



Juin 2005 / 3

# doc.be

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

## Projet Flûte enchantée – le service de garde évolue

Les présidentes et présidents, ainsi que d'autres responsables des cercles médicaux bernois ont formé un groupe de projet intitulé «Flûte enchantée». Ils ont pour tâche de collecter toutes les demandes possibles relatives à la nouvelle organisation du service de garde et de les transformer en propositions susceptibles d'être réalisées. Elles doivent être présentées en automne 2005 sous la forme d'un catalogue de mesures.

Le groupe de projet est confronté à des propositions fort divergentes, parfois rédigées de manière acerbe.

Certains se prononcent ainsi en faveur de la suppression du service de garde et proposent que tous les praticiens puissent être atteints 24 heures sur 24 par les patients. Il y aurait évidemment lieu de pallier d'éventuelles absences. D'autres proposent la suppression de l'âge limite pour la participation et suggèrent l'obligation de participer au service de garde pendant toute la durée de l'exercice en cabinet. Dans une autre proposition, on demande que l'état participe au financement, on exige également la conclusion d'un accord de partenariat avec le canton au sujet des prestations, en l'absence duquel il ne serait plus possible d'assurer un service de garde pour l'ensemble du canton.

Dans ce contexte, il est intéressant de se référer à l'étude, parue en 2002, «Consultation spontanée à l'hôpital» des hôpitaux cantonaux de Baden et de Brugg: **80% de ces consultations auraient pu avoir lieu en ambulatoire auprès du praticien de premier recours!**

Dans le cadre des problèmes relatifs au service de garde dans le canton de Berne, notre propre organisation **Medphone**, avec son extension planifiée, est appelée à jouer un rôle central en qualité de centre de compétence.

Le groupe de projet a rassemblé trente propositions au riche plumage et les a classées en fonction de trois critères:

- réalisation à court / long terme
- compétence au niveau du cercle médical / de la Société cantonale des médecins
- adapté aux agglomérations urbaines / aux régions rurales

Et maintenant, sans flûte ni carillon, le Prince Tamino et l'homme oiseau Papageno ne pourront atteindre leur but. Efforçons-nous donc de composer notre propre partition, avant que d'autres ne nous l'imposent!

Beat Gafner, responsable du projet

Décisions de l'AD du  
16 juin 2005 2

Dr Anton Seiler,  
médecin cantonal de 1988 à 2005 3

Analyse ROKO 2002 4

Medphone  
prend la suite du service de  
garde médical de Berne 5

Exposé de Simonetta Sommaruga 6

L'hôte convié 8

Nouvelles du Grand conseil 9

Pénurie de médecins généralistes 10

Une constante qui évolue?  
La relation médecin-patient 10

Vous pouvez prendre connaissance de nouvelles récentes  
sous [www.berner-aerzte.ch](http://www.berner-aerzte.ch) «Membres»

## Décisions de l'assemblée des délégués du 16 juin 2005



Thomas  
Eichenberger,  
secrétaire de la  
SMCB

1. Election d'un nouveau membre du comité en la personne du Dr Andreas Bieri, spécialiste FMH en médecine générale (sur proposition du Cercle médical de Haute-Argovie).

*A l'unanimité*

2. Proposition du comité cantonal et de la conférence élargie des présidents concernant un prêt de fr 250'000.– de la caisse de secours au bénéfice de la fortune de la Société des médecins du canton de Berne dans le but de l'achat éventuel d'une maison médicale (décision éventuelle).

*Adoptée à l'unanimité*

### *Motif:*

Selon l'art. 4 ch. 5 des statuts, la Société des médecins a notamment pour but la gestion d'une caisse de secours en faveur de membres tombés dans le besoin ou de leur famille. Selon le règlement de la Caisse de secours, adopté par l'assemblée des délégués de l'année 1898, le fonds est constitué par des dons. Les secours accordés annuellement ne doivent pas dépasser le montant des intérêts annuelles provenant de la fortune à disposition dans la Caisse de secours.

La fortune liée à un but de la Caisse de secours se monte actuellement à fr 300'000.– Si la Caisse de secours accorde un prêt, ce dernier produira des intérêts dans de bonnes conditions. On peut continuer d'utiliser ces intérêts pour accorder des secours dans le sens du règlement. D'un autre côté, dans le cas éventuel de l'achat d'un immeuble par la Société des médecins, celle-ci ne devrait pas engager ou n'engager qu'une faible partie de la for-

tune de l'association sous forme de capital propre.

En automne prochain, l'assemblée des délégués devra se prononcer au sujet d'une proposition demandant la suppression de la Caisse de secours. Dans ce cas, le Fonds serait liquidé en faveur de la fortune de la Société. La modification statutaire nécessaire doit être adoptée à la majorité des 2/3 de ceux qui participent au scrutin lors de l'assemblée des délégués (art. 40 des statuts).

Selon la décision de l'assemblée des délégués, les fr 250'000.– de la Caisse de secours sont dès lors à disposition pour l'achat d'une maison médicale, indépendamment de la décision de dissoudre ou non la Caisse de secours. Le comité va mettre en route un groupe de projet chargé de présenter, en temps utile, une proposition à l'assemblée des délégués. On envisage que d'autres groupes en mains médicales participent au projet. La Fondation Médecin de garde de Berne a fait part de son intérêt de participer au projet avec un montant important. L'institution de prévoyance de l'Association des Médecins Principaux d'Hôpitaux de Suisse (AMPHS) pourrait accorder une hypothèque à des conditions favorables.

3. Proposition du comité cantonal concernant l'adhésion à PME Berne (en qualité de membre collectif).

*Adoptée par 49 oui contre 3 non et 2 absentions*

### *Motif:*

L'assemblée des délégués du printemps a chargé le comité cantonal d'engager des négociations d'admission avec PME Berne en vue d'une adhésion de la Société des médecins du canton de Berne à PME Berne et de présenter le résultat des négociations pour adoption à la prochaine assemblée des délégués.

Pour les années 2005 à 2008, la Société des médecins du canton de Berne a pu convenir avec la direction administrative de PME Berne une cotisation de membre collectif échelonnée comme suit:

2005	fr 7'950.–
2006	fr 32'500.–
2007	fr 48'750.–
2008	fr 65'000.–

Pour les années à partir de 2009, la cotisation collective annuelle devra être négociée à nouveau. Ce résultat de négociation tient compte du fait que PME Berne peut renoncer à un certain nombre de prestations que le secrétariat de la Société des médecins est en mesure d'assurer.

La participation en qualité de membre collectif de la Société des médecins vise à améliorer la plate-forme politique, le droit d'intervention dans les questions de politique de la santé, les contacts personnels avec les membres du Grand conseil et la parité avec d'autres fournisseurs de prestations du domaine de la santé dans le canton de Berne. PME Berne a indiqué que, dans le cas de l'adhésion de la Société des médecins, elle envisageait la création d'un nouveau groupe de membres consacré au domaine de la santé, dans lequel nous serions représentés.

