



No 3 • juin 2007

doc.be

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Société des médecins du canton de
Berne

www.berner-aerzte.ch

Protection des données et assurance maladie

D'un point de vue médical, il n'y a qu'une réponse sensée: il est hors de question que nous approuvions la mise à disposition par les assureurs de dossiers d'accès facile pour chacun des assurés. Le patient transparent court le danger d'un préjudice social si les assureurs font preuve d'un laxisme exagéré dans le traitement des données des patients.

La BZ du 28 avril 2007 traite de ce thème dans un article intitulé «120 personnes peuvent accéder à des données confidentielles». Depuis que l'on recourt au traitement électronique des données, les risques ont encore sensiblement augmenté lors du traitement des données relatives à l'état de santé. L'organisation suisse des patients (OSP) constate que des dispositions précises ont bien été édictées au sujet de la protection des données personnelles. Mais l'office fédéral de la santé publique (OFSP), chargé de la surveillance des assureurs maladie, ne contrôle pratiquement pas leur application.

A la lecture du Tagesanzeiger du 28 avril 2007, nous avons pu apprendre, sous le titre «La CSS dans l'objectif du contrôleur des prix», que l'OFSP avait déposé deux plaintes contre la CSS et une plainte contre Helsana. Santésuisse va vérifier s'il y a lieu de prendre des mesures d'adaptation. Dans les caisses maladie, de telles mesures de fonctionnement auraient dû être prises depuis longtemps. Je me contente de rappeler à titre d'exemple l'attitude antérieure de Swica, qui allait même jusqu'à refuser d'indiquer au médecin traitant le nom et l'adresse de destination de ses médecins conseils, ou l'ancien contrat entre H+ et santésuisse prévoyant la mention du diagnostic détaillé sur toutes les factures des hôpitaux. CSS et Helsana ne sont donc pas les seules concernées, l'ensemble des assureurs maladie du domaine social le sont également.

Il est pour le moins discutable que santésuisse veuille encore étudier s'il y a lieu de prendre des mesures d'adaptation. De plus, on constate que ce sont précisément Helsana et la CSS qui s'engagent avec autant de véhémence pour un passage immédiat au tiers payant, alors que dans ce système le risque d'atteinte à la protection des données est le plus grand.

Thomas Eichenberger, secrétaire de la SMCB

Le chantier de la formation des
assistantes médicales 2

Décisions de l'assemblée des délégués 3

200^{ème} anniversaire de la Société des
médecins du canton de Berne 4

Analyse de ROKO 2004 5

Soins hospitaliers et médecins 6

Nouveaux produits de MEDPHONE 9

Êtes-vous un médecin enseignant? 10

swisspep: opinions et attitudes de la
Société bernoise des médecins
à l'égard des réseaux médicaux 11

Stratégie eHealth nationale 15

Traduction de Jean-Jacques Gindrat

La formation des assistantes médicales, un chantier permanent



Dr Renato Tognina, délégué de la SMCB à la formation des assistantes médicales

Si les choses se passent comme que le veut le canton de Berne, toutes les formations médicales professionnelles de haut niveau de l'ensemble du canton seront centralisées. Un nouveau bâtiment d'enseignement est en construction à proximité de la gare du Wankdorf. Des structures existantes sont ainsi mises en péril. La SMCB s'oppose à la centralisation des formations.

La profession d'aide médicale (Arztgehilfin) appartient au passé, de nos jours, dans nos cabinets, nos collaboratrices sont des assistantes médicales (medizinische Assistentin). Une profession constituée par des d'aides a donné naissance à un vaste champ qui a ses propres compétences et capacités. Ce qui est exigé, au même titre que de la part des propriétaires des cabinets, ce sont des compétences en qualité de fournisseur de prestations en réponse aux demandes des patients. Les besoins varient fortement en fonction du lieu de travail. Alors qu'en région rurale des compétences variées (laboratoire, radiologie, assistantes pour de petites interventions) sont indispensables, en ville, où les activités décrites ne sont généralement plus pratiquées au cabinet, ce sont les relations avec une clientèle exigeante qui sont au premier plan.

Centralisation de la formation médicale professionnelle de haut niveau

Une fondation privée, constituée par l'hôpital de l'île et les écoles Feusi, qui s'appelle Medi, construit actuellement, sur mandat du canton, un nouveau bâtiment scolaire à proximité de la gare du Wankdorf. C'est là que, suivants les souhaits de centralisation du canton, les formations médicales professionnelles de haut niveau seront réunies pour l'ensemble du canton. Dans

ce cadre, la fondation s'efforce d'intégrer également les écoles de formation pour les assistantes médicales et dentaires (appelées cycle secondaire II) dans les mêmes bâtiments. La Société Suisse d'Odonto-stomatologie (SSO) et la Société des médecins du canton de Berne n'ont été informées qu'a posteriori des travaux préparatoires en cours. Les deux sociétés sont engagées financièrement dans ces formations par des contributions régulières à six chiffres. Par ailleurs, la Société des médecins-dentistes a accordé d'importants crédits pour la création des structures actuellement existantes. Les contrats sont encore en vigueur et devraient être résiliés avant terme. Les deux sociétés ont fait opposition.

Suppression des anciennes structures ?

Pour coordonner les écoles auparavant dirigées séparément, une association a été créée en 1996 : le Verein für medizinische Assistenzberufe (VMA). Il semble que le canton ne soit plus intéressé par la poursuite d'une collaboration avec cette structure et qu'il lorgne vers la solution centralisée de Medi. Il en résulterait que les sites de formation de Spiez et de Bienne se voient menacés et que les écoles HVA et Feusi perdent leur mandat. On supprimerait ainsi des systèmes qui fonctionnent parfaitement, ainsi que des structures bien établies. Les investissements supplémentaires en faveur des nouvelles structures de Medi ne sont pas à négliger. D'autres facteurs jouent encore un rôle. Le nombre des étudiantes va diminuer après les nombres importants résultant du baby boom.

