



No 1 • février 2007

doc.be

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Société des médecins du canton de
Berne

www.berner-aerzte.ch

Le bulletin de vote n'est pas un rappel à l'ordre

**Etre responsable, c'est assumer les
conséquences**

Le 11 mars 2007, nous allons nous prononcer pour ou contre une caisse unique et sociale financée par des primes en fonction de la capacité économique des assurés. En choisissant la liberté de vote, la FMH a renoncé à donner une consigne, c'est pourquoi je présente ici ma recommandation personnelle.

Approuver une caisse unique étatique fiscalisée signifie la fin des primes par tête, de la responsabilité individuelle et de la chasse aux bons cas par les caisses. En lieu et place, protection étatique optimale, augmentation à un haut niveau de la réglementation et prise d'influence sur les traitements médicaux toujours plus grande par cette caisse à caractère de monopole. Un financement par des primes en fonction de la capacité économique signifie une augmentation importante des impôts – et cela également pour la plupart d'entre nous autres médecins.

En cas d'adoption de la caisse unique, la pression des coûts sur tous les fournisseurs de prestations ne va pas cesser; les coûts vont poursuivre leur ascension. Reste le combat médical pour les bons risques, en effet, la caisse d'état monopolistique va continuer de tenir la statistique des médecins «qui a fait ses preuves». Un élément nouveau et explosif pourrait être la vulnérabilité de cette caisse monopole à l'égard des pressions du monde politique.

Celui qui est convaincu par cette caisse unique fiscalisée doit l'approuver sans hésiter. Celui qui souhaiterait simplement punir les caisses avec son bulletin de vote, celui-là n'agit pas de façon responsable du point de vue politique. Il est évident que certaines caisses méritent d'être rappelées à l'ordre – mais pas au moyen du bulletin de vote. Allez voter en gardant la tête froide et non sous le coup de la colère. En ce qui me concerne, je vote clairement non.

Jürg Schlup
président de la Société des médecins

Plan de pandémie
pour le canton de Berne 2

Le portail de santé,
l'exemple du Danemark? 3

Monitoring du service de garde
dans le canton de Berne 3^{ème} partie 4

Lettre aux responsables du
questionnaire: «Réseaux médicaux» 8

Réplique à la lettre de lecteur
de notre collègue Gut 9

Constatation du décès:
haute technologie ou bon sens 10

Le droit du patient à
disposer de son dossier 11

Entre régulation par l'état
et concurrence 12

La Collection Cerny d'art inuit 13

Le certificat médical 15

Plan de pandémie pour le canton de Berne prochainement publié sur Internet



Prof. Hans Gerber, médecin cantonal bernois

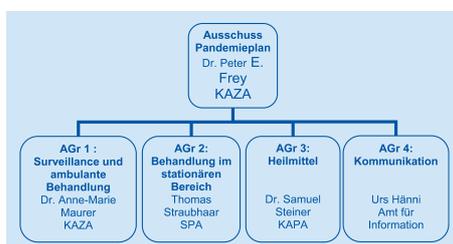
La Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale va publier le «Plan de pandémie pour le domaine public de la santé du canton de Berne» sur l'Internet à l'adresse www.be.ch/pandemie. Sous la direction du médecin cantonal, une cinquantaine de spécialistes appartenant à l'administration, aux institutions, ainsi que des fournisseurs de prestations du domaine de la santé ont collaboré à l'élaboration d'un plan de prévention de quelque 250 pages.

Les cantons doivent être préparés en prévision de l'apparition d'une pandémie d'influenza. C'est le but poursuivi par la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé lorsqu'elle a décrété, au cours de l'année 2006, que les cantons devaient préparer des mesures pour la protection de la population en cas d'une pandémie d'influenza et établir des plans cantonaux pour le cas de pandémie. Ces plans doivent s'appuyer sur ceux qui ont été établis par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et être coordonnés au plan intercantonal.

Une organisation aux larges assises

En janvier 2006, le directeur de l'époque de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, le Conseiller exécutif Samuel Bhend, a chargé l'office du médecin cantonal d'élaborer, jusqu'à la fin de l'année, un plan de pandémie pour le domaine public de la santé. Son successeur, le Conseiller exécutif Philippe Perrenoud a pris connaissance du plan, qui avait été conçu entre temps, et donné le feu vert pour sa publication. Une cinquantaine de spécialistes provenant de l'administration, des institutions de la santé bernoises ont analysé les mesures relevant de la compéten-

ce du canton, ainsi que celles ordonnées par la Confédération, ils les ont préparées dans le cadre du plan. Le travail s'est déroulé sous forme de quatre groupes de travail: «surveillance et traitement ambulatoire», «traitement en milieu stationnaire», «produits thérapeutiques» et «communication». Sous la présidence du Dr E. Frey, médecin cantonal suppléant, les responsables de ces groupes de travail, avec un conseiller externe, ont formé le bureau du projet (cf. figure ci-dessous).



En établissant le projet sur des bases élargies, la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale poursuivait deux buts : une procédure partenariale et l'élaboration de mesures susceptibles d'être mises en oeuvre concrètement. Pour affronter une pandémie, le domaine de la santé va dépendre du soutien d'institutions et d'organisations diverses et va devoir collaborer avec des partenaires n'appartenant pas au domaine de la santé. De plus, dans la phase de planification déjà, il y a lieu de prévoir des mesures susceptibles d'être mises en oeuvre de façon adaptée et pratique et de construire en s'appuyant sur des procédures ayant fait leurs preuves et bien établies. Il a été possible de satisfaire aux objectifs fixés grâce à la participation de médecins de famille, de pharmaciens et de spécialistes de domaines externes tels que les hôpitaux, les pharmacies d'hôpitaux, Spitex, l'industrie pharmaceutique, les communes, ainsi que des représentants de différentes directions de l'administration cantonale.

Un plan en trois parties

Les bases qui ont servi à l'élaboration du «Plan de pandémie pour le domaine public de la santé du canton de Berne» provenaient en particulier des recommandations de l'OMS, ainsi que du «Plan suisse de pandémie influenza 2006» publié en août 2006. Un échange d'idées avait régulièrement lieu dans les cénacles intercantonaux spécialisés,

ainsi par exemple l'Association des médecins cantonaux et celle des pharmaciens cantonaux suisses au sujet de la pandémie. La structure du plan de pandémie bernois actuel se fonde sur le plan de pandémie de la Confédération, il est lui aussi organisé en trois parties.

La 1^{ère} partie est une introduction au sujet «pandémie», elle résume les bases générales nécessaires à la compréhension de l'évolution d'une pandémie, les connaissances actuelles ainsi que les hypothèses sur l'évolution et la stratégie de défense.

La 2^{ème} partie reflète les six phases de la pandémie selon l'OMS complétées des scénarios de la Confédération. Dans cette partie figurent également les stratégies et les mesures pour les différentes phases, ainsi que les responsabilités respectives des différents partenaires cantonaux.

Dans la 3^{ème} partie, les mesures pratiques concernant certains thèmes précis sont présentées. Cette partie comprend également des projets de travaux pratiques et des recommandations concrètes pour la préparation en vue d'une pandémie.

Le «Plan de pandémie pour le domaine public de la santé du canton de Berne» contient également différents chapitres et extraits de textes tirés du plan de pandémie de la Confédération. Ainsi, toutes les institutions et organisations doivent pouvoir préparer leurs mesures en prévision d'une pandémie sur la base d'un seul et même document.

Sans cesse en changement

Le «Plan de pandémie pour le domaine public de la santé du canton de Berne», qui vient d'être publié, reflète l'état des travaux en décembre 2006¹. Au cours de la présente année le plan sera complété dans différents chapitres. Ainsi, entre autre, il faudra encore régler la campagne de vaccination avec le vaccin pré-pandémique que s'est procuré la Confédération. Etant donné que la Confédération n'a publié ses prescriptions que le 5 décembre 2006, les dispositions cantonales n'ont pas encore pu être planifiées de façon détaillée.

Quoi qu'il en soit, un plan de pandémie doit être considéré comme un instrument de travail dynamique, il doit être sans cesse remanié, complété et adapté aux dernières acquisitions scientifiques.

¹ Le «Plan de pandémie pour le domaine public de la santé du canton de Berne» figurera probablement en ligne à partir de mars 2007 sous www.be.ch/pandemie

Le portail de santé, l'exemple du Danemark?



Sandra Küttel,
service de presse
et d'information

Le Danemark dispose d'un portail de santé numérisé qui lui permet de réaliser chaque année des économies de 60 millions d'euros. Les médecins en profitent également: grâce au portail de santé, un cabinet de médecine générale gagne environ une heure de temps de travail par jour. Lors de la Conférence des présidents de la SMCB du 25 janvier 2007, l'économiste Philipp Baumann de BlueCare Winterthur a présenté le portail de santé danois www.sundhed.dk – un dossier de patient numérisé.

