréquences moyennes d'utilisation se répartissent ainsi: 18% pour le massage classique, 10,6% pour le MTP, 9,6% pour le MTC (BGM) et 6,5% pour le drainage lymphatique. Les mobilisations passives des membres représentent, comme le massage, environ 18% des techniques manuelles, 17% pour la colonne vertébrale. Les manipulations des membres représentent le 11% dans cette répartition et 9,5% concernent les manipulations de la colonne vertébrale (fig. 4).

Techniques d'électrothérapie:

Sur l'ensemble des techniques d'électrothérapie utilisées, la proportion moyenne de fréquence d'utilisation se répartit comme suit: US 23,7%, OC 18,3%, ionisation 13,6%, DD 12,8%, laser 11,8%, électrostimulation 11,7%, radar 4,8% et BFB 3,2% (fig. 5).

Techniques de rééducation:

Les techniques de rééducation se répartissent selon les proportions suivantes: Renforcement musculaire analytique 17,3%, étirement musculaire analytique 17%, gymnastique et proprioception «classiques» 16,6%, concept de Kabat (PNF) 11,5%, techniques respiratoires 9,9%, concept de Bobath 8,3%, concept de Klein-Vogelbach 7,7%, techniques de mécanothérapie et poulies 6,7%, techniques myofasciales globales de Mézières ou de «rééducation posturale globale» (MEZRP) 3,5%, techniques de rolfing (ROLF) 0,9%, techniques de Godelieve Struyf-Denys (IGDS) 0,6% (fig. 6).

En comparant entre elles les fréquences d'utilisation de toutes les techniques citées, il est possible de réaliser un classement démonstratif qui nous permet d'élire les lauréats, de nos outils de travail. Le premier est le massage classique avec une moyenne de fréquence d'utilisation à 3,14 (4 correspond au maximum = toujours), le deuxième correspond aux techniques de mobilisation passive, la moyenne est de 3,04, le troisième, les US, avec une moyenne de 2,96 (fig. 7).

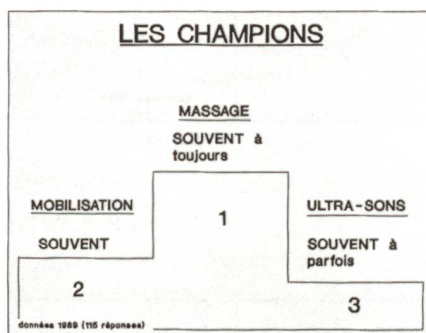


Fig. 7

Un récapitulatif non exhaustif donne une vision d'ensemble (fig. 8).

Discussion

Evidemment le traitement statistique interdit les conclusions individuelles. Il décrit les tendances ou le comportement du groupe évalué. La fiabilité et l'homogénéité des comportements peuvent être grossièrement approchées par le calcul d'une déviation standard. Les trois lauréats sont, à ce titre, représentatifs d'une certaine homogénéité. Toutefois il est très difficile de savoir si les réponses reçues correspondent à un échantillon représentatif de l'ensemble des physiothérapeutes de Genève, ou correspond à une bande d'hurluberlus curieux de ce qui touche à leur profession ou encore attendris par les gentilles curiosités de leur confrère. Est-ce que les gens qui n'ont pas répondu sont des distraits, des déviationnistes ou des originaux discrets, que sais-je? Chacune des réponses peut colorer le résultat en conséquence. L'anonymat des réponses aurait pu être assoupli et recueillir l'année de diplôme et l'école de formation, pour évaluer cette représentativité. Il est difficile de savoir dans quelle mesure le nombre des réponses aurait pu être influencé par cette demande supplémentaire.

Concernant la population traitée on peut noter qu'elle est un peu plus âgée que la référence prise sur l'ensemble de la population genevoise. Cet aspect ne surprendra personne.