L'adhésion collective de la Société des médecins ne signifie pas que dès lors chaque membre devient membre individuel de PME Berne. Seule l'association Société des médecins en tant que telle adhère en qualité de membre collectif à PME Berne. Il n'y a donc aucun lien juridique entre les membres, pris individuellement, et PME Berne.

4. Proposition du comité cantonal et de l'assemblée des présidents élargie concernant le respect du contrat d'adhésion Tarmed, respectivement de renoncer à le résilier et de négocier une solution d'adhésion dans le sens d'un accord sur le coût des prestations.

*Acceptée à l'unanimité*

### *Motif:*

Le respect de la chose signée et la manipulation prudente du tarif ont payé pour les membres de la Société des médecins du canton de Berne!

En application des contrats en vigueur, la valeur du point tarifaire dans le domaine de la loi sur l'assurance maladie obligatoire a été augmentée pour la phase de compensation: **du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 2005, le point tarifaire vaut 86 centimes.**

A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, le point tarifaire vaudra même 87 centimes.

## Dr Anton Seiler, médecin cantonal de 1988 à 2005

*Le départ en retraite d'un pilier de la politique de la santé*

En août 2005, Anton Seiler, notre médecin cantonal depuis de nombreuses années, prend sa retraite – après avoir rattrapé les vacances en retard accumulées. Son successeur est déjà entré en fonction en avril de cette année (doc.be 2 / 2005).

Anton Seiler était un médecin cantonal avec des contacts multiples parmi les médecins. En qualité d'interniste et de néphrologue, il connaissait les médecins, leurs soucis et leurs besoins. Ancien médecin responsable de la division de néphrologie et de dialyse de l'hôpital régional de Bienne, ancien chef de clinique à Interlaken, à l'hôpital de l'île et dans une clinique parisienne, il connaissait le côté des soins en médecine.

Il nous apportait non seulement ses connaissances médicales mais c'était également un politicien de la santé chevronné. Durant toute la décennie des années septante, il a été le président de l'ASMAG. Dans les années quatre-vingt, il a été pendant dix ans membre du comité central de la FMH et de l'organe de surveillance du Bulletin des médecins suisses, ainsi que président du Permanent Working Group of Junior Hospital Doctors of Europe.

Il a également été actif dans la politique de la santé au niveau cantonal. Il a notamment participé de 1981 à 1984 à la fondation et aux premiers pas de la FIAM. Dans la seconde moitié des années 80, il fut membre de notre comité cantonal où il représentait le cercle médical Bienne-See-land.

Sa conception multidimensionnelle, médicale, éthique, sociale, politique de notre système de santé tenait compte des mé-



Photo: M. Tackenberg

decins, elle le conduisait également à mettre les médecins, donc nous, en face de nos responsabilités. J'appréciais beaucoup cette attitude constructive-critique à l'égard des médecins, connaissant les bases de politique professionnelle sur lesquelles elle trouvait son ancrage.

Avec Toni Seiler c'est une personnalité, un médecin, un collègue, un compagnon de lutte, qui part à la retraite, qui – avant tout, mais pas seulement – par son activité au niveau de la politique de la santé a exercé son influence pendant trois bonnes décennies non seulement sur l'ensemble des médecins mais également sur notre système de la santé.

Toni Seiler, au nom du comité cantonal, je t'adresse mes remerciements pour ton engagement en faveur des malades et du corps médical.

Jürg Schlup  
président de la Société des médecins du  
canton de Berne

### ATTENTION: NOUVELLES DE TARMED

#### A partir du 1<sup>er</sup> juillet, nouvelle position pour la prise de sang

Ainsi que ce fut annoncé pour la liste des analyses lors de l'introduction de la position 9710.00 (8 PT à fr 1.00 = fr 8.-), la prise de sang passe maintenant de la LA à la structure tarifaire Tarmed; mais avec une moins bonne rémunération.

Les positions concernées sont:

##### 00.0715: ponction, veineuse

Pour une prise de sang, toute localisation par du personnel non médical, PT 8.19 points, ce qui fait donc dans le canton de Berne fr 6.88

##### 00.0716: prise de sang capillaire

Toute localisation par du personnel non médical, PT 4.91 points, donc fr 4.12

Les interprétations indiquent des limitations telles que «seulement dans le cadre du diagnostic en présence», «1 x par jour» et «non cumulable l'une avec l'autre».

Nous vous prions de ne plus utiliser l'«ancienne» position 9710.00 à partir du 1<sup>er</sup> juillet.

Groupe Economie

### 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.

Résponsable 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: tackenberg@forumpr.ch

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

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

E-Mail: pwolf@hin.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne.

Edition juin 2005.

## Analyse de l'étude permanente des frais généraux – ROKO 2002



Kurt Aeschli-  
mann, membre  
du comité cantonal,  
responsable  
du groupe  
Economie

Je commencerai par adresser mes remerciements à toutes celles et à tous ceux de mes collègues qui ont participé à l'étude permanente des frais généraux 2002. De 2001 à 2002, le nombre des participants a une fois encore légèrement augmenté: sur 1645 questionnaires distribués, 458 ont pu être évalués. (2001: 271 sur 1645). En d'autres termes: la qualité des questionnaires remplis s'est améliorée et de ce fait également la représentativité des chiffres. A l'occasion de l'étude permanente 2002, 21.8% des collègues pratiquant dans le canton de Berne ont fourni des données interprétables (l'année précédente ils étaient 12.9%).

Le niveau moyen des frais généraux des médecins praticiens bernois s'élevait en 2002 à fr 371'845.-, le chiffre d'affaire moyen (revenus du cabinet et revenus accessoires) à fr 522'622.-, de telle sorte qu'il en résultait un produit de fr 150'777.- Vous pouvez prendre connaissance des valeurs minimales et maximales en consultant le tableau 1. Il n'est pas possible de comparer ces chiffres avec ceux de l'année précédente à cause de l'échantillon nettement plus grand et des possibles répercussions de la pause fiscale. Néanmoins, il semble que la chute des résultats d'entreprise, déjà constatée auparavant, se poursuive. Ainsi, en 1991 p.ex., l'enquête ROKO constatait un résultat d'entreprise de fr 186'000.- et en 1990 de fr 173'000.- (sachant que le nombre des questionnaires évaluables n'est pas connu) et en 2001 le résultat se montait à fr 175'850.-.

Les répercussions de la dispensation sur le résultat d'entreprise sont dignes de mention: 139 médecins pharmaciens sans restriction parviennent à un résultat moyen de fr 170'411.-, les consœurs et

confrères qui ne peuvent plus dispenser (N = 110) de fr 114'885.-. Voilà peut-être une raison pour que de jeunes collègues n'envisagent pas d'ouvrir un cabinet en région de campagne.

Avec la chute des résultats d'entreprise en arrière-fond, on s'intéresse évidemment à l'évolution du ratio moyen des coûts calculé à partir des frais généraux moyens par 1% du résultat. En 2002 il se situait en moyenne à 71.15% (2001: 69.15%, 1990: 60.1%). Les spécialistes en psychiatrie infantile peuvent travailler avec un ratio des coûts très favorable de 49.2%, alors que les praticiens de premier recours, rhumatologues, dermatologues et urologues doivent travailler avec des ratios des coûts dépassant 70% (valeur médiane de toutes les disciplines 67.93%).