Le Danemark est considéré comme un précurseur dans l'utilisation des technologies modernes de l'information et de la technologie. Qu'y a-t-il de si particulier dans le portail danois de la santé ?

Les principes de bases peuvent être expliqués facilement à l'aide d'un exemple fictif.

Le patient, appelons-le Pascal, ne se sent pas bien et a besoin d'un médecin. Pascal s'empare de son ordinateur et tape www.sundhet.dk sur le portail de santé. Il cherche un médecin près de chez lui. Le portail de santé lui indique les adresses et les plans d'accès d'un certain nombre de médecins. Le portail de santé permet à Pascal de prendre des renseignements au sujet des médecins qui entrent en ligne de compte. Pascal s'est maintenant décidé pour un médecin. Il prend un rendez-vous – en ligne également. Pascal consulte son médecin au jour du rendez-vous. Au cabinet, le médecin consulte le dossier médical électronique de Pascal sur l'Internet. A cet effet, il se sert d'un numéro personnel qui a été attribué à Pascal le jour de sa naissance. Le médecin examine Pascal – maintenant ce n'est plus virtuel – et pose un diagnostic, possible insuffisance cardiaque. Avec le médecin, Pascal se met à la

recherche d'un établissement hospitalier. Le portail donne des renseignements sur les établissements hospitaliers spécialisés dans les examens complémentaires et le traitement. Pascal fait son choix en faveur de la clinique où les temps d'attente sont les plus courts. L'état de santé de Pascal se péjore déjà le lendemain. Il se rend dans un service d'urgence. Le médecin de garde consulte le portail de santé et peut ainsi se mettre au courant de ce qui a déjà été fait. Pascal est allergique à la pénicilline. De retour chez lui, Pascal se rend chez son médecin pour un contrôle. Ce dernier peut apprendre, en consultant le portail de santé, comment Pascal a été traité dans l'intervalle (résultats de laboratoire, médicaments, etc.)

Et la protection des données?

C'est ici que se pose la question de la protection des données. Le système danois dispose d'un mécanisme de sécurité qui, dans une certaine mesure, atténue ce problème. L'accès au portail est sécurisé par une signature numérisée. Chaque consultation d'un dossier de patient peut être suivie avec précision. Pour qu'un médecin puisse consulter un dossier de patient, il doit obtenir l'autorisation du patient.

World wide web vs. Hermes Baby

Revenons du cyberspace vers la réalité. Que fait Cecil Bødker, une femme écrivain danoise née en 1927, qui habite le Jütland, lorsqu'elle a besoin d'un médecin et qu'elle n'a pas d'accès à un l'Internet? Le portail de santé danois dispose de différentes possibilités d'accès, l'Internet étant le plus simple d'entre eux. Sous le terme de «Remote Management», on trouve différentes variantes – ainsi par exemple le téléphone portable. Celui qui ne veut pas ou ne peut pas recourir aux possibilités du portail de santé peut se servir du téléphone fixe ou d'une carte de santé.

Le pour ...

Le portail de santé danois offre de nombreux avantages. Le patient participe acti-

vement à son traitement. Il peut remanier lui-même son dossier et le compléter par certaines informations (p.ex. indiquer qu'il est donneur d'organe).

Les interactions entre le patient et le service de santé sont facilitées: il est possible de prendre rendez-vous en ligne, de renouveler des ordonnances, d'avoir une vue d'ensemble des médicaments – beaucoup de choses peuvent passer par l'intermédiaire du portail de santé. Le flux de l'information entre les différents acteurs du domaine de la santé fonctionne plus rapidement, il n'y a pratiquement plus de paperasserie inutile. Le dossier médical est actualisé en tout temps. Le portail jouit d'un haut degré d'acceptation dans le cadre du système de santé danois, il a permis, d'après les déclarations de l'économiste Philipp Baumann, des économies non négligeables:

- 50 minutes d'économie de temps de travail par jour pour un cabinet de médecine générale;
- les appels aux hôpitaux ont été réduits de 66%;
- le gouvernement danois évalue les économies dans le domaine de la santé à 60 millions d'euros par année.

... et le contre

Il a fallu 15 ans au Danemark pour développer son portail de santé. Le système de santé danois est structuré de façon différente du système suisse. Il n'est par conséquent pas possible de transposer sans autre le modèle danois à la Suisse. Selon des avis d'experts, il n'y a en Suisse, à l'heure actuelle, aucun programme qui puisse être adapté. Ceux qui souhaiteraient proposer une telle solution devraient donc investir beaucoup d'argent et de temps pour son développement.

Philipp Baumann suggère que les praticiens de premier recours s'organisent et prennent le risque d'agir avant que les solutions ne soient dictées par les autorités et les assureurs. Ainsi, les médecins et les pharmaciens pourraient s'asseoir à une table et envisager des solutions locales, qui – si elles font leurs preuves – pourraient être reprises sur une plus grande échelle.

Information:

Les journées bernoise de la télémédecine, mardi 8 mars 2007, traitent des portails de santé. Informations complémentaires sous www.telematiktage.ch

Monitoring du service de garde dans le canton de Berne 3ème partie



Dr Beat Gafner
responsable du
projet Monitoring
du service de
garde, membre
du comité de
cantonal

«Take home message» au sujet du service médical de garde, à la suite de la réunion CDS – OFSP «Soutien et promotion des soins médicaux de premier recours» de novembre 2006:

- unification des numéros d'appel d'urgence en tant que prestation de service public, soutien aux cabinets médicaux par les centres d'appel,
- modèles nouveaux grâce à la collaboration, cercles de service de garde plus étendus,
- harmonisation des règlements du service de garde.

Chères/chers collègues,

Au moment de présenter cette troisième et dernière partie de leur exposé, les auteurs souhaitent remercier encore une fois tous

ceux qui ont permis la réalisation de cette étude. Le travail original, et tous ses détails, peut être consulté sur le site de la Société des médecins du canton de Berne, www.berner-aerzte.ch, dans la partie réservée aux membres.

Titre de spécialiste dans le service de garde

85% de ceux qui participent au service de garde, si l'on inclut les pédiatres, sont des praticiens de premier recours (fig. 1). Une constatation qui s'étend jusqu'aux différents cercles de SG. Les médecins de premier recours représentent l'élément essentiel du service de garde.

Dans le groupe «autres» on trouve avant tout les titres de spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, gastro-entérologie et ORL. Si l'on considère l'ensemble du canton, on constate que des médecins de pratiquement toutes les sociétés de discipline médicale s'engagent dans le cadre du service de garde général! D'une part, les membres des disciplines spécialisées autres que celles regroupant les praticiens de premier recours assument, pour une partie de leurs patients, le rôle de médecin de famille, d'autre part, sans la participation des membres des disciplines spécialisées, dans le cadre des structures des cercles de SG existant à l'heure actuelle, le service de garde ne pourrait plus être assuré en de nombreux endroits.

Dans les agglomérations urbaines il y a des services de garde spécialisés organisés de différente façon, avant tout par les sociétés de pédiatrie et de psychiatrie.

Proportion des médecins femmes et hommes dans le service de garde

11,4% de l'ensemble des questionnaires retournés provenaient de femmes médecins (fig. 2).

L'association des femmes médecins bernoises mentionnait, en 2005, 14,2 % de femmes médecins dans le canton de Berne. La libération du service de garde, ainsi que la pratique à temps partiels sont des explications possibles pour la différence par rapport au chiffre de 11,4% de notre étude. La statistique de la FMH pour 2005 indique, dans le canton de Berne, un chiffre de 21% de femmes médecins ayant une activité au cabinet, en ne se limitant donc pas aux praticiennes de premier recours. Tant dans le canton de Berne, que dans l'ensemble de la Suisse, la proportion des femmes médecins au sein du collectif des praticiens va en augmentant (1).

L'étude de l'Université de St-Gall «Les motivations des jeunes médecins à devenir des praticiens de premier recours» de l'année 2006 conclut, entre autres, que dans le canton de St-Gall, la proportion des femmes médecins en cours d'études qui se destinent ultérieurement à la pratique de premier recours, est plus élevée que celle des hommes (2). En comparant les relations entre l'organisation du service de garde et la féminisation de la médecine de famille, il faut considérer également la prise de position et les recommandations de la «Medical Women Switzerland» (3).