Concernant les raisons de la prise en charge, on note une forte proportion de problèmes vertébraux, de traumatologie et de problèmes abarticulaires pour peu de grosses pathologies rhumatismales et surtout neurologiques qui semblent être traitées essentiellement en milieu hospitalier. Les problèmes cardio-pneumologiques sont également rares.

Concernant les techniques de soins quelques remarques peuvent être formulées. D'abord que le peu de représentation du Bobath ou de l'utilisation de techniques respiratoires correspond bien à la répartition des pathologies traitées.

Par contre certaines techniques paraissent méconnues ou peu utilisées bien que la population traitée pourrait en bénéficier. Ceci est vrai pour les techniques neuromusculaires de Kabat ou de Klein-Vogelbach ou encore de techniques myofasciales actives ou passives (GDS – MEZRP – ROLF) (fig. 8). Les techniques manipulatives sont plus fréquemment utilisées ($m = 1,79$) que les techniques de Klein-Vogelbach ($m = 1,18$), enseignées dans la formation de base depuis environ 12 années (données 1989) ou que les techniques myofasciales ($m =$ entre 0,5 et 0,1), apparues plus récemment, il est vrai!!

Si certaines techniques présentent une répartition de fréquences d'utilisation relativement homogène, d'autres présentent une grande disparité (fig. 9).

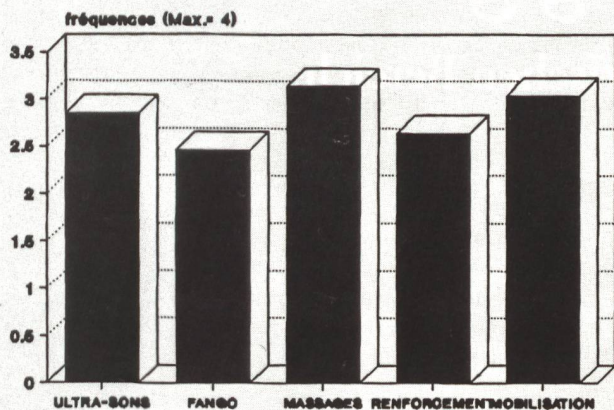
Parmi les réponses reçues, il n'y a pas de signes de fanatismes dans l'application univoque ou la non-utilisation absolue de certaines techniques qui ont parfois une consonnance paroissiale (MEZRP – manipulations – techniques réflexes).

Mis à part le massage!

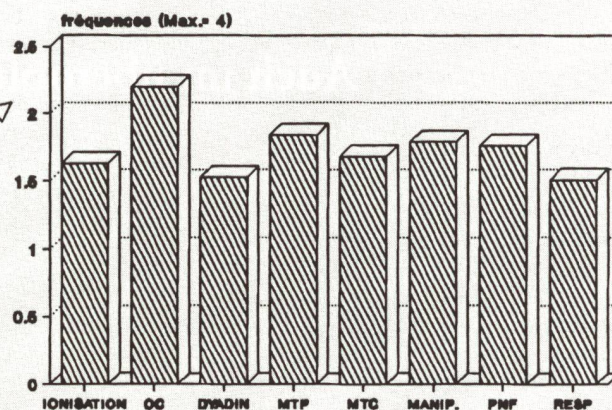
Mais, concernant le massage, il est important de préciser que la durée des applications n'est pas connue. Le caractère éventuellement uniciste de son utilisation n'apparaît pas non plus dans les réponses reçues.

Il est également intéressant de noter l'importance des techniques manuelles passives et en particulier des manipulations. Si elles ne s'utilisent pas pour la rééducation au sens propre, elles font partie des techniques thérapeutiques utilisées lors de déséquilibres biomécaniques articulaires ou tissulaires accompagnés de symptômes fonctionnels multiples. A ce titre elles accompagnent inmanquablement la rééducation. L'attente des patients et d'une partie du corps médical va dans ce sens. Il est vrai que l'introduction de la pratique de techniques passives (non manipulatives), pour le rachis, dans les cours de l'école de physiothérapie de Genève n'a que 15 ans (données 1989). Belle adolescence!