### Dépenses pour le matériel et les salaires

Parmi tous les éléments constituant les frais généraux, les dépenses pour le matériel (y compris médicaments) constituent l'élément le plus important depuis le début des études ROKO, en deuxième position, sans changement, on trouve les salaires. A la troisième place on trouve les dépenses pour les assurances du cabinet ainsi que les assurances et la prévoyance du médecin. Les dépenses pour les locaux, elles, ont peu augmenté depuis 1993.

### Qui a participé à l'étude ROKO?

A côté des aspects financiers, l'étude ROKO nous fournit également d'autres chiffres intéressants. L'âge moyen des médecins (femmes et hommes) praticiens du canton de Berne était de 54.2 ans en 2002, de 53.2 ans en 2001. Un âge moyen de 38 ans à l'ouverture du cabinet restait constant. Chez 202 de ceux qui ont répondu, le/la partenaire collaborait au cabinet pendant 14.5 heures par semaine. 140 avaient encore la possibilité de dispenser sans restriction. 205 collègues pouvaient dispenser de façon limitée et 111 ne dispensaient plus. Le temps de

travail quotidien moyen se situait à 7.8 heures (de 6.7 à 9.8). 33% de ceux qui ont répondu travaillent en cabinet de groupe et 20.5% avaient une activité de médecin agréé. Les praticiens de premier recours participaient durant 37.8 à 43.1 jours au service de garde, avec toutefois des fluctuations très importantes puisqu'il existe certains collègues qui sont à disposition du service de garde jusqu'à 300 jours par année. 19.7% de ceux qui ont répondu pratiquent également la médecine alternative. Ce sont environ 14.5 jours qui ont été investis pour la formation continue.

### Comparaison avec l'étude concernant la Suisse

Pour l'ensemble de la Suisse, 1915 collègues praticiens, soit 14.82% ont renvoyé des questionnaires évaluables. En comparaison, le canton de Berne se situe par conséquent à un bon niveau et nous espérons, grâce à notre nouveau système d'incitation, pouvoir encore améliorer nos résultats. Pour un temps de travail identique (7.8 heures) les chiffres concernant la Suisse sont les suivants: frais généraux moyens fr 398'432.-, chiffre d'affaire moyen fr 563'715.-, produit moyen fr 165'292.-. Le médecin bernois moyen, pour un temps de travail identique, gagne donc environ fr 14'500.- de moins que le collègue suisse moyen. Une indication à l'intention des responsables pour qu'ils ne laissent pas la valeur du point tarifaire diverger trop largement au niveau suisse, ce qui risquerait de rendre encore moins attractif l'ouverture d'un cabinet en région rurale.

### Importance de ROKO

Je me suis déjà exprimé au sujet de l'importance de ROKO dans doc.be 2/2004. Je ne voudrais pas me répéter, mais néanmoins insister sur le fait que ces chiffres auront de plus en plus d'importance dans le cadre de futures discussions de politique de la santé et de négociations tarifaires et que nous dépendons donc d'une collaboration encore meilleure de nos consœurs et confrères. Nous souhaitons qu'à côté de ces réflexions de politique de la santé, l'augmentation du bonus pour des questionnaires évaluables, permette d'améliorer encore la représentativité de nos chiffres.

Tableau 1: Dépenses et produit 2002 en francs

	Dépenses	Chiffre d'affaire	Produit
Moyenne	371 845.-	522 622.-	150 777.-
Minimum	81 152.-	164 967.-	83 815.-
Maximum	706 288.-	961 657.-	260 398.-

## Medphone prend la suite du service de garde médical de Berne



Dr Daniel Marth,  
président  
du CA de  
Medphone SA

### Réorganisation et élargissement du service des urgences

Dès maintenant, la centrale du service de garde médical des médecins bernois, qui fonctionne à satisfaction depuis plus de 30 ans, s'appelle du nom de marque Medphone SA. La ligne d'appel urgent, ouverte 24 heures sur 24, vaut pour la région de Berne et peut être atteinte au numéro unique 0900 57 67 47. Medphone reprend dans leur totalité les tâches de l'ancienne organisation et élargit son catalogue de prestations. Medphone devient un partenaire encore plus attractif au profit des médecins astreints au service de garde ainsi que des patients recherchant un renseignement médical ou appelant l'aide d'un service d'urgence. Une extension des prestations à l'ensemble du canton, à des conditions attractives, est planifiée à moyen terme.

Dans le conseil d'administration de Medphone SA, tous les principaux groupes de fournisseurs de prestations sont représentés: les praticiens de premier recours, les spécialistes, les hôpitaux, les services de secours, ainsi que la ville et le canton. Grâce à Medphone, un service de renseignement et un intermédiaire de haute qualité, en permanence à la disposition de toute la population, économique, facile à atteindre, se met en route.

### Des avantages pour tous

Medphone permettra aux patients de bénéficier d'un centre d'appel unique,

d'un intermédiaire avec le médecin d'urgence, adapté à son époque, à terme étendu à l'ensemble du canton, ainsi que d'un numéro peu coûteux pour des renseignements médicaux téléphoniques. Les personnes spécialisées dans le domaine des soins de la centrale d'appel urgent sont en mesure de répondre immédiatement à diverses questions. En cas de nécessité, elles mettent en relation avec le service de secours responsable, avec un médecin de la discipline concernée, un dentiste, spitex ou la pharmacie la plus proche.

Les fournisseurs de prestations bernois tirent également leur épingle du jeu avec Medphone. Les médecins trouvent une aide tant dans leurs cabinets que pour l'organisation de leurs remplacements. Grâce au triage, une partie des cas non urgents peuvent être réglés par la centrale, sans préjudice pour la qualité des soins d'urgence. L'activité au cabinet, les jours de garde, pourra se dérouler avec moins de tension, ce qui aura pour conséquence une meilleure qualité de vie pour ceux qui sont concernés. Les médecins affiliés à Medphone contribuent à éviter les goulots d'étranglements dans la capacité d'accueil des centres d'urgence des hôpitaux et des cliniques et à diminuer le nombre des admissions qui ne sont pas absolument nécessaires.

### Elargissement en cours

Suite à la reprise des tâches et obligations de l'ancien service de garde médical de Berne par Medphone SA, le développement de l'entreprise commence, ainsi que l'extension des prestations. Le service de soins urgents transformé entend se développer en une institution cantonale avec un seul numéro de téléphone. Medphone recherche donc des synergies, en particulier avec les services de secours du canton de Berne.

La réalisation d'une plate-forme technologique intégrée avec le numéro d'urgence 144 constitue le but essentiel de planification afin d'offrir aux citoyennes et citoyens, en cas d'urgence médicale, l'accès à l'aide indispensable le plus rapi-

dement possible, en toute confiance et simplement.

Actuellement déjà, Medphone soumet régulièrement ses prestations à des contrôles de qualité et se présente au public, aux patients, aux autorités et, ce qui n'est pas le moins important, à ses membres – ainsi que l'ancien service de garde – comme un partenaire professionnel, en mesure d'agir avec compétence.