Distribution des âges

En ce qui concerne la répartition en fonction de l'âge, nous ne constatons aucune différence notable par rapport aux autres cantons ou l'ensemble de la Suisse (fig. 3, fig. 1 et fig. 4). En Suisse, la moyenne d'âge des médecins en activité de cabinet a augmenté d'un an depuis 2001 – de 51 à 52 ans (1).

Le problème du vieillissement qui pourrait apparaître dans 5 à 10 ans est régulièrement signalé. Selon la présente étude, c'est un thème d'actualité dans un certain nombre de cercles, dans lesquels la part de ceux qui ont plus de 65 ans est associée au faible nombre de ceux qui ont moins de 45 ans. Cette constellation concerne les cercles Engeres Oberland, Oberaargau, Thoune et environs,

Facharztverteilung im Notfalldienst im Kanton Bern

'Allgemeine Medizin' (1136 Nennungen)

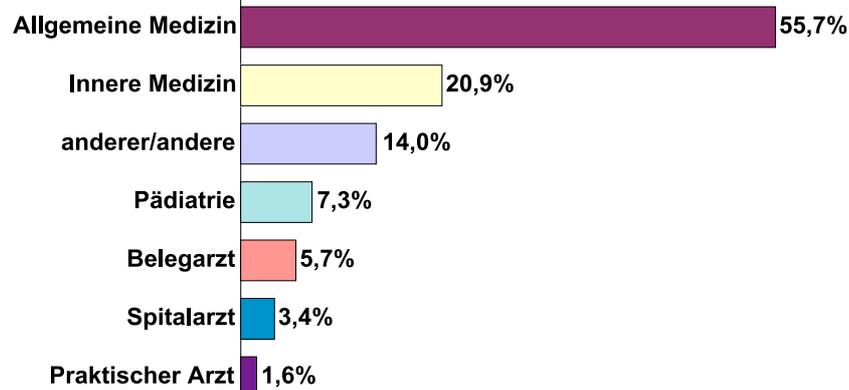


Fig. 1: Répartition des disciplines médicales dans le service de garde du canton de Berne

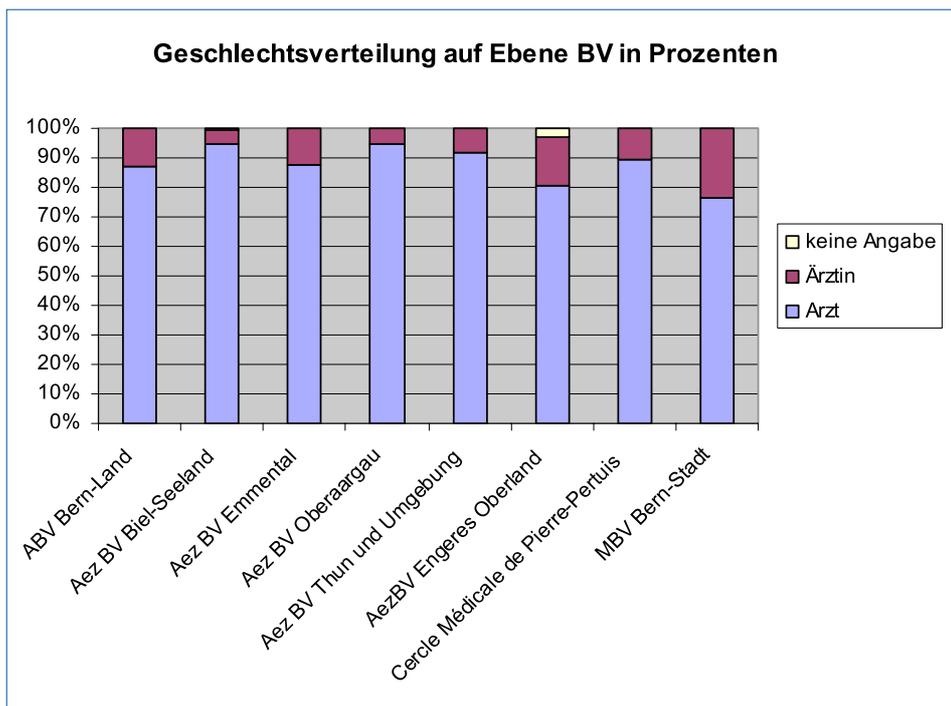


Fig. 2: Répartition selon le sexe au niveau cercle médical

Emmental et Pierre-Pertuis. Les auteurs sont de l'avis que, dans ces cercles, il serait raisonnable de promouvoir, par les moyens déjà décrits, l'établissement de jeunes collègues. L'augmentation à 60 ans de la limite d'âge de participation à la garde dans le canton de Berne ne fait que de tenir compte d'une réglementation qui s'applique, selon l'étude CDS, à 86% des médecins suisses astreints au service de garde (4).

Hospitalisations

Il s'agit des hospitalisations qui suivent une consultation, un appel téléphonique ou une visite. Elles sont dans en général rares, plus fréquentes à l'occasion des jours fériés que pendant les jours de la semaine (fig. 5). Dans le travail original on peut trouver des indications détaillées sur le nombre des hospitalisations dans les différents groupes de SG.

Résumé et conclusions

Le service de garde médical passe par une phase de changement, tant devant l'attitude des médecins praticiens à l'égard d'un service de garde considéré jusqu'alors comme allant de soi, que dans son utilisation par la population. L'enquête sur le service de garde dans le canton de Berne de la Société des médecins du canton de Berne devait créer la transparence au sujet du service de garde organisé par les différents cercles médicaux,

renseigner surtout au sujet du nombre des contacts avec les patients dans le cadre du service de garde, indiquer la charge en temps que ce service exige de la part des médecins astreints, la densité des médecins de premier recours et des médecins astreints à la garde, ainsi que l'importance, au niveau du canton, dans les cercles médicaux et de service de garde, de la population concernée par cette prestation.

En mars et avril 2006, on a enregistré et évalué chaque jour, dans le canton de Berne, le nombre de consultations au cabinet, des appels téléphoniques et des visites effectués dans le cadre du service garde. A côté, des données concernant le sexe, l'âge, le titre de spécialiste, l'appartenance à un cercle médi-

cal et un cercle de garde, le nombre des jours de garde par année, la durée des périodes de garde et les jours de la semaine où la prestation est fournie ont été aussi collectées. Dans tous les cercles de garde on a relevé simultanément le nombre des médecins astreints à la garde, celui des praticiens de premier recours, des médecins avec cabinet et l'importance de la population résidente à laquelle les soins sont destinés.

Pour une durée de l'enquête de 61 jours, le retour s'est élevé à 64% (2040 questionnaires). Le taux de retour dans les 8 cercles médicaux variait de 42% à 97%. Il n'y a pas eu de réponse en retour dans 2 des 52 cercles de garde

En fonction de la population desservie par le service de garde, du nombre de médecins par 1000 habitants et de l'extension géographique, la répartition des différents cercles de garde est très hétérogène. Dans les agglomérations, les services de garde spécialisés s'entendent en général sur plusieurs cercles de garde. 77,5% des médecins astreints à la garde pratiquent dans des cercles de garde comptant moins de 20 médecins de garde. Pour l'ensemble du canton, on constate une densité de 0,7 médecin de garde par 1000 habitants, de 1,0 praticien de premier recours par 1000 habitants et de 1,8 praticien de toute discipline par 1000 habitants. Ces chiffres ont été étudiés jusqu'au niveau des cercles de garde et présentés sous forme de graphiques. A proximité immédiate des agglomérations on constate de façon étonnante des densités médicales très faibles, ainsi par exemple dans les cercles de garde Wohlen, Grosshächstetten, Fraubrunnen, Kirchberg, Oberes Langental et Bipp.

Il faut interpréter prudemment des valeurs de densité au niveau cantonal, elles sont peu significatives en ce qui concerne la charge de travail individuel des différents médecins de garde.

