



décembre 2004 / 6

# doc.be

Ärztegesellschaft des  
Kantons Bern  
Société des médecins du  
canton de Berne  
[www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch)

## Un cadeau de Noël empoisonné ...

... je reviens d'une promenade en forêt, il faut que je vous dise qu'il règne une atmosphère de Noël, partout, sur les branches des sapins, je vois l'éclat de points (tarifaires) lumineux ...

Voilà également le Père Fouettard qui apporte ses verges – les avons-nous vraiment méritées?

Je le pense – et la punition ne va pas tarder – la valeur du point poursuit sa course aux abîmes et dans cette «atmosphère» nous sommes encore (très) loin de la fin de la dégringolade ...

Un sentiment de frustration nous pousse à dire (selon le principe: on était de toute façon toujours contre), que les membres de certaines disciplines utilisent jusqu'à la corde les réserves de Tarmed – avec les conséquences que chacun connaît.

Tarmed est un tarif en fonction du temps, mais il y a en plus la neutralité des coûts – pour moi, l'équivalent d'un budget global qui nous a été «imposé» – et voilà, nous prenons acte une fois encore de la diminution de la valeur du point ... Nous sommes des gens assez curieux. Aucun autre groupement professionnel ne tolérerait qu'on le traite aussi mal; et nous aurions de quoi nous défendre: nous devrions accorder un plus grand intérêt à nos représentants dans les rangs politiques, participer plus activement, faire preuve de plus de solidarité et alors – nous disposerions d'un énorme potentiel. Mais malheureusement nous n'en faisons rien, c'est pourquoi nous méritons les verges ...

Je vous souhaite néanmoins un bon passage dans l'an nouveau.

Christian Gubler, vice-président

PS. Dans trois cantons la valeur du point a non seulement été maintenue, mais a même été augmentée. C'est donc possible?

Compte rendu de  
l'assemblée des délégués 2

La politique tarifaire, partie intégrante  
de la politique de la santé 3

Politique de la santé –  
vers le «big bang» 4

«Journée des médecins bernois»  
et jubilé des 650 ans  
de l'hôpital de l'île 8

Sous la loupe ...  
certificats de complaisance 9

Nouvelles du grand-conseil 10

Alumni MedBern 11

Défibrillateur pour secouristes 12

**Vous pouvez prendre connaissance de nouvelles récentes  
sous [www.berneraerzte.ch](http://www.berneraerzte.ch) «Pour membres»**

## Compte rendu de l'assemblée des délégués (AD) du 28.10.2004



Jürg Schlup,  
président  
de la SMCB

### Projet d'uniformisation des données

Le comité cantonal présente une proposition à l'AD concernant la mise au point d'un logiciel qui permettrait l'uniformisation de certaines données au sujet des membres au niveau si possible de tous les cercles médicaux et sociétés de discipline du canton. Ce logiciel devrait satisfaire aux fonctions les plus importantes suivantes:

- gestion administrative aussi complète que possible des membres avec possibilités illimitées de regroupements
- envoi en série de courriers, de courriels en série, publipostages combinés
- envoi en série de factures pour les cotisations
- comptabilité des débiteurs
- uniformisation des données avec la FMH

Le programme serait adressé par courrier électronique pour téléchargement aux secrétaires des sociétés affiliées (cercles/sociétés de discipline) et installé automatiquement. Ces secrétaires pourront transmettre le logiciel en ligne à un éventuel successeur. On ne procéderait qu'à la seule uniformisation de données, concernant les membres, définies avec précision. Les données sont stockées de façon décentralisée, respectivement au niveau des sociétés affiliées.

Nous avons déjà obtenu l'aval de la conférence des présidents. Le comité cantonal propose à l'AD d'approuver:

- La Société des médecins du canton de Berne participe pour fr 25'000.– au total des coûts.
- Chaque société de discipline affiliée, chaque cercle médical affilié participe à raison de fr 250.– à la mise en œuvre.
- Chaque société de discipline affiliée, chaque cercle médical affilié verse un loyer mensuel de fr 25.– (version light) ou de fr 50.–.

Proposition acceptée sans opposition et 2 abstentions.

### Neutralité des coûts LAMal

L'état de la situation et l'évolution de la neutralité des coûts LAMal, en Suisse et dans l'espace concerné par le contrat bernois, sont présentés par le groupe de travail Economie du comité cantonal. On explique et discute les recommandations faites aux membres. L'un des buts initiaux de Tarmed – parvenir à une certaine redistribution entre les différentes disciplines – reste pour l'instant une illusion.

### Stabilisation des coûts par cas LA

Le président de la commission d'évaluation de la FMH nous présente une information sur l'évolution au cours de la phase de stabilisation des coûts par cas qui vient de se terminer. Il explique la correction de la valeur du point tarifaire LA à 92 centimes à compter du 1.11.2004.

### Medphone

Le conseil d'administration de Medphone informe au sujet l'état de développement de cette centrale en main médicale, qui joue un rôle d'intermédiaire pour les médecins participant au service des urgences. Le transfert de la centrale des urgences de Berne sera réalisé au printemps 2005. La promotion, au niveau des différents groupes de service d'urgence a démarré. On cherche à améliorer le financement grâce à des moyens provenant de tiers. D'autres informations concernant la révision en cours de la LAMal – dans ce domaine essentiellement la prolongation du moratoire à l'ouverture des cabinets – ainsi que des décisions de la commission paritaire d'interprétation Tarmed sont exposées. Elles peuvent être consultées sous [www.tarmed.ch/site\\_tarmed/pdf/PIK-Entscheide.pdf](http://www.tarmed.ch/site_tarmed/pdf/PIK-Entscheide.pdf).

## Neutralité des coûts – pour que la valeur du point ne poursuive pas sa chute

### Mesures à prendre

1. Arrondir vers le bas la durée de la séance
2. Limiter l'utilisation des positions 00.0140 et 02.0070
3. Limiter l'utilisation des positions 00.0020, 00.0050, 00.0510 et 00.0520
4. Réduire pour chaque facture le temps de consultation de 5 minutes
5. Envoyer les factures au même rythme qu'avant Tarmed
6. Se demander s'il ne serait pas médicalement acceptable de prolonger, dans le cas de consultations de contrôle, l'intervalle entre les séances

Groupe Economie

Entretien avec Gerhard Kocher, spécialiste en économie de la santé

## «La politique tarifaire, partie intégrante de la politique de la santé!»

*doc.be: Au sein de la société des médecins du canton de Berne on discute depuis un certain temps déjà d'un modèle de managed care qui ne comporterait aucune incitation à la sélection du risque. L'idée maîtresse de ce modèle de managed care est celle du médecin référent (gatekeeper). Devant la menace permanente de voir des patients «chers» rejetés, il faut tout faire pour éviter une sélection du risque. A cet effet, on pourrait, dans le cadre de l'assurance de base, rendre obligatoire le managed care. Les praticiens de premiers recours ne seraient plus, dans ce cadre, les seuls habilités à occuper la fonction de médecin référent, mais celle-ci serait également dévolue aux spécialistes, pour autant qu'ils acceptent de remplir la fonction de médecin de premier recours pour leurs patients. Quelle est votre appréciation de ce modèle?*

**Gerhard Kocher:** En préambule, je voudrais dire que la Suisse peut être fière; elle est, en Europe, une pionnière pour le managed care (v. à ce sujet Daniel Finsterwald: Managed care – la Suisse pionnière, SSPS 2004). Dans son principe, le modèle du médecin référent est effectivement une chose intelligente. C'est même déjà une réalité dans plusieurs pays, par exemple en Grande-Bretagne et aux Pays-Bas. Pour un certain nombre de médecins, la fonction de médecin référent constitue une activité qui, tout en n'étant pas particulièrement attirante, n'en est pas moins exigeante et demande une formation complémentaire. A mon avis, seuls les généralistes et les spécialistes en médecine interne entrent en ligne de compte. On peut cependant se demander si la population accepterait (dans le cadre d'une votation à la suite d'un référendum) l'obligation de passer par un médecin référent avant de consulter un spécialiste.