Une nouvelle ordonnance au sujet de la formation entend tenir compte des besoins modifiés. Cette ordonnance n'est cependant qu'une ébauche pour l'instant, le groupe de travail qui doit la rédiger vient seulement d'être désigné. Certains contrôles de qualité ridicules empêchent que des procédures puissent être pratiquées dans les cabinets, de telle sorte que la formation dans ces matières est menacée (par exemple la radiologie, le laboratoire) et la tendance va en direction de contenus d'enseignement de plus en plus réduits. Une menace pèse sur le large spectre des soins actuellement dispensés au patient.

La position de la SMCB

Pour assurer des soins médicaux dans des cabinets sur une large échelle, un besoin essentiel est de disposer d'assistantes médicales ayant reçu une bonne formation. A cet effet, les futures assistantes doivent pouvoir bénéficier d'une formation étendue et d'orientation pratique. La SMCB s'oppose aux visées du canton qui consistent à centraliser les formations sur le site du Wankdorf. Les écoles en activité ont fait des efforts considérables pour satisfaire aux exigences actuelles et garantissent un niveau élevé. La solution centralisée réduirait fortement l'influence des employeurs, qui sont engagés de manière importante au niveau financier. De plus, des investissements déjà consentis ne seraient plus utilisés et de nouveaux, inutiles, devraient être engagés. En ce qui concerne les transports, le Wankdorf, malgré la proximité de la ligne CFF, est certainement plus mal situé que HVA et Feusi, qui sont situées près de la gare principale. La SMCB s'oppose également aux intentions annoncées d'une diminution des contenus d'enseignement et de réduction des disciplines techniques laboratoire et radiologie. Il en résulterait une nouvelle péjoration de la qualité des soins de base et on contribuerait à la disparition des cabinets de médecin de famille.



Pour dispenser des soins médicaux sur une large échelle dans des cabinets, un besoin essentiel est de disposer d'assistantes médicales ayant reçu une bonne formation.

Décisions de l'assemblée des délégués du 2 juin 2007



Dr Thomas
Eichenberger,
secrétaire de la
SMCB

1 Révision partielle du contrat d'adhésion TARMED (CA) entre santésuisse et la Société des médecins du canton de Berne (modification des art. 9, 10 et 11CA) à partir du 1.1.2008.

Acceptée par 40 oui et 6 non
avec 2 abstentions

2 Attribution au comité cantonal d'une compétence de conclure (y compris des adaptations rédactionnelles).

Acceptée à l'unanimité
avec 1 abstention

Motif :

Le contrat a, pour l'essentiel, fait ses preuves. On sait cependant que certains assureurs maladie ne sont pas d'accord avec l'art. 11 du CA, parce que non seulement, dans l'art. 11 al. 1 CA, le seul tiers garant est institué contractuellement au titre de mode de paiement, mais que de plus la conclusion alternative du tiers payant est fortement limitée. L'art. 11 al. 2 CA ne prévoit comme unique exception que la poursuite d'un contrat débutant, dans le cas où des dispositions antérieures au sujet d'un paiement direct existaient déjà. Des conventions nouvelles entre certains médecins et certaines caisses maladie sont exclues.

Tout ce qui précède est sensé, mais l'application pratique est difficile, ainsi que l'expérience l'a démontré. Par conséquent, le comité cantonal a proposé à l'assemblée des délégués, d'accepter la proposition de santésuisse et d'introduire la réglementation valable dans la plupart des cantons. Cette dernière figure, pour l'essentiel, dans le nouvel art. 10 du CA. Le nouvel art. 10 maintient explicitement le système de paiement du tiers garant. Mais l'art. 10 al.2 prévoit la possibilité pour certains assureurs et certains fournisseurs de prestations de conclure en faveur du tiers payant en dérogation de l'al.1.

En résumé cela signifie:

- 1 Le mode de facturation conclu par contrat entre santésuisse et la Société des médecins du canton de Berne est le tiers garant (v. art. 42 LAMal);
- 2 les membres de la Société des médecins qui adhèrent au CA doivent en principe facturer avec tous les assureurs maladie selon le système du tiers garant;
- 3 les patientes et les patients ne peuvent exercer aucune influence sur le mode de facturation, ce dernier, selon l'art. 42, al. 1 LAMal, doit être négocié entre les assureurs et les fournisseurs de prestations; dans le canton de Berne c'est le tiers garant qui a été convenu;
- 4 le tiers garant n'est valable que dans la mesure où le tiers payant n'a pas déjà été convenu entre certains médecins et certains assureurs maladie.

Pour mémoire:

Tant le comité cantonal que l'assemblée des délégués continuent de recommander aux membres de la Société des médecins du canton de Berne de facturer autant que possible selon le tiers garant.

3 200^{ème} anniversaire: invitation faite aux membres d'acheter 3 billets à fr 40.– pour le spectacle du théâtre ambulant «Knock ou le triomphe de la médecine» (comédie satirique de Jules Romains) au cours des années 2008 et 2009, avec droit de restitution.

Acceptée à une grande majorité,
avec 1 non et 7 abstentions

Motif:

Nous renvoyons à cet égard à l'article de Hans-Werner Leibundgut, responsable du projet partiel théâtre ambulant, qui figure en page 4 de la présente édition. Le comité et l'assemblée des délégués sont convaincus que les membres vont soutenir les festivités du 200^{ème} anniversaire. Le théâtre ambulant ne s'adresse pas uniquement aux médecins, mais aussi à de larges cercles de la population. C'est pourquoi on attend de chaque membre qu'il commande 3 billets, ou mieux encore, nous l'espérons, un nombre plus élevé, pour lui, sa famille, ses amis et connaissances. Il n'y a évidemment aucune obligation. Celui qui ne veut pas des billets, doit le faire activement et les libérer. La vente interviendra probablement par voie électronique. Les détails techniques seront fournis ultérieurement.