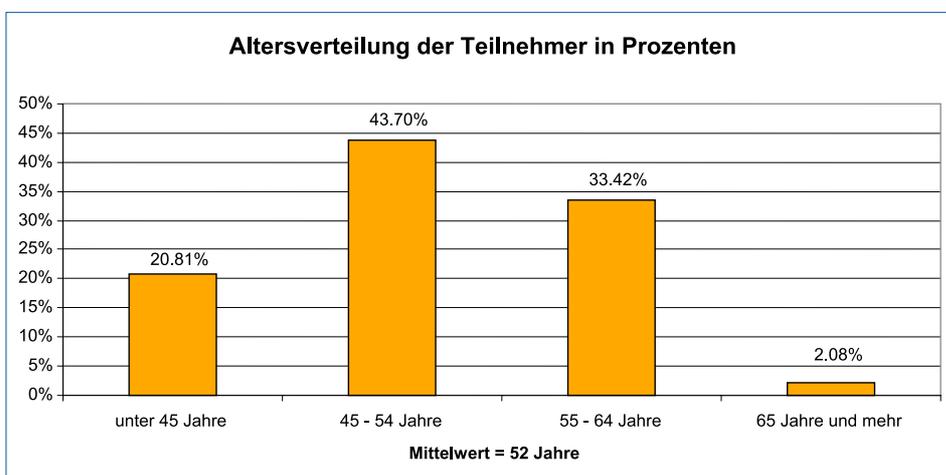


Fig. 3: Répartition des participants en fonction de l'âge

L'âge moyen des médecins astreints à la garde dans le canton est de 52 ans, il est comparable avec celui constaté ailleurs en Suisse. Il faut prévoir que dans de cercles où la proportion des médecins âgés de moins de 45 ans est faible, on ne va pas tarder à rencontrer des problèmes d'organisation du service de garde médical. Ce sera encore plus grave dans le cas où le nombre de ceux qui ont plus de 65 ans est élevé de façon disproportionnée. 11,4% des questionnaires en retour provenaient de femmes médecins participant à la garde.

On n'a pratiquement pas trouvé de différence ville campagne dans cette étude. Il n'a pas été possible de constater de différence en ce qui concerne le nombre d'habitants par cercle de SG, le nombre de médecins astreints au service de garde et de praticiens de premier recours par 1000 habitants dans les cercles médicaux et groupes de garde, ainsi que le nombre de contacts patient résultant de la garde et la structure des âges. La fréquence des contacts patient dans le cadre de la garde est plutôt faible. C'est ainsi que dans les cercles de garde le médecin de garde voit en moyenne 3,5 patients par jour dans son cabinet et répond à 2.0 appels téléphoniques. Le nombre des visites à domicile pendant la journée, qui s'élève à 0,4, est également bas. Les chiffres des contacts patient de nuit sont encore plus bas. Dans les cercles de garde, le total par 24 heures des contacts patient résultant de la garde s'élève à 8.0. Il convient à cet égard de remarquer que l'écart est très grand. Dans le rapport on présente des chiffres plus détaillés, répartis en fonction des consultations, visites et appels téléphoniques et, dans la mesure du possible, comparés aux données démographiques enregistrées. Un rapport défavorable dans le sens d'un grand nombre de contacts patient en présence d'une faible densité de médecins de garde

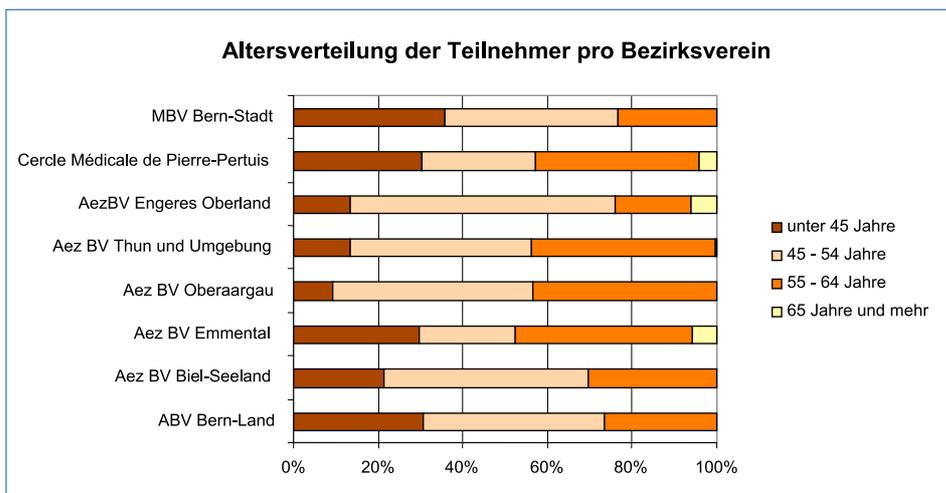


Fig. 4: Répartition en fonction de l'âge des participants par cercle médical

existe par exemple dans les cercles de garde de Bipp, Fraubrunnen et Wohlen. Le nombre par année des jours de garde est très variable. Dans 21,7% des réponses en retour on cite des chiffres de 30 à 39 jours de garde par année. Un tiers de ceux qui répondent mentionnent 50 à 300 et plus de jours de garde par année. Il convient de noter que dans 7% des questionnaires retournés on cite 150 à 300 et plus jours de garde.

Le caractère hétérogène des différents cercles de garde en ce qui concerne le nombre des médecins participants, l'importance de la population desservie et l'extension du cercle de garde est très grand. Il faudrait, à l'avenir, tendre vers une uniformisation. La forme d'organisation, très marquée par le fédéralisme, qui se caractérise par une délégation de la plupart des tâches d'organisation au niveau du cercle de garde (les cercles médicaux comprennent plusieurs cercles de garde), ne pousse pas à des modifications dépassant les limites régionales.

Ainsi qu'il en a toujours été, les praticiens de

premier recours assurent le service de garde dans l'ensemble du canton. 85% des questionnaires retournés l'ont été par des praticiens de premier recours. En fonction des conditions locales, leur charge en ce qui concerne la durée d'activité relevant de la garde est très variable. En tenant compte également du faible nombre des contacts patients dans le cadre de la garde (avec toutefois de grands écarts), on en arrive à douter de l'efficacité de la garde. On ne sait pas encore la fréquence d'utilisation de cette dernière par les patients ou leur préférence pour d'autres services.

Il conviendra de tirer au clair si, à l'avenir, les praticiens de premier recours accepteront encore de continuer de participer au service de garde dans sa forme actuelle. Nous voyons des possibilités de le maintenir dans sa forme actuelle avec des praticiens de premier recours en prenant par exemple les mesures suivantes :

- regroupements de cercles de garde,
- modifications sensées des limites régionales,
- inclusion d'institutions existantes ou à créer telles que portails d'entrée d'hôpitaux avec ou sans poste de triage,
- poste médical modifié selon l'exemple hollandais,
- aide à l'installation dans certains cercles,
- amélioration de l'attractivité de la profession de médecin de famille,
- promotion de la médecine de famille en cours d'études, etc.

Nous sommes invités, nous les médecins, à discuter et mettre en oeuvre d'éventuelles solutions.

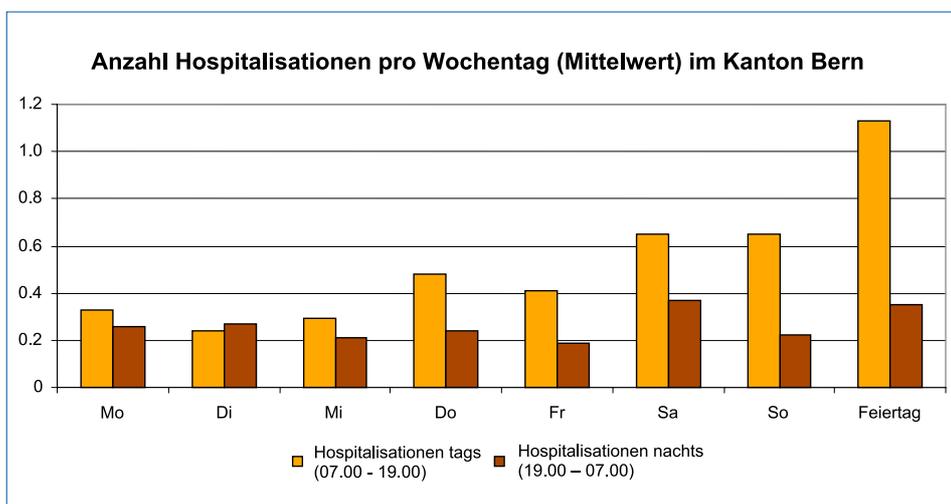


Fig. 5: Nombre d'hospitalisations par jour de la semaine dans le canton de Berne

Sources

- (1) Statistique médicale FMH 2005 dans: Bulletin des médecins suisses 2006 ;87 ;18 et 21
- (2) Motivation junger Ärzte, Grundversorger zu werden, Jennifer Sutter, Pascal Egli, Bettina Niedermann, Manuel Pernisch, Projektarbeit an der FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Fachbereich Wirtschaft, 30. Juni 2006
- (3) Prise de position et recommandation de la MWS femmes médecins suisse sur l'organisation du service de garde dans les régions, Gabriele Susanne Merki, Denise Pupato, dans Bulletin des médecins suisses 2006 ;87 ;35
- (4) Bericht Notfalldienst. Zur aktuellen Situation des ambulanten ärztlichen Notfalldienstes und Vorschläge zur zukünftigen Organisation. GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren, 20. Juli 2006

Autoren

Beat Gafner, membre du comité de la SMCB, président du cercle Berne-campagne

Martina Hersperger, Fédération des médecins suisses, directrice de la division données, démographie et qualité

Heinz Zimmermann, comité de la SMCB, médecin chef du centre des urgences, hôpital de l'Île, Berne

Correspondance:

Dr Beat Gafner, spécialiste FMH en médecine générale
Zur Station 7, 3145 Niederscherli, praxigaf@hin.ch



**Die Ärztekasse
gehört der
Ärzteschaft**

Die erfolgreiche Selbsthilfeorganisation
Die Ärztekasse hat keine Aktionäre, sondern Genossenschafter. Sie gehört ausschliesslich den 6'500 freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten der Schweiz. Und weil sich die Zusammenarbeit mit der Ärztekasse auszahlt, ist sie auch mit Abstand das grösste Unternehmen für Praxismanagement und Outsourcing in dieser Branche.