*Vaut-il la peine, selon vous, d'étudier l'idée de rendre obligatoire le managed care, dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire de base?*

Ainsi que je viens de vous l'indiquer, je suis de l'avis que la fonction de médecin référent, dans le cadre de sa nouvelle forme élargie, devrait être réservée aux seuls praticiens de premier recours. Mais, si cela devait être le cas, nous n'aurions pas assez de médecins à disposition pour rendre ce modèle obligatoire dans le cadre de l'assu-

rance de base. Il faudrait plutôt encourager les HMO.

*Si un spécialiste était néanmoins en mesure d'attester une formation complémentaire conforme aux exigences, serait-il, dans ce cas, autorisé à occuper cette fonction?*

Un médecin, qui pendant vingt ans, a exercé en qualité d'ORL, ne sera pas en mesure de faire simplement une formation accélérée.



Il devrait passer par une formation complémentaire coûteuse et de longue durée. Je ne pense pas qu'un spécialiste, au livre de rendez-vous déjà bien rempli, sera prêt à accepter cette occupation supplémentaire. Elle manque d'attractivité et ne va pas constituer pour lui un apport intéressant. Nous devrions plutôt rendre, aux yeux des patients, le managed care très attractif par des primes moins chères et d'autres avantages. On pourrait réserver aux seuls médecins référents la possibilité d'utiliser certaines positions tarifaires pour que la fonction devienne également financièrement intéressante. Ce serait un bon moyen de pilotage.

*C'est précisément le terme «pilotage» qui constitue l'élément central de la question suivante. Dans les rangs des médecins, tout particulièrement ceux de l'ASMAC, on insiste sur la notion de pénurie de médecins vers laquelle nous allons. Ne pourrait-on envisager d'apporter une correction à la pléthore médicale des villes, et à la pénurie s'annonçant à la campagne, par l'augmentation de la valeur du point tarifaire à la campagne, alors qu'en compensation celui-ci diminuerait dans les centres urbains «surdotés» en médecins?*

C'est ce qu'on aurait dû faire depuis longtemps. Il est ridicule que le point tarifaire

ne varie que de canton à canton. On devrait l'utiliser pour piloter la fourniture des soins. Là où il y a trop de médecins, on diminuerait la valeur du point, à la campagne, où les médecins manquent, on l'augmenterait. La politique tarifaire est partie intégrante de la politique de la santé! On ne se sert pas assez de cette possibilité.

*Y a-t-il des avancées dans cette direction?*

Non, curieusement ce n'est pas le cas, on reste figé sur l'entité peu adaptée du «canton». La même valeur du point est applicable à la Bahnhofstrasse zurichoise qu'à la bourgade campagnarde la plus reculée. Le canton n'est d'aucune manière l'unique unité de référence en fonction de laquelle la valeur du point peut être différenciée.

*La question suivante concerne un sujet entièrement différent, il s'agit de celui du rationnement dans le domaine de la santé. On sait qu'il y a quelques années déjà vous vous êtes prononcé sans ambages en faveur du rationnement. Si je voulais résumer votre argumentation, je dirais que vous affirmez que dans notre système de santé on rationne déjà de façon cachée. Le rationnement – s'il devait y en avoir un – devrait se fonder sur la base d'un consensus général. La société devrait indiquer clairement les raisons pour lesquelles elle refuse une prestation médicale à quelqu'un. On ne devrait pas laisser le médecin seul devant cette décision. Ne nous trouvons nous pas, dans ce cas, devant une situation aberrante, une société qui cherche, dans le cadre d'un débat public, à savoir – en citant d'emblée le critère de l'âge – si à partir d'un âge déterminé, un traitement médical doit être refusé à des malades? Si je voulais m'exprimer de façon plus polémique, je dirais: sommes nous prêts à répondre à la question de savoir si une jeune femme, mère de trois enfants, a plus de valeur qu'un chômeur fumeur quinquagénaire? Dans un tel cas, ne vaudrait-il*



*pas mieux laisser le médecin prendre seul sa décision au lit du malade?*

Non, je ne partage pas votre avis. Nous vivons dans un état de droit, nous ne pouvons laisser le médecin décider seul du moment à partir duquel des prestations raisonnables sont refusées à un patient. C'est dans un tel cas qu'il faut parler de rationnement caché, arbitraire, sans critères, celui que nous pratiquons de nos jours, même si la plupart des gens de gauche ne veulent pas le reconnaître. La discussion autour du rationnement se trompe de chemin lorsque l'on croit qu'elle ne concerne que des questions de vie ou de mort. Pour ma part, j'ai toujours été sans hésitation d'avis que le rationnement ne devait pas concerner la vie et la mort. Personne ne doit mourir précocement à cause d'un problème de rationnement. On sait parfaitement que seule une toute petite partie de la médecine est concernée directement par la vie et la mort. Il existe de grands domaines de soins, même des disciplines entières, qui ne sont pratiquement jamais touchés par le problème de la mort, pour autant qu'il n'y ait pas eu de faute dans le traitement.

*Mais pourtant, dans le cas du rationnement, il s'agit bien du refus de prestations médicales raisonnables sur la base de cri-*

*tères tels que l'âge ou des comportements dangereux pour la santé?*

L'âge ne constitue qu'un seul critère parmi au moins huit critères envisageables. Il faut se servir d'un groupe de critères, il n'est pas permis de prendre une décision sur la base d'un seul critère. Les critères relevant des patients doivent être complétés par des critères fondés sur les prestations, comme c'est le cas, par exemple, dans le fameux modèle de l'Oregon ([www.ohppr.state.or.us/hsc/index\\_hsc.htm](http://www.ohppr.state.or.us/hsc/index_hsc.htm)).

*Pouvez-vous nous indiquer d'autres critères relevant des patients?*

Oui, par exemple le bénéfice d'un traitement pour le patient concerné, l'urgence médicale du traitement, ainsi que la souffrance objective ou subjective ressentie par le patient.

*Il est possible que le patient interprète l'utilité d'un traitement de manière différente que ne le ferait un tiers ...*

C'est vrai, il y aurait lieu de tenir compte des deux interprétations dans le système de points en fonction duquel on serait amené à prendre individuellement une décision de rationnement. Mais la vraie question est la suivante: quelles peuvent bien être les alternatives? Sont-elles plus

justes, plus humaines? L'origine nationale? Si l'un ou l'autre est un patient privé? S'il est sympathique? S'il a une famille? S'il est en mesure de se défendre?