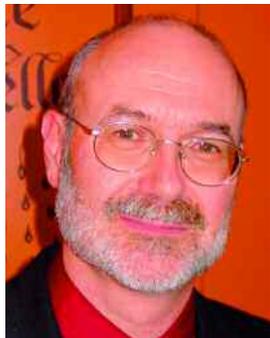
4 Evaluation des dépenses en relation avec le 200^{ème} anniversaire en 2009

Adoptée à l'unanimité
avec 4 abstentions

Motif:

Le budget prévoit des dépenses d'un montant total de 927'200 francs. Celles-ci seront couvertes en partie par la vente des billets pour le théâtre ambulant et les concerts de l'orchestre des médecins; elles seront également obtenues sous le titre de collecte de fonds et à partir de nos propres moyens accumulés au cours des dernières années en faveur des festivités. Etant donné qu'il y a certains risques (éventuelle garantie de déficit par la Société des médecins du canton de Berne), le comité cantonal doit avoir reçu l'accord de l'assemblée des délégués.

Knock out ou knock in?



Dr Hans-Werner Leibundgut, responsable du projet partiel théâtre ambulante et membre du comité cantonal

Quel mauvais génie a bien pu m'inspirer le jour où, à l'occasion d'un échange d'idées avec notre président au sujet des activités à envisager pour notre anniversaire, j'ai évoqué la possibilité pour les médecins bernois de monter sur les planches devant la population bernoise? Mes propres expériences en matière de théâtre sont très positives. J'ai pu constater que les répétitions cimentent entre eux acteurs et tous ceux qui sont concernés, que ce qui vécu lors de la représentation libère des forces et que, quand la pièce est terminée, il se crée un lien entre la troupe et le public.

Inciter à la réflexion par la satire

Je suis convaincu qu'une comédie évoquant certains travers actuels de la médecine, jouée par des acteurs amateurs soutenus par un professionnel, va soulever un grand écho auprès du public. Il ne doit évi-

demment pas s'agir de théâtre à thèse ni d'une tragédie, et encore moins d'une bouffonnerie. Nous allons donc présenter une satire. C'est en quelque sorte un miroir pour les médecins et le public. L'humour permet de relativiser nos problèmes, l'ironie de traiter sans pédantisme les exagérations de la médecine moderne et le ton blagueur – évitant tout recours à la morale – de faire réfléchir les gens à leurs habitudes de consommation.

Knock est d'actualité

Pourquoi avons-nous pensé à Knock? Nous sommes tous les contemporains d'une tendance à l'évolution lente mais inéluctable vers une société du bien-être – en dépit des lamentations au sujet des primes et des coûts qui augmentent. Nous autres médecins ne diagnostiquons et traitons plus seulement chez nos patients des maladies connues depuis des siècles, mais nous devons intervenir au niveau du style de vie de nos clients. Ce qu'on nomme prophylaxie engloutit elle aussi de plus en plus d'argent – mais la critiquer est politiquement incorrect. Le produit intérieur brut investi pour la santé pourrait, selon Kickbusch¹, atteindre 20%. Pour la plupart d'entre nous, de telles perspectives ne sont que des cauchemars. Plutôt que de sombrer dans la résignation ou de nous lamenter, nous devrions faire quelque chose de constructif à ce sujet: Knock est de nouveau «in».

La culture n'est pas le privilège de l'élite

Pourquoi alors un théâtre ambulante? Il ne faut pas que ce ne soit à la population de venir à nous, mais que nous, les professionnels de la santé, allions vers les gens. C'est pourquoi, à côté de représentations qui auront lieu à proximité du centre, d'autres sont prévues en «province», c'est-à-dire dans le Jura bernois, à Langnau, Schwarzenburg, Zweisimmen et Interlaken. Nous indiquons ainsi que la culture n'est pas un privilège réservé à l'élite urbaine, la culture vient à vous! Un grand nombre d'assistantes médicales, de médecins, femmes et hommes, passionnés de théâtre, se sont annoncés et vont, sous la direction du metteur en scène professionnel Reto Lang, présenter la pièce citée plus haut dans une traduction en dialecte bernois, elle sera jouée en français à Bienne et dans le Jura bernois.

Le soutien des médecins bernois est demandé

Qu'attendons-nous des autres membres du corps médical bernois? En un mot: leur soutien! Parlez autour de vous l'idée du 200^{ème} anniversaire, faites de la publicité dans votre cabinet et votre entourage, participez à la vente des billets, assistez aux représentations.

Le bénéfice des représentations théâtrales sera versé à une institution sociale du canton de Berne.

¹ Prof. Ilona Kickbusch, à l'occasion du Forum managed care, Zurich, 6.6.2007

«Knock ou le triomphe de la médecine» de Jules Romains

Au début du 20^{ème} siècle, un médecin du nom de Knock veut faire passer aux gens l'idée de santé. Ce français crée un monde qui ne connaît que des malades. Knock offre ses services dans un village de montagne. Les habitants y sont en bonne santé et ne vont pas chez le médecin. Le docteur Knock n'entend pas accepter cette situation. Il caresse dans le sens du poil l'instituteur du village et obtient de présenter aux habitants des conférences sur les dangers des microbes. Il engage le crieur public et invite tous les habitants à une consultation gratuite. La salle d'attente se remplit. Dans ses consultations, le docteur Knock constate de curieux symptômes et fait croire aux villageois naïfs qu'ils ont besoin de soins constants. Ils sont nombreux à ne plus quitter le lit et à ne boire que de l'eau. Au final, le village n'est plus qu'un hôpital.