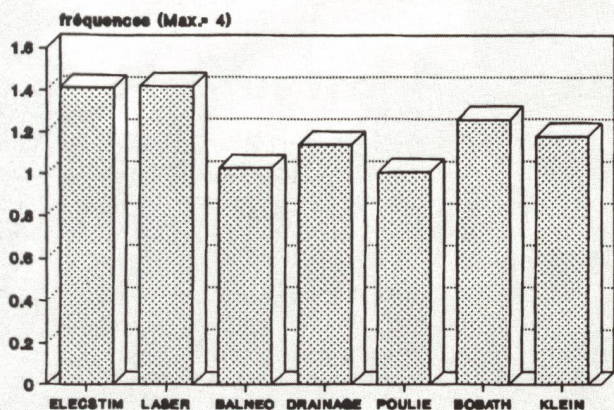
LES PLUS UTILISEES



LES MOYENNEMENT UTILISEES



LES PEU UTILISEES



LES MOINS UTILISEES

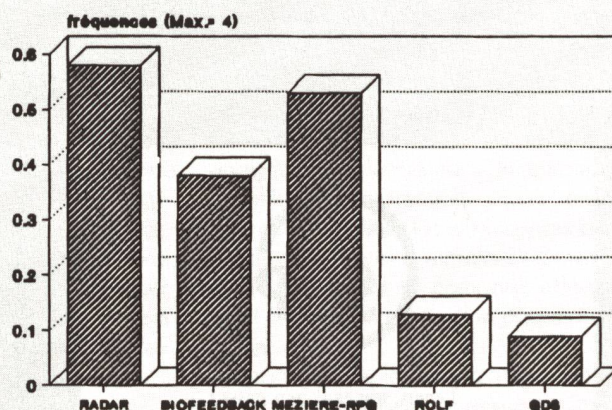
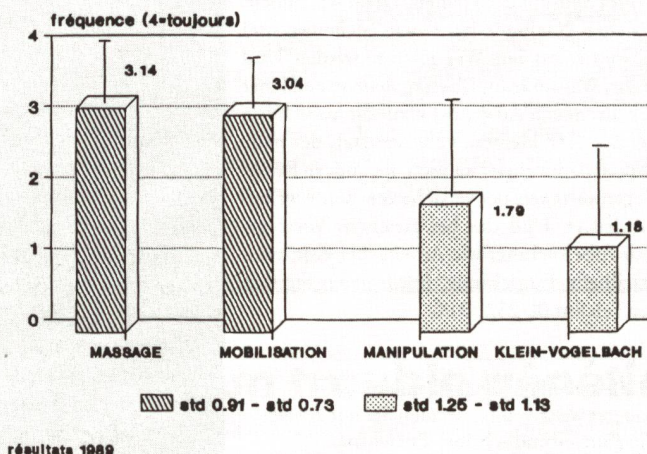


Fig. 8

L'ensemble de ces pratiques montrent donc une tendance à l'ouverture, la curiosité et la remise en question. Certains signes ne trompent pas, ils sont apparent dans ces résultats en particulier par l'importance de techniques pratiquées ne faisant pas partie de la formation de base.

Toutefois les techniques les plus utilisées sont une pentade bienheureuse tout à fait traditionnelle (fig. 8). Des techniques, qui à l'expérience, restent parfois insuffisantes pour une partie de la population qui nous est adressée.

Rachialgies, problèmes abarticulaires et petite traumatologie demandent une approche plus particulière faisant moins partie de nos pratiques traditionnelles. C'est le champ de la formation continue. C'est le champ de nos progrès potentiels. Ce progrès ne peut d'ailleurs s'envisager que par la reconnaissance de notre histoire, de notre pratique actuelle et par la réflexion qu'elles imposent. Ces progrès se réaliseront. Optimisme, enthousiasme et réalisme en seront les garants.



résultats 1989

Fig. 9

Actuellement, nous massons, nous appliquons des ultrasons et nous faisons notre métier de rééducateur. Notre fonction de thérapeute, comme défini dans notre titre professionnel, est encore atrophique. Pourquoi?