*Peut-on envisager de refuser à un patient mourant un traitement coûteux, qui ne lui permettrait de prolonger sa vie que de quelques jours? Ne nous plaçons-nous pas sur une pente dangereusement glissante lorsque nous prenons en compte un critère tel que l'âge pour prendre une décision de rationnement, nous attribuons ainsi inévitablement une valeur économique à la vie humaine.*

Ainsi que je l'ai déjà dit, on devrait exclure du rationnement les mesures indispensables au maintien de la vie. Il y a un potentiel de rationnement suffisant au niveau des autres prestations. Dans le cadre d'une procédure démocratique, il faut définir un catalogue ou une liste de points. Je trouve ceci beaucoup plus humain que ce que vous proposez, c'est-à-dire de laisser le médecin seul face à la décision, comme c'est le cas de nos jours. Le médecin est sollicité humainement au-delà de ses compétences. Evitons de le soumettre à cette pression supplémentaire.

*Entretien: Marco Tackenberg, rédacteur de doc.be*

## Politique de la santé – vers le «big bang»

Conférence de Gerhard Kocher devant l'AD du 28.10.2004

En qualité de fondateur et secrétaire général pendant de longues années de la Société suisse pour la politique de la santé ([www.ssps.ch](http://www.ssps.ch)), je présente depuis 30 ans des conférences sur le sujet de la politique de la santé et j'ai organisé près de 90 colloques. Je sais donc que la discussion entre médecins et économistes peut prendre parfois une tournure assez vive. Mais de telles rencontres peuvent aussi fréquemment faire bouger quelque chose pour l'un ou l'autre des participants, je souhaite que ce soit le cas pour celle d'aujourd'hui. Depuis 1965 environ, je m'occupe activement de la politique de la santé, cette activité fut des plus frustrante au cours des 25 premières années. Il ne se passait rien, le système de la santé était sclérosé et résistait à tout traitement. Ceux qui préconisaient des réformes se heurtaient à un mur et subissaient de violentes attaques. Lorsque, en 1990, même la RDA finit par disparaître, les digues rompirent également au niveau du système de santé suisse. Je ne pus cacher ma joie: enfin des réformes! Il ne s'agissait pourtant que de

tempêtes dans un verre d'eau. De nos jours, le système de la santé se présente

sous la forme d'un unique, mais chaotique, grand chantier.

### Le «grand chantier chaotique du système de la santé»

#### Les éléments du «grand chantier du système de la santé»

- obligation de contacter
- forfaits par cas
- génériques
- fermetures d'hôpitaux
- planification hospitalière
- participation aux coûts
- promotion de la qualité
- réforme des études médicales
- protection des données
- prévention
- réduction des primes
- financement des hôpitaux
- nombre minimum d'interventions
- indication du diagnostic
- interruption de grossesse
- catalogue des prestations
- revenu médical
- etc.
- Tarmed
- importations parallèles
- propharmacie
- médecine de pointe concentrée
- sur- et sous-médicalisation
- limitation du nombre de médecins
- coûts des soins
- carte d'assuré
- compensation des risques
- caisse unique
- certificats de qualité
- médecin référent
- médecine alternative
- génie génétique
- euthanasie
- erreur médicale



Chacun de ces différents éléments fait l'objet de bricolages. Presque tous constituent des problèmes politiques complexes qui, de plus, sont dépendants les uns des autres. Nous les traitons malheureusement de façon très décevante. Nous sommes en présence d'un travail législatif de qualité insuffisante. Les différentes révisions de la LAMal en sont un parfait exemple.

Permettez-moi de faire une comparaison: lorsque la confédération planifie la construction d'un tunnel alpin ou qu'elle doit décider de l'achat d'un nouvel avion de combat, elle prépare ces projets selon une procédure très élaborée.

### Méthodes et instruments dans le cas d'un grand projet (technique)

Experts étrangers  
Visites  
Simulations par ordinateur  
Consultation des concernés  
Progression par étapes  
Essais  
Groupes cibles  
Expertises, études  
Concours d'idées  
Votations consultatives  
Analyses coûts-bénéfices  
Etudes de faisabilité  
Etudes de marché et d'opinion  
Modèles  
Développement de l'organisation  
Projets pilote  
Gestion du projet  
Scénarios  
Plan des délais  
Comparaison de variantes  
Définitions d'objectifs  
...

Dans le cas de grands chantiers techniques, il est normal de consacrer quelques pour-cents (donc quelques millions) aux travaux préparatoires.

Il en va tout autrement lorsque le grand chantier n'est pas de nature technique, mais qu'il concerne la politique sociale, comme c'est le cas pour la révision de l'assurance-maladie. Il s'agit d'un sujet beaucoup plus compliqué et délicat qu'un projet de construction. Je suis en droit de faire cette affirmation, j'ai, en effet, rédigé il y a quelque temps un doctorat en science politique sur la révision de la LAMal en 1964<sup>1</sup>.

Dans le cas de tels grands projets non techniques, tels que la révision de la LAMal, on procède de façon entièrement différente, pour ne pas dire de façon négli-

gente: pas de documents détaillés concernant la planification, pratiquement aucun des instruments et méthodes mentionnées, mais des séances réunissant des parlementaires de milice déjà surchargés de travail, en d'autres termes la commission de sécurité sociale et de la santé des deux chambres (dont la présidence change chaque année). On a même supprimé les anciennes commissions d'experts extraparlimentaires, il n'y a plus aujourd'hui que des commissions parlementaires dont les connaissances techniques (par la force des choses) sont des plus limitées.

Les membres des conseils national et des états reconnaissent, entre quatre yeux, que l'ensemble est en réalité beaucoup trop compliqué pour qu'il puisse être réglé de cette façon. Nombre de revendications et d'argumentations ne sont pas étayées par des connaissances solides, encore moins par des données précises. Indépendamment de cela, il est des plus curieux de vouloir régler pratiquement la totalité du système de la santé par l'intermédiaire d'une seule loi sur l'assurance-maladie (en réalité, c'est la LAMal qui est la loi suisse sur la santé). C'est comme si l'on voulait gérer l'économie agricole par l'intermédiaire de la l'assurance contre la grêle ...

Ce qui dérange le plus – même pour moi, économiste de la santé – c'est la position prioritaire des aspects financiers. C'est quelque chose qu'on ne va bientôt plus

pouvoir supporter: la qualité et la santé ne jouent pratiquement plus aucun rôle dans cette législation. Il est possible que les choses s'améliorent un peu, la division de l'assurance-maladie vient d'être attribuée à l'OFSP et ne dépend donc plus de l'OFAS. La dépendance exagérée de la médecine de facteurs économiques est une sérieuse erreur d'orientation.

Dans ce domaine, le Canada, et son fameux rapport Romanov, qui date de 2002: «Guidé par nos valeurs – L'avenir de la santé au Canada»<sup>2</sup>, est exemplaire. A côté de ce rapport final fondamental, plus de 40 rapports partiels sur des sujets particuliers ont été publiés. L'ensemble du projet a coûté très cher, plus de 15 millions de dollars canadiens. Mais ce travail a livré d'excellentes bases de décision pour des réformes. La Suisse, n'est malheureusement capable de fournir qu'une ébauche d'un tel exercice intellectuel.

### Politique réactive des médecins et d'autres associations professionnelles

Des travaux législatifs d'importance, tels que la réforme de la LAMal sont donc insuffisamment préparés. Les principaux responsables de cet état de fait sont le parlement et l'état. Ce n'est pas tout, cette responsabilité est partagée par les grandes associations professionnelles, qui, en Suisse tout particulièrement – l'état par excellence des associations – ont une très grande influence, comme par exemple santé-suisse, l'association suisse des infirmières et infirmiers (ASI), H+, ainsi que ... – ai-je le droit de l'écrire ici? – la FMH également.