Analyse de l'étude permanente des frais généraux – ROKO 2004



Dr Kurt Aeschlimann, ancien membre du comité cantonal, ancien président du groupe Economie

Pour commencer, nous adressons une fois encore nos remerciements à toutes et tous les collègues qui se sont donné la peine de participer à l'étude permanente des frais généraux 2004. Sur les 1910 questionnaires envoyés, 508 ont pu être évalués (en 2002: 458 de 1645). En d'autres mots: la participation à l'étude des frais généraux n'est pas plus enthousiasmante qu'avant. On peut mettre en évidence les dermatologues et les psychiatres infantiles et les féliciter, 37,5% d'entre eux ont retourné des questionnaires évaluable. La moyenne des dépenses des médecins praticiens bernois se montait en 2004 à fr 378'652.–, le chiffre d'affaire moyen (revenu du cabinet et revenu annexe) à fr 534'153, de telles sorte que le résultat moyen se situait à fr 155'501.–. En comparaison de l'année 2003, on constate une amélioration de fr 4'724.–, soit de 3,1%. Il y a lieu toutefois de noter à ce sujet que certaines disciplines ont dû enregistrer des diminutions. Il s'agit également de tenir compte que les maxima mentionnés dans le tableau proviennent de disciplines qui n'ont livré que 3, resp. 4 questionnaires évaluable, soit 15% des membres du groupe de la discipline. Les disciplines qui présentent les résultats les plus élevés sont aussi celles qui ont également les frais généraux les plus élevés et un rapport des frais au revenu au-dessus de la moyenne.

Les répercussions de la dispensation des médicaments sur le résultat de l'entreprise continuent d'être significatives: ceux qui peuvent dispenser sans limite atteignent un résul-

tat moyen de fr 178'178, les collègues qui ne dispensent plus (N = 133) parviennent à fr 130'211.–. C'est là peut-être une explication pour le fait que dans de nombreuses localités il est difficile de trouver des successeurs pour les cabinets. Le niveau moyen des frais généraux de 70,9% est resté à peu près constant par rapport aux années antérieures (2002: 71,15%, 2001: 69,15%). Le taux le plus élevé pour les frais généraux est celui des généralistes (77,1%).

Dépenses pour matériel et salaires

Depuis le début des études ROKO, ce sont les dépenses pour matériel (y compris médicaments) qui pèsent du poids le plus lourd. En deuxième place on continue de trouver les salaires, en troisième place les dépenses pour les assurances et la prévoyance du médecin. En quatrième place les dépenses pour les locaux, qui ont diminué quelque peu par rapport aux années précédentes.

Qui a pris part à l'étude ROKO?

Ce ne sont malheureusement que 508 des 1910 collègues concernés qui ont pris le temps de retourner le questionnaire ROKO 2004 après l'avoir rempli. Le meilleur résultat, avec un retour de 37,5% a été obtenu auprès des sociétés de dermatologie-vénéréologie et de psychiatrie infantile, elles étaient suivies des psychiatres pour adultes avec 32,8% et des généralistes avec 31,14%. Le résultat le plus mauvais a été obtenu par les chirurgiens (4,9%) et les cardiologues (6,25%). Parmi les anesthésistes, 9,26% ont rendu des données utilisables, chez les rhumatologues, ils étaient 12%. L'âge moyen de ceux qui ont répondu a augmenté en comparaison de 2002 en passant de 49,8 à 50,6 ans, l'âge à l'ouverture du cabinet de 36,8 à 37 ans. Chez 213 des répondants, le partenaire participait à l'activité du cabinet, en moyenne 15,6 heures par semaine.

115 avaient encore l'entière possibilité de dispensation, 217 seulement un droit partiel à dispenser et 136 ne dispensaient plus du tout. La durée moyenne du travail était de 6,7 heures et variait en fonction des différentes disciplines de 5,7 à 9,7 heures. La proportion de ceux travaillant dans un cabinet de groupe avait augmenté de 33% à 36,2% en 2004. Les généralistes et internistes participaient en moyenne à 40,5, resp. 34,3 jours de service de garde. Pour les autres disciplines, cette charge variait de 11,3 jours (dermatologues, psychiatres pour adultes) à 244 jours (urologues). 18,9% des répondants proposaient également des prestations de médecine alternative. Pour l'ensemble des disciplines, 13,3 jours ouvrés étaient en moyenne consacrés à la formation continue (avec des écarts allant de 8,9 à 24,7 jours).

Comparaison avec l'enquête au niveau suisse

Au niveau suisse, sur 19'119 auxquels le questionnaire a été adressé, 1'692 ont livré des données utilisables. L'âge moyen des répondants suisses se situait à 50,8 ans, dans le canton de Berne à 50,6 ans. Alors que la durée hebdomadaire du travail était un peu plus élevée avec 7,1 heures, les chiffres importants pour la Suisse étaient les suivants: dépenses moyennes fr 423'287.–, chiffre d'affaire moyen fr 595'204.–, bénéfice moyen fr 171'918.–. Le médecin bernois gagne donc fr 16'417.– de moins que son collègue suisse moyen. Il est également intéressant de constater que l'activité à temps partiel, tant au niveau suisse (31,1% des répondants), que dans le canton de Berne (38,2%), est en augmentation (28,7%, resp. 33,6% en 2002).

Signification de ROKO

Je voudrais signaler une fois encore que les données en provenance de ROKO servent dans les négociations professionnelles et tarifaires que notre comité cantonal doit, lui aussi, mener, qu'elles jouent un rôle de plus en plus important. Il est donc regrettable qu'en dépit de l'augmentation de la ristourne pour des données évaluable, le nombre des collègues participants ne soit pas plus élevé.

Il ne reste plus à souhaiter qu'à l'avenir, d'une part les membres des grandes sociétés de discipline qui ont une activité opératoire et ceux des petites sociétés sans activité opératoire d'autre part, se décident à participer. C'est dans leur cas qu'il serait tout spécialement important d'obtenir des données représentatives.