Ä K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

Praxismanagement und Outsourcing
Steinackerstrasse 35 · 8902 Urdorf
Telefon 044 436 17 74 · Fax 044 436 17 60
www.aerztekasse.ch
marketing@aerztekasse.ch

Lettre aux responsables du questionnaire: «Réseaux médicaux»

Konolfingen, le 12 janvier 2007

Concerne : questionnaire, comment les réseaux médicaux sont-ils acceptés

Mesdames, Messieurs,

Le but visé par le questionnaire serait apparemment d'étudier l'attitude des médecins du canton de Berne à l'égard de la notion de réseaux.

Voilà pour l'introduction.

Par ce courrier je vous indique que la lecture du questionnaire a éveillé en moi de curieux sentiments.

Je pense que l'idée qui consiste à se demander ce que pense la base est importante. En le faisant, la Société des médecins aura en main des faits précis et elle pourra défendre nos revendications.

Jusqu'ici, pas de problème.

Mais en quoi, par exemple, les questions suivantes peuvent-elles concerner la façon dont sont acceptés les réseaux?

- les questions concernant le nombre de patients auxquels plus de 5 médicaments sont prescrits
- les questions concernant la durée moyenne de la consultation
- les questions au sujet du nombre de contacts patient pour un temps déterminé
- les questions au sujet du numéro d'acheminement postal
- les questions au sujet de l'âge du propriétaire du cabinet
- les questions au sujet d'une VPT augmentée de 2%, 7% ou 11% en cas de participation

Dans le cas de la dernière question, je ne trouve pas la case à cocher: aucune.

Je suis donc manipulé, forcé de cocher une case, alors que je ne suis d'accord avec aucune d'entre elles! De plus: quelle peut bien être la valeur d'une rémunération de 3% pour assumer la gestion du patient, alors que nous nous trouvons déjà 14% en-dessous de la valeur du point de 1 franc visée au départ?

Pourquoi ne trouve-t-on par exemple pas la toute simple question suivante, facile à comprendre:

« Craignez-vous, en qualité de médecin, d'être obligé d'accepter un nouveau recul de votre revenu en cas de participation à un réseau? »

Dans le cas de ce questionnaire, de mon point de vue, on se trouve en présence d'une tromperie manifeste. Même si je me refuse d'imputer de tels noirs desseins à PonteNet, PonteNova ou Swisspep, il me semble pourtant qu'ils cherchent à collecter des données qui ont peu de relation au but visé mais qui peuvent avoir une importance non négligeable dans leur stratégie commerciale.

Ainsi, par exemple, le NPA peut être mis en relation avec les médicaments.

S'agit-il alors de faire encore plus de tort à la pharmacie?

Les données relatives au NPA peuvent être mises en relations avec la durée moyenne de la consultation et l'origine géographique du patient.

Ces données permettraient alors de mettre en évidence combien de médecins de la région correspondant au NPA, qui ne sont pas disposés à participer à un réseau, peuvent être «mis de côté» et ce que cela représenterait en terme de surcroît de travail pour les médecins de réseau.

On pourrait également calculer de combien il faudrait réduire la durée moyenne de la consultation de ces médecins de réseau pour qu'ils puissent assumer les soins des patients libérés par les médecins «mis de côté».

Il pourrait aussi être intéressant de connaître les points qui sont considérés comme des critères d'exclusion lors de l'évaluation statistique.

Peut-être l'absence de réponse à la question concernant le NPA?

On pourrait ainsi «toiletter» la statistique en éliminant les collègues à la pensée critique.

En m'exprimant ainsi je veux dire que la statistique, par la simple définition des critères d'exclusion, peut être manipulée sans difficulté au profit de ceux qui trouvent leur avantage dans le réseau (par exemple PonteNet).

On se trouve en présence d'un conflit d'intérêt. Non?

Je ne crois pas à l'affirmation selon laquelle toutes les questions sont traitées de façon anonyme.

Il est facile, à partir du NPA, dans certaines régions rurales, de trouver le nom du médecin pratiquant à un endroit déterminé.

La rapidité avec laquelle des données sensibles (collectées évidemment sans presque y prendre garde et qui passent pour des sous-produits) peuvent être utilisés abusivement par des «spéculateurs à la recherche de valeur ajoutée de trésorerie», est attestée par des événements anciens et récents.

Les informations récoltées à partir du questionnaire peuvent être utilisées dans un but commercial par PonteNet (ainsi que Swisspep).

De façon imagée, il me semble que ce questionnaire est comme une corde autour de mon cou.

On peut tirer sur la corde et je pourrais manquer d'oxygène, m'amenant à augmenter mon désir de réseau, en particulier de ceux avec responsabilité budgétaire.

En conclusion j'ose pronostiquer un faible taux de réponses. Pourquoi:

ce questionnaire évoque inmanquablement un sentiment de manipulation et un regard fouineur sur les activités du cabinet, «à la santé-suisse [en français dans le texte]».

Avec mes meilleures salutations.

Dr Samuel Gut
Spécialiste FMH en médecine générale
Hünigenstrasse 7, 3510 Konolfingen

Réplique à la lettre de lecteur de notre collègue Gut



Dr Hans-Werner
Leibundgut, pré-
sident du CA de
PonteNova

Je peux partager le sentiment curieux de notre collègue Gut. Après quelques questionnaires venant des caisses, enquêtes de l'industrie pharmaceutique au sujet du service de garde et de la médecine parallèle, on

a le droit d'être méfiant. Les questions litigieuses doivent permettre de sonder l'opinion du dernier des médecins de l'endroit le plus reculé de l'Emmental, du marais le plus profond du Seeland et dans l'escalier le plus escarpé de la ville de Berne. Les questions posées ont été validées dans d'autres études au plan national et international, elles ont un grand pouvoir discriminatoire. Nous pouvons ainsi par exemple mettre en évidence ce que pensent les collègues qui traitent de nombreux patients à affections multiples.

Il est évident que si ces données tombent entre des mains malveillantes, les scénarios catastrophe décrit par le Dr Gut deviendront

réalité. On n'arrive à rien sans confiance. Cette enquête peut se transformer en baromètre qui nous indique si la base a confiance en ceux qui la dirigent. Le monde politique veut le managed care, la FMH approuve le managed care, l'ASMAC propose son propre modèle positif de managed care. Sans vos réponses nous ne pouvons répondre que par un haussement d'épaule aux questions du public concernant l'attitude des médecins bernois à l'égard des réseaux. Est-ce cela que vous voulez? Par cette enquête nous nous limitons à faire nos devoirs à domicile.

PonteNova est l'aile économique de la SMCB, PonteNet est entré en activité à la demande du comité cantonal. Au cours de l'année 2005, nous avons investi plus de 200'000 francs dans la création de réseaux, par conséquent au bénéfice de l'avenir des médecins bernois. Les bénéfices ne pourront être enregistrés au plus tôt que dans quatre ans – mais alors ce ne sont plus les médecins qui payeront mais bien les caisses maladie.

Constation du décès: haute technologie ou bon sens



Dr Thomas Heuberger, vice-président de la Société des médecins du canton de Berne

Au cours des délibérations au sujet de la révision de la loi sur la santé publique, en novembre 2006, notre membre du Grand Conseil Danielle Lemann a soulevé le problème de la constatation médicale du décès. Il existe actuellement un vide juridique dans l'activité quotidienne des médecins et la plupart de ceux qui sont concernés ne s'en rendent même pas compte.

Où se situe le problème?