### Plus d'action, moins de réaction

La FMH est l'archétype d'une organisation qui ne se manifeste qu'en réagissant. Les associations représentatives des médecins sont malheureusement souvent les «Neinsager» de service, les apologistes du statu quo. Monsieur Schlup affirmait, en inaugurant son mandat, «Dire plus souvent ce nous voulons! Moins souvent ce que nous ne voulons pas!». Le nouveau président de la FMH m'a touché au cœur lorsqu'il écrivait dans la NZZ du 28.6.2004: «Les médecins doivent se libérer de leur image de perpétuels 'Neinsager'. Nous ne pouvons que le leur souhaiter!»

La politique réactive des médecins pouvait se concevoir aussi longtemps que la corporation médicale (ainsi qu'on disait encore autrefois!) représentait la puissance déterminante, celle qui avait le pouvoir de définir et de contrôler l'espace aérien.



Vous le savez comme moi, ces temps sont révolus. Des partenaires de plus en plus nombreux interviennent dans le domaine de la santé: politiciens, économistes, juristes, assureurs, médias et d'autres encore. De nouveaux projets de réformes, qui vont concerner sérieusement les médecins, ne cessent d'être conçus par ces milieux.

L'intérêt des médecins consisterait à agir proactivement et ne pas à se contenter de réagir, comme par exemple par des menaces de référendum. Il en va en définitive de leur avenir. Les sociétés médicales ne disent pratiquement jamais quel système de la santé elles voudraient à l'avenir. Il n'y a que quelques rares tentatives, comme le papier de la Société médicale de la Suisse romande de 2003 (Bull. méd.suisse no 21, 2003) et celui du Vedag de 2004 (Bull. méd.suisse no 29/30, 2004).

### Vers l'avenir sans projet

Les médecins devraient élaborer un projet définissant leur conception de la dispensation future des soins ambulatoires, du rôle futur du médecin. Ils abandonnent cette tâche à l'ordre du jour politique, au jeu de force des différents intérêts et, comme on le sait, tout est finalement randomisé et à double aveugle. Pendant longtemps on pouvait dire: «Le corps médical regarde avec confiance vers le passé», aujourd'hui il dirige toujours son regard vers le passé – mais la confiance a disparu.<sup>3</sup>

La FMH n'a quasi pas de ligne de projets modèles, elle ne dispose d'aucune division de recherche, d'aucun groupe d'experts, de pratiquement aucune réflexion stratégique et conceptuelle, et quasi d'aucun expert externe. J'ai étudié autrefois ces problèmes dans le cadre de mon travail de doctorat en science politique sur la FMH et les caisses-maladie; 35 années se sont écoulées depuis lors et, malheureusement, peu de choses ont changé.

Je regrette beaucoup que les associations médicales, en particulier la FMH, mais également les sociétés de discipline et cantonales, ne cherchent pas à structurer elles-mêmes l'avenir de leur profession. Une profession d'une telle importance, intelligente et riche, comme celle des médecins, devrait être en mesure d'intervenir non seulement en qualité de partenaire tarifaire mais participer également de façon constructive au développement du système de la santé. Il s'agit bien entendu de beaucoup plus que de simples relations publiques, mais bien d'une politique de la profession médicale et de la santé en général. Je suis curieux de voir si Monsieur



de Haller sera celui qui sera à l'origine d'une telle politique médicale conceptuelle.

Une des questions fondamentales:  
**plus de marché ou plus d'état?**

On peut discuter à perte de vue pour savoir si l'introduction de plus de marché dans le domaine de la santé aurait des économies pour conséquence. Qu'on le veuille ou non, cette exigence correspond de nos jours à un état d'esprit prédominant dans notre société en général, et parmi les économistes de la santé également (en ce qui me concerne, je n'en fais pas partie). Le credo de ces gens est le suivant: «Dans le domaine de la santé il n'est pas question seulement de vie ou de mort, mais aussi de francs et de centimes.»<sup>3</sup>

### Transfiguration mythique du marché

Il y a une transfiguration mythique du marché, un culte néo-libéral: le marché finira bien par tout arranger! L'ancêtre des économistes, Adam Smith, appelait la concurrence la main invisible, the invisible hand, qui règle tout. Le corps médical, lui aussi, entonnait avec ferveur tout au long du siècle dernier le cantique de la PROFESSION LIBERALE, qui méritait une toute autre considération que celle accordée aux fonctionnaires, bureaucrates et autres épiciers. Les dernières années se sont chargées de démontrer que la «profession libérale» des médecins signifiait également: des médecins venant de l'étranger, la concurrence, la publicité pour les cabinets, pas de revenus garantis, faillites de médecins, peut-être suppression de l'obligation de contracter, etc.

Devant ces menaces, le ralliement à la notion de «Plus de marché» a quelque peu perdu de sa faveur auprès des médecins. On aimerait bénéficier des avantages du

marché et de la prétendue profession libérale – mais sans ses inconvénients et ses dangers. C'est compréhensible, mais irréaliste.

Quels sont les effets de l'introduction du marché dans un secteur? Les avantages sont: production rationnelle; proximité des clients (éventuellement); adaptation aux besoins (peut-être).

Les inconvénients: des prix plus élevés; un plus grand chiffre d'affaire (= des coûts plus élevés); la création de nouveaux besoins et exigences; la prépondérance des intérêts financiers; le mercantilisme; la recherche d'avantages; la médecine à plusieurs niveaux.

### La fiction du marché de la santé

En ce qui me concerne, je fais une autre constatation: celui qui parle de marché de la santé fait déjà fausse route. Le marché de la santé n'est qu'une fiction. Le domaine de la santé n'est pas constitué par un seul marché, mais par un conglomerat d'innombrables marchés partiels tous différents les uns des autres. Il y a des marchés pour les traitements, le diagnostic, la prévention, l'hôtellerie, les conseils, l'assurance, le personnel, les médicaments, la recherche, les appareils techniques, la formation continue, l'information, l'accompagnement, le coaching, l'entretien, la comptabilité, la facturation, l'informatique, etc.

Chacun d'entre eux représente un marché fort différent; celui qui parle dans ce cas d'un marché unique de la santé, met tout dans le même panier et aboutit à des conclusions fausses. Dans le cas de certains de ces marchés partiels nous pouvons, nous devons même, introduire la concurrence. Dans d'autres cas, il faut un mélange d'état et de marché et, finalement, il y a des cas où, pour des raisons de justice sociale, la concurrence ne doit être autorisée que de manière strictement limitée.

Nous ne devons par conséquent pas nous prononcer pour une seule solution – le marché ou l'état pour l'ensemble du système de la santé. Il n'y a pas de solution toute faite pour l'avenir du système de santé, si c'était le cas, nous aurions dû l'appliquer depuis longtemps! Nous aurons toujours un mélange d'éléments étatiques et d'économie privée. Nous n'allons heureusement jamais nous décider pour l'une ou l'autre solution extrême. Il s'agit beaucoup plus de se diriger plus ou moins dans l'une ou l'autre direction.

J'ai fondé, en 1970, la Société suisse pour la recherche prospective dont j'ai été pendant 25 ans le secrétaire central. C'est ce

qui me permet d'émettre un pronostic: pendant encore quelques années, nous allons faire de l'expérimentation autour du principe «Plus de marché». Nous allons ensuite nous rendre compte que ce principe ne peut pas, lui non plus, résoudre les problèmes. Dans mon livre de citations, j'ai formulé cela de la façon suivante: «La croyance dans le marché se distingue de la foi dans l'état par son orientation, en aucun cas par son niveau de bêtise.»<sup>3</sup> Nous allons constater ce que nous appellerons un échec du marché. Puis viendra le sentiment de frustration, le «big bang», la fin de l'illusion «Plus de marché».