Notre histoire nous éclaire, nous venons de le voir. Mais les indications prescriptives et l'iniquité de la valeur marchande des différents actes thérapeutiques peuvent également, en partie, expliquer ces résultats. Avec la nouvelle convention en

Volle Freizügigkeit!

Auch im überobligatorischen Bereich.



Leben, wie es Ihnen passt.
Aber sicher.

Mit der vollen Freizügigkeit belebt die SHP Pensionskasse ein altes Symbol der Freiheit. Denn wir finden, die finanziellen Nachteile bei einem Stellenwechsel sollten für immer aus dem Weg geräumt werden. Und nicht nur das. Warum komplizieren, wenn es einfacher geht. Auch am neuen Arbeitsort kann die versicherte Person bei der SHP bleiben, vorausgesetzt, der neue Arbeitgeber ist damit einverstanden. Im andern Fall ist ihr der Gegenwartswert der versicherten Rente weiterhin gewährleistet. Und das bei gleichem Vorsorgeschutz. Für Arbeitnehmer wie Arbeitgeber eine zweifellos vorteilhafte Einrichtung. Informieren Sie sich jetzt unter Telefon 01/252 53 00.

- ☐ Über die volle Freizügigkeit möchte ich
Genaueres wissen. Bitte, senden Sie mir kosten-
los und unverbindlich Ihre Broschüre.

Name/Vorname _____ PH

Strasse/Nr. _____

PLZ/Ort _____

Bitte einsenden an: SHP Pensionskasse für Spital-, Heim- und
Pflegepersonal, Gladbachstrasse 117, 8044 Zürich, Telefon
01/252 53 00.

cours à Genève depuis le début de l'année, certains traits de nos comportements pourraient évoluer. Il serait, de ce fait, intéressant de refaire ce questionnaire dans quelques années.

Peut être aussi que sous la pression de ces contingences, nous avons oublié la nécessité d'un diagnostic biomécanique et fonctionnel débouchant sur un choix de techniques spécifiques et adaptées dans le temps. Ceci est d'ailleurs vrai, tant pour une prise en charge thérapeutique que rééducative. Ces différents aspects sont certainement sujet à très large discussion pour ne pas dire débat!

Conclusion

Cette enquête donne un reflet instantané du profil de notre pratique professionnelle. Elle semble influencée par notre histoire, bien jeune, et un ensemble d'éléments intriqués, complexes à démêler. Il apparaît tout aussi clairement que les attentes des thérapeutes évoluent, comme celles de nos patients.

Il semble donc intéressant, aujourd'hui, de prendre un instant pour apprécier le chemin parcouru et redéfinir les routes à suivre, imprégnés de notre expérience, curieux de celles d'autres régions et de l'ouverture potentielle que peut nous apporter l'Europe. ●

Plantes tropicales efficaces

A Samoa, on utilise toutes les propriétés médicinales d'un arbre portant le nom scientifique d'*Homalanthus acuminatus*. Ses feuilles permettent de lutter contre les douleurs dorsales et les troubles abdominaux, sa racine combat la diarrhée, et à partir d'extraits de sa tige, on traite la fièvre jaune.

Cet arbre fait maintenant l'objet d'une recherche intensive aux Etats-Unis, de la part du «National Cancer Institute» (NCI). Les spécialistes espèrent essentiellement découvrir des substances démontrant un effet contre le cancer et le SIDA. Dès les premiers essais, un extrait de l'écorce a d'ailleurs déjà fait preuve d'une activité contre le SIDA.