	Dépenses		Chiffre d'affaire		Bénéfice	
	2002	2004	2002	2004	2002	2004
Moyenne	371'845	378'652	522'622	534'153	150'777	155'501
Minimum	81'152	96'816	164'967	198'836	83'815	102'019
Maximum	706'288	758'813	961'657	1'036'090	260'398	318'708

Soins hospitaliers et médecins

Allocution du Dr Philippe Perrenoud, conseiller exécutif, à l'occasion de l'assemblée des délégués de la SMCB du 29 mars 2007*

Sehr geehrte Damen und Herren
Mesdames et Messieurs

La santé, dans mon optique de directeur de la santé publique et de la prévoyance sociale, est une ressource importante pour le développement et la stabilité de notre société. Elle va au-delà de la technique médicale et comporte des aspects comme la formation, l'équité et les perspectives socioprofessionnelles des individus (autrement dit leur intégration dans le tissu social).

1 La médecine aujourd'hui et le rôle des médecins

«Gesundheit» definiert die WHO als «Zustand des völligen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit oder Gebrechen»

In dieser umfassenden Sicht geht es nicht nur um ein isoliertes Individuum und dessen physisches Befinden. Es geht vielmehr um einen Menschen, der durch ein vielschichtiges Beziehungsnetz mit der Umwelt verbunden ist. Entsprechend vielfältig sind die Faktoren, die unsere Gesundheit, unser subjektives Empfinden von Gesundheit beeinflussen.

De nombreuses études le prouvent: la «consommation» en soins des individus dépend très largement de leur comportement et du contexte social. A cela s'ajoute que la perception de son propre état de santé est dépendante de facteurs comme la provenance culturelle, le niveau social et le statut économique. Le monitoring de la santé de l'Office fédéral de la santé publique dont les résultats ont été publiés en mai 2006, le démontre. Les populations défavorisées se considèrent elles-mêmes en moins bonne santé que les groupes sociaux disposant de ressources financières et d'une bonne formation.

La santé a donc une composante objective, basée sur des valeurs de laboratoire, mais comporte également des facteurs plus subjectifs et difficilement cernables, liés à des aspects sociologiques et ethnologiques. Sur la base de ces premières réflexions, je

suis persuadé que notre objectif, au niveau cantonal, doit tendre à rendre le plus équitable possible l'accès aux soins et à promouvoir une amélioration tant objective que subjective de l'état de santé de toute la population dans une perspective de développement durable.

Wenn es also unser Ziel ist, die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig zu verbessern, müssen wir auf verschiedenen Ebenen in unterschiedlichen Bereichen agieren. Die Angebote müssen aufeinander abgestimmt und die Organisationen vernetzt werden. Ich sehe da mindestens drei Handlungsfelder.

– **Rahmenbedingungen:** Geeignete Rahmenbedingungen zielen auf eine Veränderung des Umfelds und eine Verbesserung der sozialen Situation. Umwelteinflüsse und Schulbildung sind hier ebenso wichtig wie die soziale Integration. Eine bessere Integration sozial Schwacher, aber vor allem auch von ausländischen Personen, ist Voraussetzung dafür, dass sie die gleichen Chancen haben bezüglich Gesundheit und Lebenserwartung wie die Schweizer Bevölkerung.

– **Prävention:** Mit gezielten verhaltensverändernden Massnahmen kann die Gesundheit gefördert und die Lebensqualität verbessert werden. Tabak-, Alkohol-,

Gewalt-, aber auch Unfall-Prävention können einen bedeutenden Beitrag an die Verbesserung der Gesundheit leisten.

– **Medizinische Versorgung:** Wenn jemand krank oder verunfallt ist, soll er angemessen versorgt werden. Im Spitalbereich bedeutet dies: Angesichts der prognostizierten Verkürzung der Aufenthaltsdauern im Spital und der Verlagerung in den teilstationären Bereich ist eine Koordination und Kooperation absolut zwingend. Wir müssen die Angebote besser vernetzen, um einen Drehtür-Effekt zu vermeiden und zu verhindern, dass einzelne Patienten in eine Angebotslücke fallen.

In diesem letzten genannten Bereich – der medizinischen Versorgung – können Sie als Ärztin und als Arzt Einfluss nehmen.

Le travail à effectuer par rapport à ces trois axes (amélioration des conditions cadre, prévention et accès aux soins) est capital et nous devons tout mettre en œuvre pour les réaliser afin de pouvoir relever les défis qui nous sont posés: à vous d'une part, en tant que médecin, à ma direction, d'autre part, en tant que gestionnaire de la santé publique. J'identifie trois défis.

Le patient tout d'abord

Dans un sondage effectué en 2001 par l'Académie suisse des sciences médicales, il ressort que les patients attendent de leur médecin: des compétences techniques, de l'intérêt pour la personne et du temps. En



Gastreferent an der DV vom 29. März 2007: Philippe Perrenoud, Gesundheits- und Fürsorgedirektor des Kantons Bern

d'autres termes des compétences sociales développées. Parallèlement à ces compétences, le patient d'aujourd'hui ne veut pas renoncer à une médecine de pointe, hautement technologique. Le sondage arrive à la conclusion que les médecins ont une bonne formation médicale, mais qu'il existe un potentiel d'amélioration dans les domaines éthiques et dans les rapports avec les patients.

Cette conclusion démontre un conflit fondamental auquel est confrontée la médecine d'aujourd'hui. Celle-ci a tendance à souligner l'aspect des sciences naturelles et à donner une grande importance à la technique. Les attentes du patient sont toutefois différentes. Ce dernier cherche l'empathie, souhaite que l'on prenne en compte sa situation spécifique. Avec ces deux perceptions qui s'opposent, les conflits sont programmés. Nous nous trouvons donc devant un paradoxe qu'il va falloir gérer. A mon avis, il ne s'agit pas de se demander s'il faut ou non appliquer la technique, mais quand et dans quelles conditions il s'agit de l'appliquer. Un patient nécessitant des soins de haute technologie ne gagnera rien si l'on fait preuve uniquement d'empathie envers lui. Les deux éléments doivent avoir leur place dans la médecine de demain et se compléter l'un l'autre.