### Que signifie «Plus d'état»?

Le pendule va battre en direction opposée, celle du plus d'état. On va reconnaître que plus de marché, plus de concurrence, ne sont pas en mesure de réduire les coûts et présentent de nombreux effets secondaires. En outre, la notion de plus de marché est rejetée par nombre de fournisseurs de prestations, par exemple par de nombreux médecins, soignants, membres des professions sociales et par des patients. Une chose va devenir de plus en plus évidente «Plus d'état», dans le cadre du système de santé suisse, ne signifie en aucune manière étatisation, mais plus de coordination, plus d'unification, plus de planification, plus de lignes de démarcation et de direction, plus de promotion de la qualité de la part de l'état, plus de «glissières de sécurité», plus de sécurité juridique, plus de démocratie et plus de participation.

Il me semble que de telles tendances sont non seulement acceptables, mais qu'elles sont indispensables. On va se rendre compte que la diabolisation de l'état était exagérée, tout particulièrement dans le mini-état Suisse. Un état bien conduit est en mesure de créer des structures sensées, de planifier de façon sensée, de protéger les faibles et de promouvoir la qualité et, plus généralement, le bien commun.

Ce sera plutôt de la compétence de la confédération que de celle des cantons, et il est bien que cela soit ainsi. Le canton suisse moyen a une étendue de 40 sur 40 petits kilomètres et le quart de cette surface est constitué de terrain improductif. Ruth Dreifuss écrivait à ce sujet: «La dispersion à différents niveaux est la caractéristique du système de santé suisse.»<sup>4</sup> C'est précisément ce mini-état Suisse qui s'autorise un tardif fédéralisme d'opérette avec ses 26 systèmes de santé, lois sur la santé, responsables de la santé et médecins cantonaux. Vive Ballenberg ...

### Conseil suisse de la santé

Un changement de direction de notre politique de la santé exige une institution nouvelle, intelligente. C'est la raison pour laquelle, depuis des années, je propose de créer un conseil suisse de la santé, un organe de très grande qualité comprenant environ onze membres et un état-major<sup>6</sup>. Ce comité devrait être mis en place par le conseil fédéral et se composer d'environ onze personnalités respectées provenant d'horizons divers. Le conseil de la santé serait pourvu d'un état-major de quatre scientifiques et disposerait d'un budget annuel de 5 millions. Ces 5 millions ne représentent même pas un dixième de pour-mille des dépenses annuelles de la santé. Le conseil de santé devrait s'occuper de questions fondamentales, de niveau élevé et à long terme. Ce sont des questions qui ne sont jamais étudiées à fond dans le cadre agité des affaires courantes. Dans ces domaines, le conseil de la santé devrait publier des recommandations et des études, ainsi qu'organiser des colloques.

Le conseil de la santé contribuerait à faire en sorte que le domaine de la santé ne soit plus abordé unilatéralement, sous le seul angle financier. Il devrait contribuer à ce que d'autres aspects que la seule économie soient considérés dans le domaine de la santé: la santé, la sécurité, la qualité, la satisfaction des patients et des soignants, la solidarité, le progrès, la durée.

Le conseil de la santé n'aurait qu'un caractère consultatif, si ce n'était pas le cas, il serait impossible de le réaliser. Il pourrait cependant acquérir une considération qui le rendrait indispensable.

\* \* \*

Je vais maintenant résumer. Le système de la santé est un grand chantier manquant de coordination, dont les buts ne sont pas définis, disposant de bases et d'instruments insuffisants. Les associations du domaine de la santé peinent à concevoir l'avenir. Pendant encore quelques années, nous continuerons à promouvoir l'idée du «Plus de marché» et la réaliser partiellement. Puis viendra le temps de la grande désillusion et, forcément, celui de l'exigence du «Plus d'état». C'est la raison pour laquelle un conseil suisse de la santé me semble nécessaire, lui qui, à l'exemple du Canada, concevrait des buts, des bases et des projets et viserait à se détourner du seul aspect financier.

Vous avez peut-être trouvé que cet exposé était trop critique. Je vous prie de considérer cependant que pour les médecins la réalité sera à l'avenir encore plus critique. L'âge d'or est révolu, il y a pourtant des

opportunités que vous pourriez saisir. Mais pour cela, il faut des projets, une réorganisation interne et se présenter devant le public. Je connais de nombreux médecins avec lesquels je collabore au sein d'associations, de fondations, de groupes de travail, d'administrations, etc. et je sais que l'exigence d'une nouvelle politique médicale est partagée par beaucoup d'entre eux. Il ne me reste qu'à vous souhaiter de connaître le succès, sans médecins rien ne peut exister dans le domaine de la santé. Et, finalement, les réformes sont indispensables!

#### Notes

- 1 Verbandseinfluss auf die Gesetzgebung - Ärzteverbände, Krankenkassenverbände und die Teilrevision 1964 des Kranken- und Unfallversicherungsgesetzes (KUVG). Francke-Verlag, Bern, 2. Aufl. 1972
- 2 Rapport final 2002, à consulter sous [www.commissionsoinsdesante.ca](http://www.commissionsoinsdesante.ca); en anglais «Building on Values: The Future for Health Care in Canada»
- 3 Citation tirée du livre «Vorsicht, Medizin! Aphorismen zur Gesundheitspolitik», Gerhard Kocher, Ott-Verlag Thun, 2. Aufl. 2000
- 4 Préface à «Système de santé suisse 2001/2002», santéuisse 2001
- 5 v. le chapitre concerné dans «Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006», Hans Huber, Bern, 2004
- 6 v. Gerhard Kocher, Der schweizerische Gesundheitsrat, dans «Zukunft Medizin Schweiz», SAMW, EMH-Verlag, Basel, 2002

Auteur: Gerhard Kocher Dr sc pol, Expert du domaine de la santé, Haldenweg 10 A, 3074 Muri  
Tél. 031 952 67 07 – [kocher@spectraweb.ch](mailto:kocher@spectraweb.ch)

### Assemblées des cercles médicaux

**3 mars 2005 / 2 juin 2005  
24 novembre 2005**

Les consœurs et confrères des différentes institutions (hôpital de l'île, hôpitaux de district et régionaux, cercles de formation et de qualité) sont priés de tenir compte des ces dates et de les libérer de toute autre manifestation.

### Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton de Berne – Edité par la Société des médecins du Canton de Berne, Kapellenstrasse 14, 3011 Berne / paraît 6 x par an.

Réponsable pour le contenu: Comité de la Société des médecins du Canton de Berne.

Rédacteur: Marco Tackenberg, Service de presse et d'information, Postgasse 19, 3000 Berne 8. Tél. 031 310 20 99;

Fax 031 310 20 82; E-Mail: [jaeger@forumpr.ch](mailto:jaeger@forumpr.ch)

Annonces: P. Wolf, Kapellenstrasse 14, 3011 Berne.

Tél. 031 390 25 60; Fax 031 390 25 64;

E-Mail: [pwolf@hin.ch](mailto:pwolf@hin.ch)

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.

Edition décembre 2004.