**MED**  
**PHONE** secours rapide  
médecin d'urgence  
0900 57 67 47

### Voulez-vous participer?

Avons-nous éveillé votre intérêt? Souhaiteriez-vous devenir membre? Medphone pourrait-il être un partenaire intéressant de votre groupe de garde?

Prenez contact avec Madame Monika Walther, responsable de Medphone, tél. 031 327 66 66 ou par courriel à [mbvsekretariat@freesurf.ch](mailto:mbvsekretariat@freesurf.ch)

## CALENDRIER 2005

1<sup>er</sup> septembre  
Conférence élargie des présidents  
après-midi

20 octobre  
Assemblée des délégués  
après-midi

24 novembre  
Assemblées des cercles médicaux  
ensemble du canton

## «Critères d'économie au cabinet médical – loi, économie de la santé, assurance maladie et médecin»

Colloque du 7 avril 2005 de la Société des médecins  
du canton de Berne



Simonetta  
Sommaruga,  
conseillère  
d'Etat, Berne

(L'exposé qui suit est présenté, avec l'accord de son auteur, sous une forme légèrement raccourcie)

On se fonde en général sur l'affirmation – on peut l'entendre dire par des personnes les plus éminentes – que la Suisse dispose de l'un des meilleurs systèmes de santé. Il serait simplement un peu trop cher – ou très cher – mais, dans notre pays, on n'émet généralement aucun doute quant à la qualité et au caractère économique. Si cette question n'est pas contestée, c'est peut-être parce que – même au niveau politique – on n'a jamais évoqué le problème. Selon moi, certaines constatations font apparaître cette présomption sous un jour quelque peu différent.

Aucun pays en Europe ne dépense par tête d'habitant autant d'argent pour la santé que la Suisse. Ce record en matière de dépenses équivaut-il à un record en matière de santé? Je ne sais pas comment on peut répondre sans ambiguïté à cette question. Il n'existe toutefois aucun indice qu'en Suisse l'espérance de vie serait en général plus grande ou que les gens s'y sentiraient en meilleure santé. La Suède, par exemple, consacre un tiers de moins à la santé et ne présente aucune «valeur» plus mauvaise (en ce qui concerne la mortalité, le sentiment de bien-être, la satisfaction par rapport au système de santé) que la Suisse.

Il est évidemment difficile d'évaluer l'état de santé d'une population. Des enquêtes représentatives des autorités fédérales, portant sur l'ensemble de la Suisse, ont

montré, il y a quelque 20 ans, que 84.3% des suisse/sses considèrent leur état de santé comme «bon» ou même «très bon». La même étude, en 1997, a permis de constater que ceux qui considèrent leur état de santé comme «bon» ou «très bon» n'a pas augmenté, mais qu'il a plutôt légèrement diminué à 83.2%. La grande différence, c'est qu'entre temps les gens dépensent deux fois plus pour la santé – avec apparemment un bénéfice faible – et c'est là que se pose précisément la question centrale du caractère économique.

Je voudrais maintenant évoquer quelques détails actuels. En Suisse romande on dépense aujourd'hui un tiers de plus pour la santé qu'en Suisse allemande. Les dépenses de santé des bernois se situent 30%, ceux des argoviens 40% en-dessous de ceux des vaudois. Cela n'empêche que les bernois et argoviens se sentent en aussi bonne santé, qu'ils vivent aussi longtemps et qu'ils ont le sentiment d'être au bénéfice des mêmes soins médicaux que les vaudois. C'est ici que la chose apparaît le plus clairement – parce qu'elle ne se caractérise pas par un éloignement dans le temps : la santé et l'espérance de vie ne dépendent pas dans chaque cas et directement de l'argent que l'on a consacré en leur faveur. Le caractère économique devrait mesurer ceci avec précision.

Diverses statistiques donnent des indications encore plus précises. Là où l'on trouve de nombreux spécialistes et des lits pour soins aigus en grand nombre, on opère plus souvent et l'on prescrit plus de médicaments. On peut le prouver statistiquement. Dans les cantons de Bâle-Ville et Genève il y a un nombre particulièrement élevé de spécialistes en ORL: 40% de tous les adultes de ces cantons ont subi une opération des amygdales. Dans le canton des Grisons, où il y a nettement moins d'ORL, ils ne sont que 25%.

Dans le canton de Fribourg il y a un nombre particulièrement élevé de gynécologues établis: à Fribourg deux fois plus de femmes n'ont plus d'utérus qu'aux Grisons par exemple. A ce jour, personne n'a pré-

tendu que les femmes des Grisons étaient moins bien prises en charge du point de vue médical, ou qu'on les aurait privées d'une opération indispensable. Un dernier exemple et je cesserai de vous importuner avec ces chiffres désagréables: dans le canton de Genève, par rapport à la population, il y a deux fois plus de chirurgiens et trois fois plus d'internistes que dans le canton d'Argovie. Dans le canton de Genève on opère l'appendice 60% plus souvent. Les médecins genevois prescrivent à la population pour deux fois plus de médicaments que leurs collègues du canton de Zoug.

J'en arrive maintenant à la question du caractère économique: je suis d'avis que cette question se pose de façon très insistante. Un tel système de la santé peut-il réellement être qualifié d'«économique»?

Et maintenant, arrivé à ce point, si quelques doutes devaient avoir surgi, la question suivante s'intituleraient: quelles sont les raisons qui peuvent éventuellement conduire à un comportement contraire à l'économie?

Ce sont, à mon avis, en premier lieu les incitatifs dans notre système de santé actuel qui ne favorisent pas la mise en œuvre économique des ressources. Un système rémunérant chaque prestation offre peu d'incitations, ou n'en offre aucune, à une utilisation retenue des moyens. Ou, dit simplement: avec le système actuel d'honoraires, un mauvais médecin, qui ne guérit pas ses patients, augmente son revenu grâce à des prestations supplémentaires. Je ne m'imaginerai pas reprocher à un médecin d'avoir de telles intentions. Je constate cependant que notre système ne contient aucune incitation à prescrire aussi peu de prestations que possible. Le médecin dispensateur, qui prescrit les médicaments avec retenue – ou, chaque fois que c'est possible, des génériques – se fait du tort à lui-même dans le cadre du système actuel.

Un système qui punit la modération et honore le gaspillage, n'a rien en commun avec le caractère économique. Le monde politique doit lui aussi s'en rendre compte, selon moi il devrait prendre ses responsabilités sans tarder – même si la tâche est rude et complexe!

Au cours des dernières années, la politique s'est surtout préoccupée d'une chose: qui paye le franc dépensé en faveur du domaine de la santé et qui le reçoit. Comment a-t-il été utilisé, la question a été oubliée en route.

Me fondant sur les réflexions qui précèdent, je voudrais vous présenter mes cinq propositions au sujet du caractère économique.