Der **zweite Pfeiler: die neue Rolle des Mediziners.** Von der Ärzteschaft wird nicht mehr nur die medizinische, sondern zunehmend auch die ökonomische Verantwortung gefordert. Das Berufsbild des Arztes hat sich in den vergangenen Jahrzehnten radikal verändert. Medizinische Entscheide müssen häufig auch nach medizinfremden – versicherungs- und haftpflichttechnischen, juristischen und ökonomischen Gesichtspunkten getroffen werden. Es gilt daher, die eigene Rolle vor dem medizinischen Wertekanon zu hinterfragen und neu zu interpretieren.

Und zur **dritten Herausforderung:** das ist die Politik bzw. sind die **politischen Rahmenbedingungen.** Ich möchte diese hier nicht theoretisch erörtern, sondern anhand der Versorgungsplanung für den Kanton Bern konkretisieren.

2 Planification des soins dans le canton de Berne – vue d'ensemble de la consultation

Ich bin überzeugt, dass die Versorgungsplanung 2007-2010 eine gute Basis legt für die bedarfsgerechte Weiterentwicklung der Spitalversorgung im Kanton Bern. Im Mittelpunkt stehen die Patientin und der Patient.

Unsere Aufgabe ist es, die Prozesse so zu organisieren, dass eine angemessene Versorgung für alle jederzeit gewährleistet werden kann. Ziel ist ein niederschwelliges Angebot und eine qualitativ gute umfassende und vernetzte Grundversorgung in allen Regionen. Die hochspezialisierte Versorgung wird innerhalb des Kantons im Universitäts-spital konzentriert und eingebettet ins Netzwerk «Spitzenmedizin Schweiz». Ressourcen und Strukturen sind durch vermehrte Kooperationen und Konzentration zu optimieren. Interkantonale Kooperationen werden gefördert. Radikale Strukturveränderungen in kurzen Zeitperioden sind aber zu vermeiden. Weil einerseits die finanziellen Auswirkungen schwer zu beziffern sind. Und andererseits weil eine Konzentration des Angebots im Raum Bern und eine Verschiebung in die Privatspitäler zu befürchten wäre. Daher streben wir in einer ersten Phase eine Verlagerung von der stationären zur teilstationären Versorgung und eine Konzentration der hochspezialisierten Medizin an.

Diese Verlagerung oder vielmehr ihr Ausmass scheidet denn auch die Geister der Konsultationsteilnehmenden am meisten. Insgesamt stiess aber die Versorgungsplanung weitgehend auf ein positives Echo. Dass nun eine solide Datenbasis vorliegt, die mehr Transparenz schafft, wurde geschätzt. Auch wird die allgemeine Stossrichtung grundsätzlich unterstützt.

Aber wie gesagt, die Prognose über das Verlagerungspotenzial vom stationären in den teilstationären Bereich wurde prominent und teilweise kontrovers diskutiert. Die Ärztesgesellschaft hat sich dazu in ihrer Stellungnahme verhalten positiv geäußert. Sie steht insbesondere dem Ausmass der Verlagerung kritisch gegenüber und kündigt Widerstand sowohl seitens der Bevölkerung als auch seitens der Ärzteschaft an. Die Bevölkerung würde dies nicht akzeptieren, so die Befürchtung. Und für die Ärzteschaft bedeutete es einen unverhältnismässigen Mehraufwand. Dies unter anderem auch deshalb, weil der ambulante Bereich nicht in die Planung einbezogen sei.

Les critiques qui ont été formulées à l'encontre de la planification touchent divers aspects que je souhaite aborder en y amenant mon point de vue:

– **Le financement:** oui, nous avons des ressources limitées et nous avons des contraintes financières qui nous sont dictées par le parlement. Ces contraintes financières nous obligent à réfléchir en termes de priorités à long terme afin de planifier au mieux les soins. Au centre de nos réflexions ne se trouvent pas les économies, mais une gestion équitable de l'offre de soins pour tous et dans toutes les régions du canton. Nous

devons aujourd'hui prendre des mesures pour garantir dans le futur une offre adaptée aux besoins.

– Les **changements principaux** qui découlent de la planification exigent une spécialisation des hôpitaux quand et où cela est nécessaire et judicieux, des durées de séjour dans les hôpitaux adaptés aux soins nécessaires et une offre de soins hospitaliers (en amont et en aval) qui couvre l'intégralité du territoire.

Dans ce contexte, nous prenons connaissance de vos craintes dans le domaine du Spitem, notamment la question du transfert des cas et allons réanalyser la situation dans le cadre de la finalisation de la planification.

– Ich möchte darauf hinweisen, dass die **Verlagerung in den teilstationären Bereich** nur einige wenige DRGs betrifft. In diesen Fällen ist es die medizinische Entwicklung, die eine Verlagerung möglich macht. Da die Eingriffe zunehmend schonender sind, ist eine intensivere Nachbetreuung nicht zwingend nötig. Dasselbe gilt für die Verkürzung der Aufenthaltsdauern, sofern sie durch die medizinische Entwicklung bedingt ist. Anders sieht es aus, wenn eine Verlagerung durch die konsequente Abgeltung mittels Fallpauschalen bedingt ist. Hier kann tatsächlich ein Mehraufwand im nachgelagerten Bereich entstehen. Exakte Prognosen zur Anzahl zusätzlicher Fälle für die Spitem und die Nachbetreuung werden jedoch nicht möglich sein. Auch keine Kostenberechnungen. Die Auswirkungen aber werden wir sehr genau verfolgen.

– **Konkrete Schritte macht bereits der Modellversuch «vernetzte Geriatrieversorgung».** Ziel ist die organisatorische und finanzielle Vernetzung der Leistungserbringer verschiedener Versorgungsebenen. Die Versorgungskette für betagte Patientinnen und Patienten soll damit gewährleistet werden.