Mais le département nouvellement créé par le NCI à Frederick (Maryland) ne se limite évidemment pas à l'étude de l'*Homalanthus acuminatus*; il a conçu un programme de recherche englobant plus de mille plantes et animaux provenant du monde entier. Le Dr Michael Boyd, directeur de ce département, rappelle à cet égard que le développement de médicaments à partir de plantes n'a rien de nouveau. Dans la chimiothérapie du cancer, en particulier, les meilleurs médicaments actuels sont d'origine végétale. C'est ainsi que deux principes actifs ont été isolés de la pervenche de Madagascar (*Vinca rosea*): la vinblastine (utilisée dans le traitement de la maladie de Hodgkin) et la vincristine (contre la leucémie). Et à partir du podophylle, nom vernaculaire de *Phodophyllum peltatum*, on a tiré des podophyllotoxines, employées dans le traitement du cancer du testicule et du cancer du poulmon.

Les trois grandes firmes pharmaceutiques suisses ont, elles aussi, développé de nombreux médicaments d'origine végétale, par exemple avec les principes actifs suivants: la digitale, la ciclosporine, l'éphédrine, l'ergot de seigle, la résérpine ou encore la scopolamine. Récemment, Ciba-Geigy a créé «Valverde», une ligne de médicaments naturels.

Pour la médecine, il importe peu qu'un médicament soit d'origine naturelle ou synthétique. L'essentiel est que les produits sélectionnés démontrent nettement une efficacité et que les effets secondaires soient minimes.

Selon le Dr Boyd, les organismes marins, surtout les éponges et les algues, constituent un potentiel de substances intéressantes encore loin d'avoir été épuisé. Certains principes actifs aux propriétés anticancéreuses ont été isolés d'un re-

présentant des didemnidés. L'une de ces substances, la didémimine B, se trouve au stade des études cliniques.

Aux Etats-Unis, les «National Institutes of Health» ont établi depuis 1988 – en collaboration avec le NCI – des contrats avec des spécialistes de la biologie marine. Ces contrats prévoient la livraison, pendant cinq ans, de quelque 15000 organismes marins issus essentiellement de la Grande Barrière de corail ainsi que de 20000 plantes provenant de diverses contrées tropicales de l'océan Pacifique, d'Afrique et d'Amérique du Sud, car ces régions recèlent une infinité d'espèces encore inconnues.

Le nouveau programme du NCI prévoit d'étudier 60 différentes unités cellulaires cancéreuses, parmi lesquelles celles de la leucémie, du mélanome, du cancer du côlon, du cancer du poulmon, du cancer du rein, des tumeurs cérébrales et du cancer de l'ovaire. Ces unités cellulaires sont isolées à partir de tumeurs prélevées chez des cancéreux, puis conservées dans de l'azote liquide à l'état congelé. Grâce à une méthode de séparation analytique performante – la chromatographie à haute pression –, on est en mesure de déterminer les composants actifs précis des différents extraits et de retenir ainsi uniquement le composé effectivement intéressant sur le plan pharmacologique.

L'importance de la recherche portant sur les plantes exotiques se trouve renforcée par le fait que la FDA elle-même – l'organisme américain de contrôle des médicaments – a créé un laboratoire de recherche dans ce domaine. On y procède actuellement, par exemple, à l'étude intensive des effets de *Coleus forskohlii*, une plante fréquemment utilisée en Inde par la médecine ayurvédique dans le traitement des infections de la peau et des maladies causées par des vers. (DS-2/91) ●

L'obésité est un trouble génétique

Gros ou maigre, la silhouette de chacun d'entre nous est programmée dans notre patrimoine génétique.

Telle est l'observation aujourd'hui confirmée par deux études, qualifiées de «très convaincantes» et «apportant des preuves scientifiques rigoureuses».

Des chercheurs de l'Université Laval (Québec) ont hébergé pendant 100 jours 12 paires de jumeaux vrais, de corpulence mince, âgés de 19 à 27 ans, dans des locaux fermés de la résidence univer-

sitaire, et les ont «engraissés» comme des oies, tous recevant des repas identiques, riches de 1000 calories supplémentaires.