## «Journée des médecins bernois» et jubilé des 650 ans de l'hôpital de l'Ile

La «Journée des médecins bernois» a coïncidé cette année avec le jubilé des 650 ans de l'hôpital de l'Ile. Ce n'est pas un hasard si la manifestation se déroulait sous le titre de «La médecine dans le champ de tension entre le quotidien du cabinet et l'hôpital universitaire». Les participants exposèrent leurs vues au sujet de l'évolution actuelle et à venir de la médecine.

Sous le titre de «Au cœur du changement», Hans-Jakob Peter, médecin chef à l'hôpital de l'Ile, a rappelé, dans son exposé introductif déjà, que le changement et la course contre le temps font partie des constantes de l'histoire de la médecine. Ce qui caractérise l'époque actuelle, c'est la demi-vie toujours plus courte des connaissances et, en même temps, la spécialisation de ces connaissances. On s'éloigne ainsi de plus en plus de l'image de mandarin d'antan, qui savait tout et décidait de tout, comme celui que Thomas Mann décrivait dans la «Montagne magique». De nos jours, la question essentielle qui se pose est celle de se demander comment une médecine de plus en plus spécialisée peut encore vraiment aider le patient.

L'exposé suivant de Marco Mumenthaler, directeur émérite de la clinique universitaire de neurologie de Berne, invitait à la modestie. Le «progrès» en médecine n'est souvent qu'un progrès auquel la médecine a participé. Devant de nouvelles procédures, telles que le diagnostic prénatal, qui peut impliquer que des fœtus soient éliminés, on peut se demander ce qui est un réel progrès médical et

Urs Bichler (à gauche) et Jürg Schlup souhaitent la bienvenue aux participants



Au premier plan, Beat Geering

ce qui n'est qu'arrogance (doc.be va publier l'exposé du Prof. Mumenthaler dans sa première édition de 2005).

«Les patients sont devenus pour nous des supports de données – et nous sommes les spécialistes de l'interprétation de ces données.» Avec beaucoup de finesse, le généraliste Thomas Schweizer a pointé son doigt sur une évolution actuelle de la médecine. Il traitait ainsi précisément du sujet du jour «La médecine dans le champ de tension entre le quotidien du cabinet et l'hôpital universitaire». Cette relation médecin-patient était également au centre de la communication de Jean-Daniel Sauvant. «Servez-vous de vos propres expériences de patient dans vos relations avec vos patients», voilà ce que le conférencier conseillait à ses auditeurs. Trop souvent, dans la relation au patient, on se fixe sur la maladie en oubliant l'être humain. Tout commence déjà au niveau de la formation universitaire.

Hans-Jakob Peter (à gauche) et Christian W. Hess en discussion



L'équipe du secrétariat, d.g.à.d. Karin Rieke, Piroshka Wolf, Jenny Hellmund

L'exposé d'Ulrich Tröhler, directeur de l'institut bâlois d'histoire et d'épistémologie médicale, démontrait clairement les difficultés qu'il y a pour définir la mort cérébrale comme critère du mort. Il rapportait les résultats du projet de recherche NFP 46, intitulé «L'histoire d'une innovation – le concept de la mort cérébrale en Suisse, 1960–2000». Il ne s'agit ni plus ni moins de la question de la frontière entre la vie et la mort, de l'identité de l'homme et de l'impudence consistant à décider des critères qui permettent d'évaluer toutes ces questions.

L'irruption de l'économie dans l'activité médicale, qui éloigne de plus en plus le malade du regard du médecin, a été qualifiée un jour de «trilemme» de la médecine moderne par le médecin Axel W. Auer: c'est ce champ de tension, entre soins aux patients, science et maîtrise des coûts, qu'a abordé Ulrich Bürgi, professeur à l'université de Berne en faisant remarquer qu'il y a, dans le monde, des régions où il n'est pas question de tension entre médecine de cabinet et médecine universitaire.

Marco Tackenberg, rédacteur de doc.be

Un auditeur attentif, Walther Flury





## Sous la loupe – certificats de complaisance

FMH Fédération des médecins suisses  
Direction  
Elfenstrasse 18, case postale 293  
3000 Berne 16

CH, le 18 décembre 2004

Mesdames, Messieurs,

A la FH-CH, il existe un règlement au sujet des épreuves et des examens selon lequel les absences ne sont excusées et des rattrapages de l'épreuve, resp. de l'examen autorisés, que lorsque pour la date concernée un certificat médical est présenté ou si un événement grave (p. ex. un décès dans la famille) peut être attesté.

Trois étudiants de la FH-CH assistaient le 22 juin 2004, selon des déclarations faites précédemment à des enseignants, aux championnats européens de football au Portugal, ne pouvant ainsi pas se présenter à une épreuve de diplôme de la discipline ZZ, dont la date était connue depuis une demi-année. Pour pouvoir néanmoins se présenter à une épreuve de rattrapage, ils se sont procuré de faux certificats médicaux pour la date de l'épreuve.

Pour nous, il apparaît à l'évidence que dans les trois cas aucun examen médical approprié n'a pu avoir lieu et que les certificats ont été établis uniquement sur la base de déclarations non vérifiées et, de plus, fausses. Nous nous étonnons de la manière d'agir peu responsable des trois médecins, elle mine la crédibilité et la valeur d'un certificat médical. Pour des raisons de respect des règles d'égalité de traitement des étudiants qui se présentent à des épreuves ou à des examens, par analogie avec le droit du travail, il y a lieu d'accorder au certificat médical une grande importance, ce qui devrait inciter les médecins à l'établir avec une diligence toute particulière.

Dans ces circonstances, FH-CH s'est trouvée confrontée à une situation désagréable. Il s'agissait d'empêcher à l'avenir de telles tentatives de tricherie et d'éviter dans tous les cas que des tromperies de la part d'étudiants ne deviennent un moyen de contourner un règlement. L'affaire a été réglée entre temps. La commission d'examen n'a pas reconnu les certificats médicaux dont l'intention était de tromper et a attribué aux trois étudiants la note 1 pour absence de prestation.

Nous admettons qu'il y a dans le code de déontologie de la FMH des prescriptions concernant l'établissement des certificats médicaux et espérons que vous saisirez ces circonstances pour rappeler à vos membres leur devoir de diligence.

Avec nos meilleures salutations.  
Directeur de FH-CH

### Certificats médicaux d'incapacité de travail; le dilemme du médecin, entre devoir professionnel et désir de donner satisfaction à son patient

Le courrier qui précède, que nous avons reproduit sous une forme anonyme, nous est parvenu par l'intermédiaire de la FMH (lettre du 16.11.2004).

Voici notre commentaire. Ce que le rédacteur de la lettre présume en conclusion est conforme à la réalité.

L'art. 34 du code de déontologie de la FMH, valable pour toute la Suisse, a la teneur suivante:

«Les certificats médicaux, rapports et expertises sont des documents officiels. Le médecin les établit au plus près de sa conscience professionnelle et avec toute la diligence requise. Le but visé, la date et le nom du destinataire doivent figurer sur le document.

Les certificats de complaisance sont interdits.»

A côté des ces dispositions, fort précises,

il convient de citer encore l'art. 318 du CPS:

«1. Les médecins, les dentistes, les vétérinaires, les sages-femmes qui auront intentionnellement dressé un certificat contraire à la vérité, alors que le certificat était destiné à être produit à l'autorité ou à procurer un avantage illicite, ou qu'il était de nature à léser les intérêts légitimes ou importants de tierces personnes, seront punis de l'emprisonnement ou de l'amende.