Unser Zeitplan sieht Folgendes vor: Die Versorgungsplanung geht nach der Überarbeitung im Mai in den Mitbericht zu den anderen Direktionen. Ende Juni/Anfang Juli wird sie der Regierungsrat genehmigen und konkrete Massnahmen beschliessen. Auf dieser Basis wird eine neue Spitalliste erarbeitet.

3 Compatibilité de la planification des soins avec les exigences de la société

Nous nous trouvons aujourd'hui à un moment charnière où trois intérêts divergents doivent être pris en considération dans notre planification:

- des patients qui ont des attentes importantes
- des possibilités techniques qui ne cessent de se développer
- des ressources financières qui restent limitées

Il s'agit de se demander si la planification est compatible avec ces trois vecteurs.

In der Versorgungsplanung versuchen wir diesem Anspruch mit dem 2-stufigen Versorgungsmodell gerecht zu werden. Hochspezialisierte Medizin im Zentrum und umfassende Grundversorgung in den Regionen. Gleichzeitig sehe ich die vernetzte Versorgung als Schlüsselement: wir streben eine vermehrte Zusammenarbeit vor- und nachgelagerter Dienste an, eine prozessorientierte Betreuung der Patienten. Modellversuche sind wie erwähnt auch mit dem ambulanten Bereich geplant.

Quelles seront pour vous les implications? Il me semble que votre rôle va devenir plus diversifié et que vous allez être de plus en plus sollicités dans une fonction de conseiller, voire de psychologue. Surtout les médecins de famille parmi vous, vont devoir encadrer leurs patients et suivre le processus de guérison. Au vu aussi de la spécialisation grandissante, ce rôle va prendre de l'importance.

Wissen und Können sind das Fundament der ärztlichen Tätigkeit. Für den Erfolg sind sie aber nicht allein ausschlaggebend. Mindestens so wichtig ist die Arzt-Patienten-Beziehung. Denn für die Behandlung kranker Menschen ist diese Beziehung unabdingbare Voraussetzung. Ihre Qualität und Intensität,

das Zusammenwirken mit den Pflegenden und anderen Betreuungspersonen wie auch mit dem familiären Umfeld. Wir müssen Medizin umfassend verstehen und nicht nur die ärztliche Tätigkeit, sondern auch die Pflege und die Aktivitäten anderer medizinischer Fachberufe darin einschliessen. Nicht zuletzt aufgrund der zunehmenden Spezialisierung und Technisierung der Medizin sind Umwälzungen im gegenseitigen Rollenverständnis zu erwarten. Daher müssen wir die Zusammenarbeit und Aufgabenteilung der verschiedenen Berufsgruppen als dynamischen Prozess akzeptieren. Das erfordert auch von Ihrer Seite Offenheit für Veränderungen. Wie die Zusammenarbeit gestaltet wird und wer welche Rolle übernehmen soll, ist von der jeweiligen Patientensituation abhängig. Das heisst auch in Zukunft: Im Mittelpunkt muss der kranke oder hilfsbedürftige Mensch stehen.

Conclusion

Ich verstehe mich – wie gesagt – als Gesundheitsdirektor in einem umfassenden Sinne. So, dass Gesundheit nicht nur das physische Wohlergehen meint, sondern das psychische und soziale einschliesst. Und ich bin überzeugt, dass wir mit der Verbesserung der erwähnten Rahmenbedingungen, das heisst mit der Förderung der Chancengleichheit, der Bildung und der sozialen Integration, sowie mit gezielter Prävention mehr ausrichten können, als wenn wir einseitig die Universitätsspitäler hochrüsten. «Mehr» ist hier in zweifacher Hinsicht gemeint: Dass wir einen grösseren Teil der Bevölkerung erreichen.

Und dass wir deren Gesundheit nachhaltig verbessern können.

Il me reste deux points en guise de conclusion que je souhaite encore aborder:

Tout d'abord, je pense sincèrement qu'il n'est pas judicieux d'intégrer des éléments de concurrence et de libre marché dans le domaine de la santé publique. Cela ne peut qu'entraîner, inexorablement, une répartition inéquitable des ressources, qui ira aux dépens des personnes socialement défavorisées. Par le biais de notre planification, nous tentons de viser une répartition large et équilibrée des soins. Pour votre part, en tant que médecins, vous avez ici un domaine d'action privilégié: Das Prinzip der Solidarität verlangt einen aktiven Beitrag der Arztperson für eine allen zugängliche und angemessene medizinische Versorgung, die nicht ausschliesslich den Kräften des Marktes überlassen werden darf.

En second point, je plaide ici pour un retour à une vision plus humaniste du patient et de sa santé. Même si cela peut paraître anodin, il faut rappeler que la maladie et la santé font partie de notre vie. Si la médecine de pointe me fascine – certainement comme nombre d'entre vous – par son aspect technologique et de victoire sur la maladie, il me paraît tout aussi important que la population ait une perception positive de son état de santé. Ce sentiment a des implications personnelles importantes et contribue en plus à l'équilibre et à la cohésion de notre société.

Je vous remercie.

** La parole prononcée est seule valable*

Contribution de la direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (SAP) pour l'organisation destinée à MEDPHONE

Lors de l'assemblée des délégués de la Société des médecins du canton de Berne du 29.3.2007, le conseiller exécutif Philippe Perrenoud a annoncé que la SAP allait verser pour l'année 2007 à MEDPHONE une contribution de fr 100'000 pour l'organisation. La confirmation écrite est parvenue entre temps.

Ce soutien financier ne vient pas de nulle part. C'est à la suite de négociations acharnées, en collaboration avec la Société des médecins, que nous avons obtenu ce résultat partiel.

Au cours des négociations, la SAP a insisté sur le fait que cette contribution devait être utilisée pour le bien de la population.

Le conseil d'administration de MEDPHONE a décidé de réduire le coût de l'appel téléphonique payant.