Selon le Dr Claude Bouchard, la différence de gain de poids a été trois fois plus grande entre paires de jumeaux qu'entre jumeaux d'une même paire. Chaque paire a eu le même gain de poids et a grossi aux mêmes endroits: abdomen, cuisses et fesses.

Toutefois, le Dr Bouchard a noté des dif-

férences marquées entre paires de jumeaux en ce qui concerne l'importance du gain de poids. Les sujets ayant le plus grossi ont pris 14 kg, alors que la paire ayant le moins engraisé ne gagnait que 4 kg (moyenne: 8 kg environ).

Une fois reprises leurs anciennes habitudes alimentaires, la plupart des participants ont reperdu en l'espace de six mois le poids supplémentaire qu'ils avaient acquis durant l'expérience.

Cette étude a ainsi apporté la preuve scientifique de ce qu'avancent de nombreuses personnes, à savoir qu'elles peuvent manger tout ce qu'elles veulent sans prendre un gramme pour autant. Pour la première fois, une étude montre que ces personnes ont hérité un mécanisme qui leur permet de brûler en partie les calories en excès (énergie fournie par la nourriture) par un phénomène rendant inefficace la conversion en protéines musculaires. D'autres personnes, en revanche, transforment aussitôt très efficacement en graisses toutes les calories supplémentaires qu'elles ingèrent.

Dans une autre étude, des chercheurs de l'Université de Pennsylvanie ont enregistré les différences de poids entre jumeaux (vrais et faux) ayant été élevés ensemble ou séparément. Les vrais jumeaux, qu'ils aient grandi ensemble ou qu'ils aient été élevés dans des endroits distincts, avaient un poids presque identique à l'âge adulte, et ce malgré des régimes alimentaires différents.

Selon le Dr Albert Stunkard, psychiatre spécialisé dans les problèmes d'obésité, qui a dirigé cette étude, les résultats laissent fortement supposer que l'expérience ne joue qu'un faible rôle dans les variations de poids entre adultes.

Le Dr Jennifer R. Harris, chercheur au Karolinska Institute de Stockholm, a collaboré à cette étude. Les Scandinaves disposent en effet d'excellents registres de jumeaux. Les chercheurs visaient à déterminer l'influence relative de l'hérédité et de l'expérience. Ils sont parvenus à la conclusion que 70% des différences de poids existant entre individus sont dus à l'hérédité, autrement dit à un facteur génétique, contre 30% à l'environnement et à l'expérience.

Une étude qui fera date

Selon les dires d'autres experts s'exprimant dans une grande revue médicale, ces études apportent la «preuve (la plus convaincante et (la plus) scientifiquement rigoureuse» à ce jour que l'obésité (ou la minceur) est un trait essentiellement héréditaire, tout comme la couleur des cheveux.

Le Dr Ethan Sims, un éminent professeur de l'Université du Vermont, a quant à lui

déclaré que ces deux travaux constituent des «contributions qui feront date», ajoutant que l'étude franco-canadienne deviendra un «classique».

Lorsque des personnes obèses suivant un régime subissent un échec – on estime à

seulement 10% environ le taux de succès des régimes connus –, il ne faut pas qu'elles s'accusent d'un «manque de volonté». En effet, concluent les médecins, il s'agit généralement plutôt d'un caprice de la nature. (DS-1/91;3) ●