La peine sera l'emprisonnement si le délinquant avait sollicité, reçu ou s'était fait promettre une rémunération spéciale pour dresser ce certificat.

2. La peine sera l'amende si le délinquant a agi par négligence.»

Même si nous sommes convaincus du sens de la responsabilité de tous les membres de notre Société médicale et que nous pensons pouvoir nous appuyer sur elle lorsqu'il s'agit d'attester d'une constatation médicale, particulièrement dans le cas d'un certificat d'incapacité de travail, nous tenons néanmoins à rappeler encore deux principes qu'il convient de respecter dans tous les cas:

1. Dans le cas également d'un patient connu, il est exclu de dresser une attestation d'incapacité de travail a posteriori, lorsque ce patient – guéri – demande à son médecin l'établissement d'un tel document.
2. Le certificat médical, au sens du CPS, tient lieu et est généralement destiné à être utilisé à titre de document que le patient remet à un employeur, une assurance ou – comme dans le cas décrit – une direction d'école. Enfin ... c'est écrit plus haut, l'établissement d'un certificat médical par négligence est également punissable.

Urs Hofer, avocat

## Nouvelles du grand-conseil



Thomas  
Heuberger,  
membre  
du grand-conseil

Sous la menace de l'état calamiteux des finances, le grand-conseil, dans sa grande sagesse, a pris la décision de réaliser aussi rapidement que possible divers grands travaux routiers dont la réalisation avait été repoussée devant leur absence de caractère urgent et d'augmenter ainsi l'enveloppe du programme routier à environ 425 millions de francs.

Pour éviter la banqueroute au canton, ce sont des fonds provenant de la RPLP qui doivent être engagés (fonds déjà affectés – mais c'est un détail négligeable – à d'autres tâches et qui devraient apporter un soulagement aux communes). De plus, comme si cela ne suffisait pas, on va encore chercher des moyens là où ils sont apparemment encore disponibles, dans les mesures contre le bruit et celles destinées à la sécurité de la circulation routière! Cette «logique» ne devrait pas nous laisser indifférents, nous, médecins, qui pouvons constater quotidiennement, dans le cadre de notre activité professionnelle, les conséquences du bruit dans les zones d'habitation et les dégâts résultant de l'absence de mesures de sécurité dans la circulation routière. Cette façon de faire rappelle la motion de la conseillère nationale Jasmin Hutter au sujet des filtres à particules sur les engins de chantier, filtres qui pourraient gêner l'activité de son entreprise. Le fait que les poussières nocives puissent occasionner des coûts de santé joue un rôle négligeable, puisque c'est le budget de la santé qui les prend en charge et non les entreprises de la branche de la construction.

Et s'il n'y a pas encore assez d'argent, le canton pourrait encore réduire les impôts

de succession et le grand-conseil se faire un plaisir en renonçant à 40 millions supplémentaires. Difficile est, satiram non scribere. Il est vraiment très difficile de renoncer à écrire une satire.

On a entendu des choses étonnantes au cours du débat sur l'énergie. Le gouvernement a présenté, au sujet de la politique énergétique, un rapport stratégique de bonne qualité et tourné vers l'avenir. Le grand-conseil en a retiré presque tout ce qui est de nature stratégique et n'a gardé que ce qui a belle allure à court terme. L'énergie atomique reste une option, le problème de l'élimination des déchets semble résolu aux yeux de certains politiciens bernois, l'entreposage définitif semble même réalisable. Je connais maintenant un certain nombre d'hommes politiques qui partagent cette opinion: Poutine, qui ne se préoccupe pour ainsi dire pas de sa population, Bush, qui veut réaliser des projets de réacteur à haute énergie et envisage un stockage final dans le Nevada, une région de tremblements de terre et de volcans, et, également, les politiciens bernois qui, au sujet de l'entreposage définitif, s'expriment de la façon suivante: «C'est réalisable sans problème, si seulement la population voulait bien participer» (les politiciens feraient bien de changer de peuple!).

Dans le cadre d'un débat sur un problème accessoire, on a exigé que la loi sur la circulation routière sanctionne de façon identique les consommateurs de drogues illégales que les consommateurs d'alcool. La chose est digne d'être relevée: enfin l'abus d'alcool est mis au même niveau que la toxicomanie si souvent dénoncée et l'alcool n'est plus bagatellisé. C'est un progrès! Il n'empêche qu'on se limite au recours à la seule répression – une méthode qui a fait la preuve de ses limites. Il semble qu'on ne le sache pas ou qu'on ne veuille pas le savoir.

La formation des spécialistes diplômés du domaine des soins (niveau tertiaire) a donné lieu à quelques discussions, à la suite du passage de ce domaine de la direction de l'instruction publique à celle de la santé. Il s'agissait de décider si toutes ces personnes (plus de 500 chaque année) devaient bénéficier d'une formation centralisée à l'hôpital de l'Île ou s'il

fallait attribuer des mandats de prestations aux écoles de la périphérie, afin de profiter des structures existantes (ainsi qu'également de laisser, en un temps où la tendance est à la centralisation, quelque chose de solide à la périphérie). Le grand-conseil a cette fois suivi la voie de la raison et donné un signal d'arrêt à la centralisation.

Les chiropraticiens, manipulateurs médicaux et physiothérapeutes se prennent par les cheveux autour de la question de savoir si des physiothérapeutes spécialement formés ont le droit de pratiquer des «manipulations avec impulsion». Cette question relevant manifestement de la législation fédérale (formation au diagnostic avant la mise en route d'une manipulation), le canton, après avoir accepté le postulat, va consulter des spécialistes ayant connaissance du domaine (ce qui est loin d'être le cas du grand conseil!). Une décision politique dans un tel cas aurait été une erreur.

### Remise de cabinet – bourse des cabinets: une nouvelle prestation de l'ASMAC Berne et de la SMCB pour leurs membres

En 2003, des enquêtes de la SMCB ont montré que dans les régions de campagne notamment, il était de plus en plus difficile de remettre un cabinet à un successeur (voir à ce sujet doc.be d'août 2003). C'est la raison pour laquelle l'ASMAC Berne et la SMCB ont ouvert, sur le site web, une «bourse des cabinets» qui devrait aider leurs membres dans la recherche d'un successeur ou d'un partenaire. Nous vous invitons à utiliser cette prestation en consultant la bourse des cabinets sur le site de la SMCB [www.berneraerzte.ch](http://www.berneraerzte.ch) ou celui de l'ASMAC Berne [www.vsao-bern.ch](http://www.vsao-bern.ch). Vous y trouverez un formulaire FAX que vous pourrez adresser au secrétariat de la Société des médecins après l'avoir rempli. Vos coordonnées seront ensuite publiées sur Internet sous forme anonyme.