La première proposition est la suivante : le caractère économique, dans le domaine de la santé, ne peut se mesurer que dans le cadre d'une procédure thérapeutique. Il n'est pas possible de mesurer si une prestation isolée est économique ou non, ou encore, il n'est pas sensé de la mesurer sous cet aspect.

Ma deuxième proposition est la suivante: Il y a souvent plusieurs voies pour envisager un traitement. Toutes ne sont pas équivalentes pour tout un chacun. C'est pourquoi la procédure thérapeutique doit être planifiée avec le patient, élaborée et poursuivie. La participation du patient à la procédure thérapeutique est un élément essentiel, en même temps qu'une condition essentielle, non seulement pour l'amélioration de la qualité mais également pour l'efficacité et le caractère économique du traitement. La participation du patient a pour conséquence qu'il s'investit avec plus de responsabilité – et je considère que le sens de la responsabilité est également important et souhaitable dans le domaine de la santé. Mais il ne s'agit pas de le faire en mettant à la charge du patient toujours plus de coûts et de franchises, mais en le faisant participer à la procédure thérapeutique et en le considérant ainsi comme co-responsable.

Je sais, ce n'est pas si facile et je suis consciente que cette proposition impose de grandes exigences au fournisseur de prestations. Il doit en effet, à côté de ses connaissances spécialisées, acquérir en plus la capacité de maîtriser la «langue» du patient concerné, sa façon de s'exprimer et de faire face aux nombreuses contradictions propres à chaque individu.

Les temps cependant sont définitivement passés – et j'arrive à ma troisième proposition – au cours desquels la relation du médecin avec son patient se définissait par une confiance aveugle dans celui qui soigne. La nouvelle conception de la profession cultivée par le médecin – avant tout le médecin de famille ou la personne avec laquelle on a le premier contact – consistera à l'avenir de plus en plus à présenter des informations de telle façon que le patient puisse les utiliser comme base fondée de décision, pour rechercher des offres différentes et interpréter ces dernières en fonction d'une connaissance du domaine spécialisé concerné. Il va de soi que des soins efficaces doivent être honorés. Cette

conception de la profession ne va pas voir le jour d'ici demain.

Elle suppose également – c'est ma quatrième proposition – une collaboration beaucoup plus poussée entre les différents fournisseurs de prestations. Ils doivent coordonner une procédure thérapeutique, ils doivent se consulter, ils doivent se soutenir, également se contrôler mutuellement et pouvoir se critiquer. Lorsque je parle de fournisseurs de prestations, je ne pense pas uniquement aux médecins, je pense aussi aux infirmières qui constituent un élément essentiel de la procédure thérapeutique.

Je pense qu'un tel changement de comportement ne sera possible – et j'en arrive à ma dernière proposition – que si les fournisseurs de prestations participent à la responsabilité du budget. Cette responsabilité budgétaire n'est envisageable que si elle est partagée par plusieurs fournisseurs de prestations. Un fournisseur isolé de prestations ne pourra jamais supporter seul la responsabilité budgétaire. Le fournisseur de prestations ne devrait être qu'indirectement responsable du budget ou partager cette responsabilité avec les collègues avec

lesquels il collabore; les décisions doivent également être prises en commun et on doit procéder à une évaluation de la qualité afin d'empêcher des décisions ne respectant pas l'éthique, la sélection des risques et un éventuel rationnement.

Je pense que c'est la seule possibilité de mesurer et de contrôler le caractère économique. En ce qui me concerne, je n'apprécie pas beaucoup les vérifications a posteriori et les éventuelles sanctions, ainsi par exemple de la part des assureurs. Ce qui compte, selon moi, ce sont les incitations en faveur de la qualité et du caractère économique.

Je suis convaincue que le travail en réseau (managed care) a non seulement des effets positifs dans le sens de la qualité et du caractère économique dans le domaine de la santé, mais que l'échange plus fréquent et le partage des responsabilités ont des effets positifs chez les fournisseurs de prestations et qu'ils rendent leur travail plus attractif. C'est ainsi que le travail en zone rurale pourrait regagner en attractivité et apporter une solution au problème de la pénurie médicale.



Jürg Schlup, président de la SMCB, Simonetta Sommaruga, conseillère aux Etats

Photo: M. Tackenberg

## Cinq propositions au sujet du caractère économique

1. L'appréciation du caractère économique dans le domaine de la santé n'est possible que dans le cadre d'une procédure thérapeutique.
2. La procédure thérapeutique doit être planifiée, élaborée et poursuivie avec le patient.
3. La participation de la personne concernée à la procédure thérapeutique exige du médecin de famille – ou de la personne avec laquelle a lieu le premier contact – des capacités supplémentaires, qui correspondent à une nouvelle conception de la profession.
4. La coordination d'une procédure thérapeutique suppose une collaboration beaucoup plus poussée entre les différents fournisseurs de prestations.
5. La responsabilité partagée de la procédure thérapeutique suppose une responsabilité budgétaire partagée par plusieurs fournisseurs de prestations.

## L'hôte convié

*Après une heure et demie tout était terminé.  
On restait assis, fasciné, quelque peu sceptique, même amusé,  
«Couchepin était là»*

Lors de la séance du comité du 3 mai 2005, aucun de ceux qui n'étaient pas dans le secret des dieux ne savait qui pourrait bien être le «special guest» mentionné dans l'ordre du jour. Le ministre de l'intérieur avait imposé le secret absolu comme condition, afin que l'entretien avec le comité de la SMCB se déroule dans le calme.

«Vous imaginez-vous renoncer à l'obligation de contracter?» Telle fut la première question posée par le président Jürg Schlup. Le conseiller fédéral Pascal Couchepin répondit qu'il ne voyait aucune autre solution pour faire face à la migration médicale, indiquant en même temps que la suppression de l'obligation de contracter ne se limiterait pas aux médecins, mais concernerait tous les fournisseurs de prestations. Le moratoire, qui vient d'être prolongé, n'aurait pas apporté les résultats escomptés mais il devrait voir son efficacité augmentée grâce à l'ordonnance révisée. Il serait irréaliste de vouloir soumettre les médecins à plus de contrôles, ce ne serait en effet pas aux caisses maladie de procéder à de tels contrôles. Il serait difficilement possible d'organiser un budget global, à moins que le Conseil fédéral ne prenne en charge le contrôle.

La liberté de contracter devrait, selon Couchepin, être séduisante pour les médecins également. C'est ainsi qu'il serait possible de négocier la valeur du point individuellement ou pour certains groupes de médecins, régionalement ou localement. Une valeur du point unique pour la ville et la campagne, la montagne ou la vallée ne serait pas juste, selon le ministre de l'intérieur. La suppression de l'obligation créerait plus de concurrence tant en médecine ambulatoire que stationnaire et même parmi les assureurs, puisque ils ont un intérêt pour les patients, ou plutôt les clients. Cela devrait avoir des conséquences au niveau de la qualité et des prix. Sans médecins, pas de médecine. Le corps médical aurait une beaucoup plus grande puissance

de négociation qu'elle ne le croit aujourd'hui, insista Couchepin. Les organisations médicales devraient élaborer des contrats types pour les conventions avec les caisses et les mettre à la disposition de leurs membres.