Dans le canton de Berne, il est réglé dans l'article 37, 1er alinéa de la loi actuelle: «Le décès doit être constaté par un médecin selon les règles de l'art.» Mais cette loi prévoyait déjà que: «Le décès doit être constaté en se fondant sur les normes fixées par la Confédération dans la loi sur la transplantation.» Cette définition de la mort exige la constatation par des appareils de la mort cérébrale et non pas uniquement les signes de la mort qui sont connus de chacun d'entre nous.

A la suite de l'intervention de Danielle Lemann demandant de tirer au clair ces contradictions, le Grand Conseil a constaté que la décision ne pouvait être prise qu'au niveau de la législation fédérale, que rien ne devait être réglé au plan cantonal et que, au niveau de la Confédération, cette question était réglée par la loi sur la transplantation. Mais ce qui fait problème, c'est que la question n'est pas encore réglée à cet endroit et que, pour des raisons inconnues, la disposition relative se fait encore attendre.

En ce qui concerne la discordance entre les deux différents moyens (également nécessités) de constater le décès, la jurisprudence ne se prononce pas sans quelques contradictions: la loi ne définirait que la constatation de la mort cérébrale. Ce serait nécessaire

afin qu'on puisse prélever un organe sur une personne qui vit encore. «En dehors du contexte de la transplantation où il y a lieu de constater le moment de la mort cérébrale avant de prélever un organe, ces procédures diagnostiques complexes ne sont pas sensées», c'est ce qu'affirme le juriste. Dans un tel cas, on peut attendre le moment où les signes certains de la mort sont apparus. Mais on peut opposer à ceci que le diagnostic de la mort cérébrale n'est défini que dans la loi sur la transplantation et qu'«attendre» l'apparition des «signes certains» peut présenter des traquenards.

C'est ici que Danielle Lemann fait part, non sans raison, de ses doutes. Elle craint que les médecins ne soient accusés de «gaspiller des organes» s'ils ne prennent pas toutes les mesures pour ramener temporairement à la vie des personnes. Elle n'est pas opposée à la médecine de transplantation. «Mais je veux qu'on se rende compte du problème auquel nous allons, nous les médecins de famille, être confrontés.» En effet: le Conseil fédéral fixe les exigences au niveau de la formation des médecins afin de garantir qu'ils agissent de façon correcte dans ce domaine. Qu'est-ce que cela signifie pour le médecin de famille moyen, le medicus curans communis?

Il saute aux yeux que la loi sur la transplantation traite d'un sujet qui a très peu de rapports avec le quotidien du médecin, qui concerne une grande exception de la vie humaine, c'est-à-dire le prélèvement d'organes dans le cadre de la médecine de transplantation.

Différentes définitions du moment de la mort

La loi fédérale fixe, dans le cas de transplantation, les conditions précises, compliquées et coûteuses qui doivent être remplies et documentées avec extrême précision pour qu'une personne puisse être déclarée morte et entrer en ligne de compte pour un prélèvement d'organe.

Tout ceci est si loin du vécu quotidien qu'on peut (et doit) se demander à juste titre: y a-t-il deux sortes de mort, celle de tous les jours et celle, hautement technologisée, de la médecine de transplantation?

Tout homme raisonnable va répondre: il n'y a qu'une mort, celle de l'individu, mais elle survient sous des aspects différents, aucune situation n'étant comparable avec l'autre. Les deux processus doivent être réglés séparément.

Comment, où, par qui et en fonction de quelles prescriptions légales ces choses doivent-elles être réglées, tout cela a une très grande importance pour nous si nous voulons à l'avenir agir correctement et en assumant nos responsabilités. Les politiciens, l'ASSM et le bon sens sont sollicités.

Ce qui semble être la voie juste pourrait être: la définition du moment de la mort doit être réglée par le CCS. La procédure à suivre pour déterminer ce moment est du ressort, pour les cas ordinaires, de la législation de la santé cantonale (sur la base de dispositions fédérales évidemment). Au plan fédéral, il ne faut régler que ce qui est un cas très exceptionnel, là où une collaboration intercantonale, voire internationale a sa place et où les principes directeurs juridiques se situent (doivent se situer) à un très haut niveau.

On peut recommander, pour compléter son information, la lecture des articles de Danielle Lemann-Albonico et de Hanspeter Kuhn de la FMH (BMS 2/07) ainsi que les différentes opinions de l'ASSM.



La constatation du décès se fonde actuellement sur la loi fédérale sur la transplantation

Le droit du patient à disposer de son dossier



Urs Reinhard, lic. en droit, avocat, bureau d'information juridique de la Société des médecins du canton de Berne

Principes

«Les professionnels de la santé sont tenus de noter régulièrement les données essentielles relatives au traitement de leurs patients et d'en consigner le déroulement de manière adéquate. Ils doivent y consigner leurs observations, le diagnostic, les formes thérapeutiques prescrites, ainsi que le détail des informations fournies aux patients et patientes.»

L'article 26, 1^{er} alinéa de la loi sur la santé publique (LSP) du canton de Berne fait obligation à tout médecin d'établir une documentation sur chacune des personnes soignées. En ce qui concerne l'utilisation de cette documentation dans le cas où un patient demande plus d'information, il existe nombre d'incertitudes que nous voudrions éclaircir dans le présent article. Les bases juridiques, à côté de la LSP cantonale, sont la loi sur la protection des données (LPD) et l'ordonnance relative à la loi sur la protection des données (OLPD)¹.

Ainsi qu'indiqué en introduction, c'est le médecin qui est chargé de tenir le dossier médical de son patient (Patientendossier ou Krankengeschichte, abrégé KG, en allemand). Il est tenu de conserver le dossier pendant au moins dix ans – également après l'arrêt de l'activité professionnelle – (article 26, 2^{ème} alinéa LSP).

Demande de consultation du dossier par le patient

Le patient dispose d'un droit étendu et complet d'information (article 39a LSP, article 8 LPD), qu'il peut, le cas échéant, faire appliquer en justice. En principe, le patient doit présenter sa demande de consultation par écrit. Il ne doit pas la motiver. Les renseignements téléphoniques ne sont autorisés que si le patient a autorisé préalablement cette forme d'information et que sa voix peut être identifiée sans doute aucun par le médecin. Pour des raisons pratiques et par prudence, nous vous conseillons d'exiger toujours une brève («deux lignes») demande écrite. L'information doit être donnée dans les 30 jours (article 1^{er}, 4^{ème} alinéa OLPD). Selon les dispositions concernant le mandat, le médecin est tenu de «rendre compte (...) en tout temps» (article 400 du code des obligations), la réponse est due dans les plus brefs délais.

Remise du dossier – copie ou original

Le patient peut exiger du médecin qu'il lui remette tous les documents le concernant. En font partie également les documents radiologiques, ECG, rapports, expertises, certificats et la correspondance. En règle générale, le médecin remet une copie des documents. Cette remise est en principe gratuite. Une participation équitable aux frais peut être exceptionnellement demandée lorsque les renseignements désirés ont déjà été communiqués au requérant dans les douze mois précédant la demande, et que ce dernier ne peut justifier d'un intérêt légitime, telle la modification non annoncée des données le concernant (c.-à-d. qu'il n'y a eu entre temps aucune modification des données). Le montant prélevé s'élève à 300 francs au

maximum. Si une participation est exigée, le requérant doit être préalablement informé du montant afin qu'il puisse retirer ou modifier sa requête.

Sur demande du patient, le médecin doit remettre également les originaux du dossier. Dans ce cas, il a le droit de demander au patient l'accord écrit le libérant de l'obligation de conservation des documents le concernant (article 26, 4^{ème} alinéa LSP). Dans la mesure où le médecin, pour des raisons de coûts ou de place, ne veut pas faire de copies des originaux remis, ou que le patient l'interdit, le médecin devrait absolument exiger du patient qu'il renonce expressément par écrit à toute relation thérapeutique. En l'absence d'une telle déclaration, le médecin se trouverait sans dossier dans l'éventualité d'un cas de responsabilité civile et par conséquent sans moyen de preuve.

Consultation du dossier

Par un accord entre les deux parties, le médecin peut permettre au patient la consultation du dossier sur place. La chose peut être utile lorsque le dossier est de grande envergure ou pour expliquer des termes techniques. La consultation est gratuite.

Les annotations personnelles du médecin pour son seul usage ne sont pas concernées par le droit d'information. Il s'agit par exemple de pense-bêtes utilisés par le médecin pour faciliter un téléphone, pour se rappeler rapidement le patient. Dans de tels cas, nous vous recommandons de vous servir de Post-it ou, dans le cas d'un grand dossier, de feuillets supplémentaires détachables, les deux pouvant rapidement être sortis du dossier.