#### Attention:

**Seules les offres de membres de la Société des médecins du canton de Berne peuvent être prises en considération.**

## Alumni MedBern

**Après des travaux préparatoires de longue haleine de la part d'une commission de la faculté sous la direction du prof. Daniel Buser, dans le cadre de l'auditoire André Schroeder des cliniques universitaires de médecine dentaire de l'université de Berne, l'association des anciens étudiants en médecine, médecine dentaire et pharmacie et des anciens et actuels enseignants a été fondée il y a deux ans, le 18 décembre 2002, sous le nom d'«Alumni MedBern». Alumni MedBern est une association au sens des art. 60 et ss du CCS.**

### Les associations d'anciens étudiants (alumni) aux Etats-Unis et en Suisse

On appelait alumni les élèves des écoles de monastères, plus tard le terme a également été utilisé pour qualifier les anciens étudiants des universités. Dans les universités nord-américaines, les «Alumni-Associations» jouent un rôle important. Elles apportent tout d'abord à leur alma mater un soutien financier et intellectuel dans le cadre d'un système universitaire organisé hiérarchiquement et déréglé; elles bénéficient également aux anciens étudiants, dont la valeur sur le marché du travail dépend en permanence de l'évolution de la réputation de leur alma mater (entretien avec le prof. Egon Franck, NZZ 16 juin 2004). On ne peut évidemment pas transposer complètement la situation nord-américaine à des structures et modes de penser européens et suisses, encore moins telle quelle à notre activité quotidienne au cabinet. En Suisse, à l'exception de l'université de St-Gall, la notion d'alumni est encore à ses débuts, on ne peut donc pas simplement copier ce qui se passe aux Etats-Unis. Dans la situation actuelle de la politique de l'éducation et de l'université, ce n'est probablement pas un simple hasard si, au cours des récentes années, les universités et, en particulier, les facultés de médecine, ont créé presque simultanément des organisations d'anciens étudiants et sont actuellement à la recherche de ces derniers. A Berne, la fondation d'«Alumni MedBern», a coïncidé avec le passage du «Bernischer Hochschulverein (BHV)» à la «Bernische Universitäts Gesellschaft (BUG)» qui, par son logo, indique qu'elle entend à l'avenir devenir l'association des anciens étudiants de l'université de Berne. Alumni MedBern et la BUG veulent agir en collaboration et, chaque fois que la chose sera possible, de façon coordonnée, pour le

bien de notre alma mater; la BUG devenant l'organisation faitière de toutes les futures organisations d'anciens étudiants.

### Pourquoi s'intéresser aux anciens?

Sous ce titre, le premier président d'Alumni MedBern, le prof. Alfred H. Geering, écrivait ce qui suit dans un rapport au sujet de l'assemblée constitutive: «L'évolution constatée dans le paysage de la politique de l'éducation a démontré le caractère non seulement souhaitable mais aussi également indispensable de la création d'une organisation d'anciens étudiants de la faculté de médecine. En effet, tant la confédération que le canton ne sont plus en mesure de faire davantage pour la recherche et le développement. Ils se bornent à exiger des universités qu'elles coopèrent plus activement, tout en les incitant en même temps à plus de concurrence entre elles. Cette attitude s'oppose à celle de nombre de pays de l'UE qui comptent sur la recherche et le développement pour l'avenir de leur pays et qui augmentent les budgets concernés. La possibilité que, devant une telle situation, des anciens étudiants puissent marquer des points et mobiliser leurs forces a été démontrée par les anciens étudiants en médecine dentaire de l'université de Berne qui, grâce à leur association (VEB), à côté de manifestations conviviales entre anciens, apportent depuis des années leur soutien aux différentes cliniques ou à la clinique universitaire en tant que telle. L'aménagement de l'auditoire André Schroeder a été rendu possible grâce à une contribution importante du VEB, qui a ensuite motivé des donateurs privés et industriels et qui a pu être réalisé avec la bénédiction officielle du canton. Les cliniques de médecine dentaire prennent leur revanche en organisant régulièrement des manifestations de formation continue destinées spécialement aux membres du VEB.»

### Alumni MedBern: buts

Selon l'art. 3 des statuts, l'association Alumni MedBern a les buts suivants:

- Encourager les contacts personnels entre les étudiants et enseignants actuels et anciens de la faculté de médecine de Berne
- Encourager l'échange de connaissances et d'expériences, en particulier de connaissances professionnelles et de matières enseignées
- Encourager le travail d'information destiné au public par la faculté de médecine en matière de formation, de recherche et de fourniture de prestations
- Informer régulièrement les membres au

sujet des développements les plus récents de la recherche médicale, de la formation en général et la faculté de médecine en particulier

- Apporter une aide financière à des projets précis de la faculté de médecine de l'université de Berne
- Promouvoir un esprit de corps au sein de l'association

### Membres

Alumni MedBern comprend les catégories de membres suivantes:

Membres ordinaires

- Anciens étudiants de l'université de Berne dans les disciplines médecine, médecine dentaire et pharmacie
- Enseignants actuels et anciens de la faculté de médecine de l'université de Berne

Membres collectifs

- Hôpitaux et instituts universitaires
- Firmes, resp. partenaires de la faculté de médecine de l'université de Berne et/ou de l'hôpital de l'île

Membres d'honneur

- Personnes qui se sont acquies la reconnaissance de la faculté de médecine de l'université de Berne et/ou d'Alumni MedBern

La cotisation annuelle se monte à fr 50.– pour les membres individuels et fr 500.– pour les membres collectifs.

### Informations complémentaires et contact

Si vous vous sentez concerné(e) et souhaitez en savoir plus sur Alumni MedBern, ou si vous connaissez des consoeurs ou des confrères qui pourraient être, eux aussi, intéressés, n'hésitez pas à vous adresser à notre secrétariat. Nous nous réjouissons de construire avec vous Alumni MedBern et de faire que de nombreuses anciennes et nombreux anciens en fassent, pour le bénéfice de tous, un forum d'échanges fructueux entre eux et avec la faculté de médecine.

*Hans Gerber et Christian Gubler,  
Alumni MedBern*





## Défibrillateur pour les premiers secours

### Commande groupée de la SMCB, de Medphone et de la Société bernoise des médecins-dentistes

Celui qui se trouve en présence d'un arrêt cardiaque doit apporter de l'aide immédiatement. La RCP ne suffit pas – le seul traitement efficace de l'arrêt cardiaque est la défibrillation. La SMCB, Medphone et la Société bernoise des médecins-dentistes ont par conséquent décidé d'organiser une commande groupée de défibrillateurs.

Pour cette opération, la SMCB, Medphone et la Société bernoise des médecins-dentistes ont choisi l'appareil Lifepak CR Plus, parce que ce défibrillateur est compatible avec les défibrillateurs dont la plupart des ambulances sont équipées (il suffit de rebrancher les électrodes).

Medtronic Suisse SA, accorde, dans le cadre de cette commande groupée, un rabais de 30% (prix unitaire fr 4250.– [sans TVA], offrant ainsi Lifepak CR Plus au prix de fr 2950.– [sans TVA]).

**Description:** Défibrillateur externe semi-automatique pour le premier intervenant. Dernière génération, sac pour le transport, 2 paires d'électrodes, batteries, masque Ambu, matériel pour l'utilisation sur le terrain, mode d'emploi, vidéo de démonstration.

**Garantie:** 5 ans. Sans entretien.

**Entretien:** En cas de non utilisation pendant 2 ans, remplacement des batteries et des électrodes. Prix: fr 149.–

**Livraison:** Février 2005

**Informations complémentaires:**

Medtronic Suisse S.A., case postale 84, 1131 Tolochenaz.  
Ou sous [www.physiocontrol.com](http://www.physiocontrol.com)

Les **commandes** sont reçues par le secrétariat de la Société des médecins du canton de Berne jusqu'au 31 janvier 2005.

Nous vous prions d'utiliser pour vos commande le **bon de commande FAX** annexé à doc.be ou de les adresser à: Kapellenstrasse 14, case postale, 3001 Berne.

**Fax: 031 390 25 64**