Leibundgut fit remarquer que dans le cadre de la liberté de contracter il deviendrait hasardeux d'avoir des patients chers qui augmentent les frais du cabinet. Que se passera-t-il si une caisse maladie, dans



*Peter Jäger,  
service de presse et  
d'information*

un tel cas, décide de résilier le contrat? Dans un tel cas, affirma Couchepin sans détour, la licence d'une telle caisse maladie serait supprimée – de plus, il y aurait lieu d'augmenter les poursuites pénales contre les assureurs afin d'éviter de tels abus.

Couchepin ne peut partager l'avis que les médecins pourraient être exclus de l'assurance de base et ainsi privés de leurs moyens d'existence. Les organisations médi-

cales devraient par exemple exiger des instances politiques qu'au cours des dix premières années après l'entrée en vigueur de la liberté de contracter au moins 98 pour-cent des médecins soient au bénéfice d'un contrat; par la suite il serait possible de réduire ce pourcentage, par exemple à 95 pour-cent.

L'entretien qui devait durer une heure, s'était entre temps prolongé à une heure et demie. Couchepin prit congé et disparut avec ses deux conseillers personnels. Ceux qui restaient étaient assis, fascinés, quelques peu sceptiques et même amusés. Pascal Couchepin est un homme passionné, plein de feu et par là pourvu de beaucoup de capacité de persuasion. Il lui est difficile d'imaginer qu'il puisse ne pas avoir raison. Pascal Couchepin est aussi un

sale gamin qui, assis au bord du lac, lance des galets dans l'eau. Que se passera-t-il? Qui va réagir, et comment? Peut être verra-t-on apparaître Nessie! Ce qui compte, c'est qu'il se passe quelque chose.

Photos: P. Jäger





## Nouvelles du Grand conseil



Th. Heuberger,  
membre du  
Grand conseil

### Enfin!

Les temps et les circonstances peuvent évoluer rapidement.

Je me rappelle très bien le «Projet Grand conseil» que j'avais lancé il y a quelque 8 ans pour parvenir à ce que les médecins, femmes et hommes, participent de nouveau à la politique et que nous ayons une représentation au Grand conseil bernois, capable de bien nous représenter, et que, au-dessus des partis, des spécialistes, hommes et femmes, soient en mesure d'expliquer et de défendre les exigences de la politique professionnelle et de la politique de la santé.

Nous savons tous que pendant de nombreuses années il y avait absence d'influence politique immédiate. Sur des sujets importants (propharmacie, loi sur la santé, planifications hospitalières, etc.), nous n'avions aucun moyen d'intervenir avec nos demandes et nos arguments auprès des femmes et des hommes au niveau des instances politiques et dans les milieux qui prennent les décisions.

Après avoir été pendant quelque temps le seul représentant au Grand conseil (sans aucun sentiment de m'y sentir perdu!), notre délégation s'est entre temps élargie à 5 personnes. Tenant compte du nombre, nous aurions même le droit de former notre propre groupe, mais nos appartenances politiques différentes rendent la chose aléatoire. Ce qui me semble toutefois très important et prometteur, c'est que 4 de ces 5 personnes disposent d'une expérience de plusieurs années en médecine de premier recours et qu'elles savent ce qui se passe à la base, chez les patientes et les patients. Si le cinquième confrère, au plan professionnel, s'occupe

essentiellement de questions sociales et d'éthique de la société, cela documente que notre profession est en mesure d'apporter au monde politique des expériences de nature variée et un grand éventail de connaissances qui bénéficient aux intérêts les plus élevés de la «res publica», la chose publique.

En la personne de **Franz Haldimann**, nous sommes en présence d'un «animal politique», qui a été pendant de longues années le vice-président de la SMCB, généraliste au long cours et connaisseur de la politique professionnelle et de ses exigences et qui, en qualité de maire de Berthoud et membre de l'UDC, est au bénéfice d'une expérience politique et de beaucoup de relations.

**Daniel Pauli** nous apporte ses connaissances et son expérience en qualité de président de l'association des hôpitaux de la ville de Berne et de membre pendant de nombreuses années de l'exécutif de la commune de Köniz. Il présente ses arguments fondés dans les débats au sujet des questions hospitalières et se préoccupe de problèmes sociaux – il lui arrive même parfois de faire admettre ses convictions par son propre groupe UDC (qui ne les partage pas). Ses engagements dans les domaines scolaires et éducatifs sont également de grande valeur. Son activité en faveur des jardins d'enfants forestiers m'a autant impressionné que ses analyses dans le cadre de la commission pour la loi sur les soins hospitaliers. Daniel Pauli peut, lui aussi, s'appuyer sur une activité pratique durant de longues années. Il était membre, pendant 15 ans, d'un cabinet de groupe à Köniz.

**Peter Eichenberger** ne s'est joint à nous, en qualité de représentant du PRD, qu'au cours de la présente session. En sa qualité d'ancien président du comité de fondation du Lindenhof, il nous apporte ses conceptions au sujet du rôle des hôpitaux privés. Son expérience d'ancien médecin de premier recours à Zollikofen aura une influence sur ses déclarations politiques. Beaucoup se rappellent encore son activité de médecin chef de l'armée où il s'est efforcé de créer de nouvelles bases pour les interfaces entre service militaire et vie civile, permettant ainsi aux médecins acceptant de faire de l'armée d'éviter le grand écart entre une carrière hospitalière et celle d'officier.

Enfin, mon (presque) voisin de banc du groupe PEV, **Willfried Gasser**, se révéla être, lui également, un confrère, qui toutefois n'exerce pas. Il s'engage avant tout dans le cadre de questions relevant du domaine social, de l'éthique et de la politique de la société et il possède dans ces questions concernant notre profession au sens large des connaissances étendues. Et maintenant (j'en deviens presque arrogant et je vais au-delà de ma liste de souhaits, ce qu'on peut me reprocher), il manque encore à notre représentation médicale deux éléments importants:

Il n'y a pas encore de femme médecin élue au Grand conseil, ce qui est une urgente nécessité si l'on pense aux problèmes futurs des femmes médecins de premier recours et à la féminisation toujours plus importante de la médecine;

si, de plus, un représentant médical avec une carte de parti du PS était encore à nos côtés, le spectre de notre représentation aurait une telle étendue que nous pourrions affirmer que la vie politique dans notre canton est également influencée par les médecins et que nous acceptons la responsabilité de participer à la vie politique autrement que pour défendre nos seuls intérêts professionnels.

Dans un article publié en juin 1998 dans l'ancien «Bulletin», j'écrivais les phrases suivantes:

«Il n'est pas très important de savoir à quel parti appartient un représentant du corps médical dans un organe législatif ou exécutif ou membre du Grand conseil. L'essentiel devrait être que ce représentant de notre profession démontre sa volonté de participer à la vie publique, fasse preuve de crédibilité et de capacité de travail.»

«Tous les moyens du monde ne sauraient suffire si nous ne trouvons pas les personnes qui se déclarent prêtes à consacrer une partie de leur énergie et de leur temps libre à la réussite de ce projet – en disant cela je m'adresse à tous. Jamais rien n'est réussi si rien n'est tenté.»