Si les notes personnelles servent au traitement ou si elles peuvent être consultées par des personnes extérieures ou du personnel du cabinet, elles font alors partie du dossier et elles doivent être communiquées au patient.

¹ Vous pouvez trouver ces lois en ligne sous www.be.ch/lois pour le canton et www.admin.ch/ch/d/sr.html (puis cliquer français, ndt) pour la Confédération.

Entre régulation par l'état et concurrence



Felix Adank, Service de presse et d'information

Lorsque l'Union de l'industrie et du commerce, en collaboration avec l'association des hôpitaux privés bernois, invite à une séance d'information, on est en droit de s'attendre à un souffle de dynamisme économique et d'esprit pionnier innovant. Mais la manifestation organisée le 25 janvier à l'Hôtel Allegro Kursaal de Berne, sous le titre «Fourniture des soins et financements hospitaliers dans le canton de Berne» n'a fait que ressasser des points de vue archiconnus.

Le professeur d'économie bernois Robert Leu s'est prononcé pour plus d'efficacité et de contrôles de qualité dans le domaine hospitalier, la conseillère aux Etats Erika Forster-Vannini a babilé au sujet de la révision en cours de la LAMal et le conseiller exécutif Philippe Perrenoud plaidé en faveur de la nouvelle planification cantonale de la santé.

Pas d'incitation aux économies

En introduction à la séance, le Professeur Leu a procédé à une critique des insuffisances manifestes de la LAMal introduite en 1996. Les conditions cadres essentielles pour les politiciens de la santé cantonaux:

- pas de liaison suffisamment efficace entre la régulation par l'état et la concurrence
- fausses incitations pour la plupart des acteurs
- morcellement en 26 systèmes cantonaux de la santé

Leu a plaidé en faveur «d'une concurrence régulée» et mentionné au titre de condition fondamentale la suppression de l'obligation de contracter – sans entrer dans plus de détails à ce sujet. Il a critiqué les fausses incitations dans le domaine hospitalier de la

façon suivante: les hôpitaux et les médecins agréés gagnent d'autant plus qu'ils fournissent plus de prestations; les caisses maladie dépensent beaucoup plus d'énergie à sélectionner les risques qu'à bien gérer les coûts; les assurés ne sont pas incités à économiser puisque la participation aux coûts n'existe pas pour les traitements hospitaliers.

Des louanges à l'adresse de la loi sur les soins hospitaliers

Le double contrôle des cantons dans le domaine hospitalier apparaît presque encore plus problématique que le morcellement des différents systèmes de santé: d'une part ils ont, en leur qualité de gestionnaires et d'investisseurs, une fonction entrepreneuriale, d'un autre côté, ils sont responsables de la planification, de la législation et de l'exécution. Le conflit d'intérêt saute aux yeux, il est coresponsable du peu d'efficacité de la planification hospitalière des dix dernières années. Cette dernière a conduit à un morcellement encore plus grand et à l'extension du domaine hospitalier. Il en résulte que la Suisse, en comparaison internationale, se trouve à la pointe pour ce qui est des coûts hospitaliers, de l'augmentation des dépenses de santé, du nombre de lits et de la durée d'hospitalisation.

Le Professeur Leu a tressé des louanges à la loi sur les soins hospitaliers bernoise, entrée en vigueur le 1er janvier 2006: la planification cantonale serait fondée sur des critères objectifs, en fonction de la sécurité des soins et de l'économie. Selon Leu, il ne manque que des prescriptions concernant la gestion de la qualité en vue d'améliorer les prestations médicales. Il conclut sa présentation par un plaidoyer pour plus de concurrence et l'égalité des chances entre les hôpitaux publics et privés.

Nouvelle clé de répartition pour les fournisseurs de prestations

La conseillère aux Etats Erika Forster-Vannini a ensuite évoqué l'état des travaux de la révision de la LAMal, qui se poursuivront en mars devant le parlement. La commission de la santé des Etats qu'elle préside a ficelé de nouveaux petits paquets et les a pourvus des étiquettes «financement hospitalier», «compensation des risques», «financement des

soins», «managed care» et «liberté de contracter». A l'avenir, les hôpitaux publics et privés doivent être logés à la même enseigne et facturer en fonction de forfaits par cas (DRG). Les assurances maladie, selon la conception de la commission, doivent prendre en charge 70 pour-cent des prestations hospitalières, les cantons 30 pour-cent. A l'avenir, les prestations des cantons devraient être versées aux fournisseurs de prestations par l'intermédiaire des caisses maladie (système moniste). Selon Mme Forster, la commission de santé veut aller encore plus loin: à l'avenir il ne doit plus y avoir d'hôpitaux contractants, le principe du «cassis de Dijon» doit être applicable aux patientes et patients (liberté du choix de l'hôpital).

Plus grande liberté d'action pour les hôpitaux bernois

En qualité de représentant du canton, le conseiller exécutif Philippe Perrenoud a défini ainsi le but principal de la fourniture des soins hospitaliers: l'ensemble de la population doit avoir accès à proximité à des prestations médicales de haute qualité!

Le canton entend gérer la future planification des soins (actuellement en consultation) tant en qualité d'acheteur de prestations médicales (par l'intermédiaire de contrats de prestation), qu'en celle de planificateur des soins (par l'intermédiaire de la liste des hôpitaux). A cet égard, il y a lieu d'accorder aux hôpitaux plus de liberté d'action. L'introduction des forfaits par cas met les hôpitaux privés à égalité avec les hôpitaux publics en ce qui concerne la rémunération des prestations. Chaque fois qu'il est possible, les hôpitaux doivent être transformés en cliniques de jour, les offres stationnaires très coûteuses doivent être remplacées par des offres semi-stationnaires moins chères.

Le conseiller exécutif Perrenoud attend de la révision en cours de la LAMal à moyen terme une réglementation du co-financement par le canton des hôpitaux privés. Il a promis d'inclure ce dernier dans la planification cantonale des soins – mais pas à n'importe quel prix et pas à la charge des groupes les plus faibles de la population.

Les hôpitaux de la périphérie menacés

Au cours de la discussion, en réponse à une question, le Professeur Leu a confirmé les craintes concernant les menaces pesant sur les hôpitaux périphériques qui, devant le nombre trop faible de cas traités, ne peuvent plus garantir une qualité médicale suffisante.

La Collection Cerny d'art inuit

Sandra Küttel, service de presse
et d'information

Le contraste ne pourrait être plus grand: au 12 de la Weyermannstrasse, à Berne – entouré de halles de stockage, de la Gare aux marchandises et de bâtiments industriels, on va à la rencontre d'un véritable bijou. C'est de la Collection d'art inuit qu'il s'agit, celle que les membres du bureau de la SMCB et leurs conjoints ont visitée en décembre dernier.

Les Inuit, les habitants de l'Arctique

Depuis plus de vingt ans, le Dr Peter Cerny (radiologue de la clinique Engeried) et sa femme Martha cultivent une passion pour l'art des Inuit. Les Inuit sont des groupes de populations vivant tout autour du Cercle polaire. Les territoires qu'ils habitent s'étendent du Canada (Territoires du Nord-Ouest, Nord-du-Québec, Labrador et Nunavut), à l'Alaska, au Groenland et à la Sibérie. Le terme «Inuit» signifie d'ailleurs tout simplement «les hommes».

L'exposition

Une collection d'art arctique – la chose peut sembler inhabituelle à la plupart d'entre – nous. Mais il vaut la peine d'examiner de plus près: l'exposition présente des objets fascinants en défense ou os de morse, stéatite, os de caribou ou de renne, ainsi que des travaux de céramique et de batik.



Luba Eines, Phoque femme

Le but: la durée

Le couple Cerny s'engage à faire mieux connaître l'art arctique, de façon explicite ils n'entendent pas être des mécènes. Leur objectif, c'est la durée sous différents aspects: il s'agit d'ouvrir aux artistes du Cercle polaire l'accès au marché de l'art et de les motiver en même temps à trouver des réseaux par eux-mêmes, l'aide à l'entraide en quelque sorte. Dans leur confrontation artistique à des matériaux autochtones, des mythes et des traditions, les Inuit peuvent trouver une activité créatrice de sens en même temps qu'une source de revenu,

éveiller l'intérêt des peuples premiers pour leur propre culture et leur permettre d'établir ainsi un lien entre hier et aujourd'hui.