Kunstfehler: FMH-Ärzte helfen bei der Abklärung

(SAel) Der Patient hat ein legitimes Recht darauf, dass allfällige ärztliche Kunstfehler aufgedeckt werden. Ebenso wichtig ist aber, dass die Ärzte ihre Tätigkeit in einem Klima des Vertrauens ausüben können. Im Rahmen seines Untersuchungs- und Behandlungsauftrags ist der Arzt verpflichtet, das Menschenmögliche für seinen Patienten zu tun. Er kann aber nicht für das Gelingen der Behandlung haften; genau so wenig, wie ein Anwalt allein dadurch haftpflichtig werden kann, dass er einen Prozess nicht gewinnt. Wenn aber ein Behandlungs- oder Diagnosefehler passiert ist, müssen die behandelnden Ärzte und auch deren Haftpflichtversicherungen zu einer fairen, gütlichen Regelung des Problems beitragen. Die Verbindung der Schweizer Ärzte/FMH führt seit 1982 eine Gutachterstelle zur aussergerichtlichen Beurteilung von Ärztehaftfällen in Bern (für die Deutschschweiz und das Tessin) und in Lausanne (für die Westschweiz). Damit sorgt die Ärzteschaft selber dafür, dass die für Patienten im Prinzip kostenlose Abklärung von Differenzen zwischen Ärzten, Versicherern und Patienten rasch und einfach und ohne langwierigen Prozess vor den Gerichten erfolgt.

Wechselnde Beanspruchung

Von den insgesamt 737 Gutachten seit Bestehen der FMH-Gutachterstelle haben 172 Expertisen einen ärztlichen Kunstfehler bestätigt. In 520 Fällen wurde dagegen weder ein Fehler in der Behandlung noch in der Diagnose festgestellt. Diese Zahlen widerlegen das Vorurteil, wonach in strittigen Fällen sowieso stets dem Arzt Recht gegeben werde. 1990 hat die FMH-Gutachterstelle 171 neue Gutachteraufträge erhalten. Erfahrungsgemäss variiert die Zahl der Aufträge stark, je nachdem wie in den Medien über diese Institution berichtet wird (1989: 149 Aufträge). Im letzten Jahr belief sich die Quote der anerkannten Kunstfehler auf 16,7 Prozent (1989: 33,6 Prozent). Relativ viele Gutachten wurden im

Zusammenhang mit der Behandlung älterer Patienten erstellt, wobei sich häufig herausstellte, dass Anträge auf Begutachtung eingereicht wurden, weil die Möglichkeiten der Medizin vom Patienten überschätzt wurden. Anlass zur Begutachtung gaben auch Operationen, bei denen von Anfang an damit gerechnet werden musste, dass nur die Stabilisierung eines Zustandes, kaum aber eine Verbesserung zu erhoffen war. In mehreren Fällen von ästhetischer Chirurgie wurde das angestrebte Ergebnis zwar erreicht; der Patient konnte sich aber nicht an sein neues Aussehen gewöhnen. Zu einem merklichen Anstieg der Gutachteranträge aus dem Tessin hat 1990 die vom Dipartimento delle opere sociali zusammen mit der Tessiner Ärztesgesellschaft herausgegebene Broschüre «I tuoi diritti come paziente» geführt.

Kein aufwendiges Verfahren

Der Zugang zur FMH-Gutachterstelle sowie die Voraussetzungen, unter denen ein Abklärungsgesuch angenommen werden kann, sind in einem Reglement festgehalten. Dieses ist von der Verbindung der Schweizer Ärzte/FMH und der Schweizerischen Vereinigung der Haftpflicht- und Motorfahrzeugversicherer/HMV gemeinsam ausgearbeitet worden. Das Vorgehen ist denkbar einfach: Es genügt, wenn der Gesuchsteller seinen Fall kurz schriftlich erläutert sowie die Vorwürfe gegenüber den beteiligten Ärzten formuliert.

Neben der FMH-Gutachterstelle stehen in bereits 14 kantonalen Ärztesellschaften (von insgesamt 24) medizinische Ombudsmänner zur Verfügung. Sie bieten den Patienten die Gelegenheit, eine für alle Parteien unverbindliche «second opinion» einzuholen; beispielsweise auch über die Frage, ob ein aussergerichtliches Gutachten im konkreten Fall empfehlenswert sein könnte. Selbstverständlich kann die Gutachterstelle auch ohne vorgängige Konsultation eines Ombudsmannes angerufen werden. ●