Je ne prétends pas avoir été à l'origine de cette évolution. J'ai peut-être contribué dans une faible mesure à faire que dans nos rangs la politique gagne en considération et soit considérée comme indispensable.

Voilà la raison du titre de l'article de ce jour:

**Enfin!**

## Pénurie de médecins généralistes (motion)

Le Conseil exécutif est chargé de proposer rapidement des mesures efficaces et de créer les conditions générales propres à redorer le blason des soins médicaux de base et à prévenir la pénurie de médecins généralistes.

### Développement:

- Du fait de l'évolution démographique, notre pays aura besoin à l'avenir de plus de médecins généralistes et de prestataires de soins de base.
- La politique du 3<sup>e</sup> âge prônée (à juste titre) par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale ne pourra être mise en œuvre que si les services de soins à domicile sont en

mesure de répondre aux besoins des personnes âgées et donc si l'offre de soins de base se développe.

- Les médecins généralistes vieillissent – dans certaines régions, les praticiens âgés de 55 à 60 ans sont majoritaires – et la relève fait défaut.
- La motion intitulée «Formation des médecins généralistes» que le Grand conseil a adoptée en avril 2003 (contre la volonté du Conseil exécutif) n'a toujours pas été mise en œuvre: pas d'effet sensible, pas de ressource prévue pour la formation des médecins généralistes, pas de stratégie. Cette motion a pourtant pour but de promouvoir la profession de médecin généraliste et d'en accroître l'intérêt.

L'urgence est demandée.

Toutes les mesures visant à la réalisation du but visé (augmentation de l'attractivité et de la motivation), demandent un travail de préparation de plusieurs années avant qu'elles exercent leurs effets; c'est la raison pour laquelle il est urgent que quelque chose se passe sans délai. Le nombre des médecins de premier recours qui ne veulent pas et ne peuvent pas participer au service de garde diminue sans cesse. On va rapidement constater une pénurie de cabinets de généralistes, non seulement dans les régions retirées mais également dans les agglomérations et les villes. Les soins de base et un service de garde couvrant tout le territoire sont menacés.

T. Heuberger

## Une constante qui évolue? La relation médecin – patient<sup>1</sup>

Chaque relation contient en elle-même le risque de l'imprévisible et la chance du nouveau. La grande science médicale peut troubler le caractère immédiat de la relation médecin – patient et détourner le regard de l'essentiel.

Le titre avait été choisi un peu vite. Tous ceux qui avaient participé à la préparation savaient cependant que la Journée des médecins, à l'occasion du 650<sup>ème</sup> anniversaire de l'Hôpital de l'Île, ne devait pas être une simple démonstration des performances, si souvent évoquées, de la médecine de pointe. Mais comment se référer à un passé dont la nature des soins médicaux nous paraît aujourd'hui quelque peu étrangère, pour ne pas dire mystérieuse, du moins dans la mesure où ils datent d'une période précédant ce qu'on nomme la révolution des sciences naturelles.

Nous nous sommes trop habitués au terrain que cette médecine a conquis et qu'elle a arraché à la puissance du destin. Nous avons presque perdu le respect de nos collègues de l'Antiquité et du Moyen Âge, si ce n'est la légitimation qui nous est conférée par le serment d'Hippocrate.

### L'aide des poètes ou des peintres

Il apparaissait ainsi évident de faire un exposé sur un sujet que la médecine choisit chaque fois qu'elle n'a pas peur d'elle-même: celui de la relation médecin-patient.

L'histoire de cette relation n'est pas facile à étudier.

Dans la transmission orale, on décrit l'histoire médicale des maladies et de nombreuses réflexions sur leurs causes; mais la nature de ce qui se passe lors de la rencontre entre le médecin et le patient n'est pratiquement pas décrite dans la littérature médicale. On en apprend plus si l'on s'intéresse aux poètes, aux écrivains et aux peintres. Il existe des descriptions fascinantes de rencontres entre médecin et patient. Il suffit de songer à notre ber-

nois Jeremias Gotthelf, qui a poussé très loin l'étude de ces questions dans *Annebäbi Jowäger*. À l'origine, il avait été chargé d'écrire ce roman par le professeur de médecine bernois Fueter, qui attendait de Gotthelf un livre dirigé contre le charlatanisme. Mais Gotthelf est allé beaucoup plus loin en questionnant également de façon très critique la médecine académique et indiquant que la différence essentielle entre un charlatan et un médecin est constituée par le fait que le second, dans le meilleur des cas, fait face au moment de la mort et assiste au désespoir de ceux qui restent (c'étaient souvent de jeunes parents ou des enfants qui mouraient) pour pouvoir ensuite, avec le pasteur, renouer les fils rompus.

On renvoie également à la remarquable étude littéraire «Arzt, Tod und Text» de Rudolf Käser (Wilhelm Fink, éditeur). Les œuvres d'art qui, lorsqu'on les examine de près, représentent l'intimité immédiate du moment, par exemple «Le médecin de village» de David Teniers ou «La jeune malade» de Jan Steen, deux peintres du 17<sup>ème</sup> siècle.

L'intimité se traduit par le caractère inexplicable de l'attente du malade: «M'a-t-il vu?» semblent dire l'attitude et l'expression des malades.

<sup>1</sup> Réflexions à l'occasion d'un symposium lors de la Journée des médecins bernois du 11 novembre 2004

## Voir?

La «capacité de voir» du médecin est peut-être la seule chose qui puisse être définie comme une attente constante à l'égard du médecin dans une médecine en évolution. Elle échappe cependant largement à une prise de possession scientifique. Dans «voir» il y a comme un secret qui convient au côté créateur et vivant de toute relation. «Voir» signifie tout d'abord la chose la plus banale: prendre connaissance et faire en sorte que cette prise de connaissance soit vraie, faire donc confiance à un sentiment avant que celui-ci ne soit retravaillé par la raison, le pré-conçu ou même le pré-jugé. Nous parlons souvent d'une première impression spontanée à laquelle, nous fiant à notre expérience, nous attribuons une grande valeur. Cela peut devenir un problème pour une médecine qui cherche le succès dans la science et qui a intériorisé que c'est ce que l'on attend d'elle.

## Il en allait probablement toujours ainsi

Le caractère immédiat du vécu à l'égard d'un patient cède la place devant les «moyens» qui se glissent entre le médecin et le patient. A côté des connaissances et de représentations concernant la pathogénie, les conceptions idéologiques ou religieuses jouaient, et jouent encore un rôle. Au Moyen Age, Dieu était lui-même le protecteur du malade («ma force est puissante auprès des faibles», «ce que vous avez fait au plus faible, vous l'avez fait à moi»), ce qui conférait à l'action médicale le caractère d'un devoir imposé.