Quand la chimie fait problème

Le lait maternel des femmes inuit est gravement pollué, ainsi que l'a démontré une étude américaine. On admet que la mauvaise qualité du lait maternel est une conséquence de la pollution en général. Une fâcheuse réaction en chaîne: les polluants aboutissent dans la mer par le cycle de l'eau et sont inclus dans le plancton. Ce dernier, chargé de métaux lourds, est mangé par les poissons, qui eux-mêmes constituent la nourriture pour des animaux marins de plus grande taille. Au bout de cette chaîne se trouve l'homme. Ce sont surtout les régions froides qui sont les lieux de stockage définitif de ces poisons



Axangayuk Shaa, Ours dansant

durables. Ceux-ci – cela nous laisse rêveur – sont produits et consommés essentiellement dans les régions chaudes et tempérées du monde. Ce qui par exemple est émis en Europe en substances nuisibles à l'environnement est transporté par le vent et les courants marins vers des zones froides.

Respect de la nature

A ce jour, les Inuit font partie des sociétés vivant de la collecte et de la chasse. Le respect de la nature est un élément fondamental de leur mode de vie. Cette philosophie se manifeste sous la forme de différentes œuvres d'art que l'on peut voir dans la collection Cerny.

Les Inuit ne prélèvent par la chasse que ce qui est indispensable à leur survie. La Collection s'est fixée le but de respecter cette croyance. L'origine de chaque objet d'art est déclarée jusque dans ses derniers détails: cela s'étend de la licence de chasse qui indique si la chasse était légale, jusqu'à l'autorisation d'exportation du ministère de la culture. Les efforts en vue de la durée se traduisent ici également.

L'exposition ne doit pas seulement être vue sous l'angle esthétique, elle vaut également par sa composante d'information: elle renforce une appréciation globale des problèmes.

La Collection Cerny d'art inuit peut être visitée sur rendez-vous préalable, il n'y a pas d'heures fixes d'ouverture.



David Rubin, *Le chaman. Le lien entre hier et aujourd'hui*



Femme inuit avec une poussette

Collection Cerny d'art inuit
Weyermannstrasse 10 nord
3008 Bern

Téléphon: 031 318 28 20
Courriel: cerny.inuit@bluewin.ch

www.cernyinuitcollection.com

Calendrier 2007

1^{er} mars 2007
Assemblée des cercles médicaux

29 mars 2007
Assemblée des délégués



Impressum

doc.be, Organe de la Société des médecins du Canton de Berne – Edité par la Société des médecins du Canton de Berne, Bolligenstrasse 52, 3006 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, Bolligenstrasse 52, 3006 Berne
Tél. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03;

E-Mail: pwolf@bekag.ch

Layout: Peter Gaffuri AG, Grafisches Zentrum, Kornhausplatz 7, 3011 Bern, www.gaffuri.ch

Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Bern
Edition février 2007

Le certificat médical



Dr Dominik Schorr, médecin cantonal du canton de BL, Liestal

L'article qui suit a été publié dans «Synapse», en septembre 2006. Il est reproduit avec l'aimable autorisation de la Société des médecins du canton de Bâle-Campagne.

L'établissement de certificats médicaux fait partie de l'activité de tous les jours du médecin. Dans l'immense majorité des cas, les certificats sont acceptés sans objection par celui qui les reçoit. On est fort surpris lorsque ce n'est pas le cas. En réalité un certificat médical est un certificat partisan, puisque le médecin est dans une relation contractuelle avec son patient. Les certificats ne peuvent qu'attester ce qu'en attend d'eux «celui qui mandate» (le patient). Etant donné que le secret médical doit être respecté, les certificats sont en général remis ouverts au patient. Ces derniers en connaissent donc le contenu

et ne les transmettent que dans la mesure où leur contenu est favorable. Cela n'empêche qu'un certificat ne peut pas être un pur certificat de complaisance puisque le code pénal punit les déclarations intentionnelles contraires à la vérité. En conséquence du conflit entre les intérêts du patient et les efforts du médecin pour éviter de fausses déclarations, de nombreux certificats ne contiennent qu'une présentation incomplète de la situation médicale. De toute façon, les médecins ne connaissent pas en détail la situation du patient. Il est par conséquent important de bien distinguer les déclarations fondées sur les observations médicales de celles qui résultent d'affirmations du patient ou de tiers. Il vaut donc la peine de se rappeler les recommandations suivantes de la FMH:

- Si un certificat est établi sans que le patient ait été vu, il faut l'indiquer en toutes lettres. Il faut mentionner les sources d'information (patient, autres médecins).
- Les certificats antidatés doivent être identifiés comme tels. Le cas échéant une remarque doit être faite au sujet de la crédibilité des déclarations du patient.
- Ne pas établir de certificat pour un temps indéterminé.
- Les renseignements médicaux et les diagnostics ne doivent être destinés qu'au médecin conseil. Le destinataire final du certificat médical de son côté (employeur,

autorité) doit le considérer comme un document privé. Jusqu'à un certain point il lui appartient de considérer s'il accorde crédit au certificat. Il lui incombe donc d'apprécier si le contenu correspond à ce qu'il a pu constater par ses propres observations. S'il ne peut pas mettre en accord les déclarations du certificat avec sa propre appréciation, il doit demander des informations complémentaires. C'est une preuve de correction si le destinataire d'un certificat médical, par exemple un employeur, une caisse maladie ou une autorité scolaire, recherche le dialogue avec le médecin qui l'a établi, afin de tirer au clair des éléments litigieux. Toutefois, il n'est pas permis dans ce cas de communiquer des renseignements médicaux, même si le patient, en demandant un certificat, a déjà réduit de son côté l'importance du secret médical. Par contre, l'impossibilité de la fonction attestée (travail, gymnastique, conduite automobile), respectivement sa réduction peut être explicitée plus en détail. Ce n'est que lorsqu'il est impossible de parvenir à un accord que le destinataire final peut demander à ses frais un examen par le médecin conseil. Il est habituel, et prescrit dans le domaine de la LAMal, que le médecin conseil prenne contact avec le collègue qui a établi le certificat. Une nouvelle libération du secret médical est nécessaire avant la remise ou la communication de tous les renseignements médicaux. Elle fait partie du contrat de travail chez de nombreux employés. Elle doit être remise au médecin qui a établi le premier certificat médical.

Art. 318 du code pénal

1 Les médecins, les dentistes, les vétérinaires et les sages-femmes qui auront intentionnellement dressé un certificat médical contraire à la vérité, alors que ce certificat était destiné à l'autorité ou à procurer un avantage illicite, ou qu'il était de nature à léser les intérêts légitimes et importants de tierces personnes, seront punis d'une peine privative de liberté [...] ou d'une peine pécuniaire.

Art. 321 du code pénal

1 Les [...] médecins, dentistes, pharmaciens, sages-femmes, ainsi que leurs auxiliaires qui auront révélé un secret à eux confié en vertu de leur profession ou dont ils auraient eu connaissance dans l'exercice de celle-ci, seront, sur plainte, punis d'une peine privative de la liberté [...] ou d'une peine pécuniaire.

2 La révélation ne sera pas punissable si elle a été faite avec le consentement de l'intéressé ou si, sur la proposition du détenteur du secret, l'autorité supérieure ou l'autorité de surveillance l'a autorisée par écrit.

3 Demeurent réservées les dispositions de la législation fédérale et cantonale statuant une obligation de renseigner une autorité ou de témoigner en justice.



Anna führt Buch.

Fehler können passieren. Da heisst es: handeln und daraus lernen. Und darum führen wir Buch, genauer, ein Schwarzes Buch. Hier werden alle Vorkommnisse gesammelt, analysiert und gemeinsam mit den Betroffenen Lösungen erarbeitet. Auf höchster Ebene. Schliesslich ist Kritik von Kunden Chefsache – genauso wie ein freundliches «Excusé, das kommt nicht wieder vor». Sagt Anna, unsere Dame vom Kundendienst.

medics labor
professionell und persönlich

Medics Labor AG
Chutzenstrasse 24
3001 Bern
info@medics-labor.ch
www.medics-labor.ch

T 031 372 20 02
F 031 371 40 44

Bestellung gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient»

Die Ärzteschaft ist die einzige grössere Gruppe in der schweizerischen Gesundheitspolitik, die kein Publikationsorgan hat, um ihre politische Haltung einer interessierten Öffentlichkeit mitzuteilen. Die gesundheitspolitische Zeitung «Politik + Patient» soll die Sicht der Leistungserbringer in die öffentliche Debatte einbringen. Die politische Wirkung einer gesundheitspolitischen Zeitung ist umso grösser, je mehr Leserinnen und Leser die Ärzteschaft damit erreicht.

Ja, ich bestelle kostenlos weitere Exemplare von «Politik und Patient»

20 50 100

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____

Stempel/Datum/Unterschrift: _____

Bitte Talon ausfüllen und per Fax oder Post schicken an:

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Presse- und Informationsdienst
Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8, Fax 031 310 20 82