On peut présumer, à la lecture des écrits hippocratiques, que le médecin avait différentes obligations. Hippocrate, ou sa fameuse école de Cos, ont complètement transformé la pensée médicale, de telle sorte que de nos jours encore elle constitue la base de notre façon de penser et d'agir. Pour la première fois on expliqua la maladie par des lois naturelles et pour la première fois le bien du malade fut considéré comme le principe ultime. Ce qui a ouvert des horizons, c'est le changement heuristique de méthode vers la casuistique et le pronostic, même si les explications de pathogénèse de cette époque n'ont plus de valeur actuellement. L'école hippocratique luttait pour être respectée et voulait se distinguer des guérisseurs beaucoup plus opportunistes. Elle avait une pensée clairement paternaliste. Il y avait une grande différence entre médecin et patient, ce dernier, dans une société où le bon était

beau et le beau était bon (kalos kai agathos) n'occupant qu'une place réduite.

L'art médical, à cette époque déjà, était déjà le «niveau» sur lequel le médecin devait se situer, ce qui remettait pour le moins à sa place sa «première impression».

## Pas de nouvelle formation approfondie

De nos jours, ce sont les connaissances scientifiques qui nous font douter de la valeur de notre impression immédiate. On étudie même soigneusement le phénomène de la relation et exige une standardisation. On n'y parviendra jamais, la capacité du médecin à voir ne peut être séparée de sa personne, de sa propre vérité existentielle du moment, de son état d'esprit émotionnel et de tout ce que peuvent être d'autres notions insuffisantes. On devrait peut-être plutôt parler de l'enfant qui est en lui, capable de reconnaître l'enfant qui est dans le patient (A.Trenkel).

«Voir» un patient revient aussi à se voir soi-même. Il n'est pas possible de concevoir cela correctement, il ne peut donc pas y avoir de formation approfondie à ce sujet.

On peut simplement se fonder sur la notion que chacun d'entre nous a reçu la même capacité de voir, parfois un peu plus, parfois un peu moins. Nos proches peuvent en parler.

## Malentendus

Il s'agit pourtant de dissiper les malentendus. «Voir vraie» une chose<sup>1</sup> ne signifie nullement jeter un œil curieux dans l'intimité du patient. Voir ne viole aucune intimité, au contraire. Je voudrais dissiper un autre malentendu, aux conséquences graves. Il s'agit de la dichotomie corps et esprit. Chaque fois qu'un médecin évoque le vécu immédiat dans la rencontre, il est immédiatement taxé de «concerné par la psychosomatique» – et en peu de temps on le rend attentif au fait qu'une telle attitude cache des dangers, notamment celui de «rater» quelque chose, par exemple les symptômes précoces d'un cancer. Curieuse cette ligne de front qui s'installe pour ainsi dire d'elle-même: d'une part l'exactitude scientifique, d'autre part une «compréhension» trompeuse. Comme si les sciences naturelles devaient conserver leur primauté. C'est absolument inutile. En effet, celui qui (enfin) finit par voir, reconnaît plus facilement des liens somatiques. (Des scientifiques réputés, surtout des phy-

siciens, décrivent comment certaines percées dans la connaissance agissent comme un saut quantique de l'exactitude vers la compréhension).

«Tout savoir et tout oublier», c'est ce qu'a un jour formulé Michael Balint. En le disant, il pensait que le savoir et l'exactitude constituaient une partie absolument nécessaire de notre responsabilité, mais qu'ils ne devaient pas déformer l'image de ce qui fait partie apparemment du hasard et du non significatif dans notre travail. Cela nous aide à rassembler ce qui ne doit pas être séparé: le psychique et le somatique.

Dr Thomas Schweizer  
Hess-Strasse 47  
CH-3097 Liebefeld  
famschweizer@bluewin.ch

1 Tentative de traduction d'un jeu de mot avec le verbe «wahrnehmen» (ndt)



4 novembre 2005

## Journée nationale de vaccination contre la grippe des médecins de premier recours suisses

Les différentes organisations des médecins de premier recours (CMPR, SSMG, SSMI, SSP, et FMP) organisent une nouvelle fois une journée de vaccination contre la grippe, afin de motiver les personnes à risque non encore vaccinées à bénéficier d'une meilleure protection à l'égard de la grippe.

A l'occasion de cette journée, les personnes à risque concernées, ainsi que celles qui sont en contact avec elles, peuvent se présenter sans rendez-vous dans les cabinets des médecins participants pour se faire vacciner à un prix forfaitaire.

### Adresses:

#### Collège de médecine de premier recours

Dr Ueli Grüninger, secrétaire, Landhausweg 26, 3007 Berne, tél. 031 370 06 70/71/72

ueli.grueninger@hin.ch – www.kollegium.ch

Office fédéral de la santé publique (pour des questions / commander le matériel d'information de l'OFSP à partir de juillet 2005)

courriel: [grippe@ofsp.admin.ch](mailto:grippe@ofsp.admin.ch)

[www.grippe.admin.ch](http://www.grippe.admin.ch) bzw. [www.influenza.admin.ch](http://www.influenza.admin.ch)

### Manifestations dans le cadre du 200<sup>e</sup> anniversaire de la Faculté de médecine de Berne

#### JUILLET

30.7-1.8 Inauguration du STADE DE SUISSE Wankdorf  
Méthodes médico-sportives

#### AOÛT

23.8 150<sup>e</sup> anniversaire Waldau: Conférence sur la recherche et la culture en psychiatrie

24.8 Conférence pour écoliers: Epilepsie – un orage dans le cerveau

#### SEPTEMBRE

5.9 Café scientifique: Le médecin de famille – menacé de disparition?

7.9 Conférence pour écoliers: Troubles alimentaires – un phénomène de notre époque

16.9 Vernissage «L'art à l'institut d'anatomie»

16.-17.9 Journées portes ouvertes, pré-clinique de la faculté de médecine

#### OCTOBRE

19.10 Conférence pour écoliers: Schizophrénie et drogues

#### NOVEMBRE

1.-30.11 Exposition au sujet de la maladie de Paul Klee dans le cadre du Centre Paul Klee (ZPK)

2.11 Conférence pour écoliers: Génération XL  
Le surpoids – une épidémie avec des conséquences

8.-9.11 Journées de la recherche clinique

9.11 Manifestation à l'intention du public dans le cadre du ZPK

18.11 150<sup>e</sup> anniversaire Waldau:  
Symposium international

24.11 Manifestation pour les médecins dans le cadre du ZPK

# Erfolg ist kein Zufall

### Die Ärztekasse macht für Sie den nächsten Zug

Mit verschiedenen Finanz- und Administrationsdienstleistungen hält Ihnen die Ärztekasse den Rücken frei. So können Sie sich leichter auf Ihre eigentliche medizinische Berufung konzentrieren. Reden Sie deshalb mit uns, bevor die Reformen des Gesundheitswesens Sie schachmatt setzen.

**Ä K** ARZTEKASSE  
**C M** CAISSE DES MÉDECINS  
CASSA DEI MEDICI

Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf  
Telefon 01 436 16 16 · Fax 01 436 17 60  
[www.aerztekasse.ch](http://www.aerztekasse.ch)  
[marketing@aerztekasse.ch](mailto:marketing@aerztekasse.ch)

Praxismanagement und Outsourcing