A compter du 1.5.2007, le tarif par minute n'est plus que de **0.98 centimes**. Il est donc de moitié inférieur au tarif précédent.

MEDPHONE respecte son engagement à l'égard de la SAP et utilise la contribution entièrement en faveur de la population.

Ce faisant, un autre message est également délivré : si l'on veut parvenir à la réalisation d'un numéro d'appel neutre au plan des coûts, le canton de Berne devra s'engager encore plus en faveur de l'organisation d'un service médical d'urgence ambulatoire.

Les négociations se poursuivent dans ce sens.

Dr Daniel Marth, président du CA de MEDPHONE et membre du comité cantonal

Nouveaux produits de MEDPHONE



Dr Daniel Marth,
président du CA
de MEDPHONE
et membre du
comité cantonal

Jeudi soir, 19 h:

Madame Exemple a un problème médical, elle appelle son médecin, le Dr Gentidocteur:

Vous entendez le répondeur automatique du cabinet du Dr Gentidocteur. Nous répondons à vos appels ... En cas d'urgence, vous êtes prié de vous adresser au médecin de garde au numéro ...

Madame Exemple repose son appareil. Elle ne sait pas avec certitude si son problème est une urgence mais elle appelle le numéro indiqué.

Est-ce qu'il pourrait en aller autrement?

Madame Exemple a un problème médical, elle appelle son médecin, le Dr Gentidocteur:

MEDPHONE, bonsoir. Vous souhaiteriez vous adresser au cabinet du Dr Gentidocteur, comment puis-je vous aider?

MEDPHONE souhaite améliorer cette situation souvent rencontrée par vos patients. Par l'intermédiaire d'un répondeur d'appels personnalisé, le problème posé par l'appel est apprécié et les mesures à prendre mises en route. Dans le cas le plus simple, la conseillère MEDPHONE peut indiquer les heures d'ouverture du cabinet, les absences et les remplacements. En cas d'urgence, elle peut atteindre directement le médecin de garde. Une aide appréciable pour le patient!

Comment cela fonctionne-t-il?

Vous concluez un abonnement complémentaire pour la fonction back office auprès de MEDPHONE. En dehors des heures de consultation, votre téléphone est dévié vers

MEDPHONE sans taxe supplémentaire. La collaboratrice MEDPHONE conseille en fonction d'un schéma prédéterminé (heures d'ouverture du cabinet, absences, remplacements, numéro d'urgence, etc.). MEDPHONE vous informe par courriel du contact qui a eu lieu et vous indique les mesures prises. Sur demande de votre part, dans un délai que vous aurez fixé – par exemple le lendemain – un rendez-vous urgent dans votre cabinet peut être fixé. En cas d'urgence, c'est l'organisation locale des urgences qui est activée.

Que faire si je suis intéressé par cette offre?

- Vous êtes déjà membre de base de MEDPHONE.
- Vous commandez la fonction back office de MEDPHONE au prix de fr 250.– plus TVA par année.

- Vous définissez sur un document ad hoc les informations qui doivent être communiquées à vos patients.
- Vous définissez vos souhaits en ce qui concerne les renseignements qui seront fournis en retour par courriel.
- Vous définissez un délai pour d'éventuelles consultations urgentes, par exemple le lendemain.

Quels sont les avantages de cette fonction supplémentaire?

Pour vos patients :

- Des conseils individualisés, personnalisés;
- La possibilité d'atteindre en tout temps votre cabinet (également en cas d'urgence). Un lien au cabinet amélioré.
- En cas d'urgence, mise en relation sans délai avec le service de garde.
- Pas besoin de passer par un numéro payant.

Renseignements par l'intermédiaire du secrétariat de MEDPHONE, Bolligenstrasse 54, 3006 Berne, tél. 031 330 90 10.

Back office Funktion

MEDPHONE, guten Tag. Wie kann ich Ihnen helfen ?

Etes-vous un médecin enseignant?



Dr Mireille Schaufelberger, responsable de l'enseignement à la FIHAM, faculté de médecine, université de Berne

Instance facultaire de médecine de famille (FIHAM, université de Berne)

Le moment de vérité est proche. Dans la faculté de médecine de l'université de Berne, les nouveaux modules de formation en médecine de famille vont être mis en application au cours du semestre d'automne 2007: dans la formation de base le mentorat 1:1 (8 demi-journées de pratique dans un cabinet par année d'étude), au cours de la formation spécialisée (4^{ème} à 5^{ème} années d'étude), un stage pratique de 3 semaines, l'enseignement bloc).

Nous allons commencer simultanément avec les modules médecin de famille au cours de la

première, troisième et quatrième année d'étude. Nous disposons à cet effet de 503 postes de formation dans des cabinets de médecin de famille. Dans le canton de Berne, environ un tiers des médecins de premier recours participe à cette nouvelle formation.

Nous ne pouvons malheureusement pas introduire en même temps les modules médecin de famille pour toutes les années d'étude puisqu'il nous manque des postes de formation pour une année entière.

Le 15 mars 2007, le premier cours d'introduction pour médecins enseignants a eu lieu dans le bâtiment principal de l'université de Berne. Les échanges se sont révélés très enrichissants, très réjouissants pour nous, le feedback de la part des collègues a été positif. A côté d'informations au sujet des études de médecine à Berne, de renseignements concernant l'organisation, les participants, dans le cadre de deux ateliers, ont reçu quelques conseils didactiques avant de débiter leur enseignement.

Nous avons l'intention, à l'avenir, de tenir nos médecins enseignants régulièrement au courant de notre projet et des nouveautés par l'intermédiaire d'un bulletin d'information sur papier jaune, Médecin enseignant Info.



L'équipe du cabinet de groupe Taddei et Bösiger à Bienne

Un étudiant au cabinet, le moyen de lutter contre le burn out – expérience vécue au sein du cabinet de groupe des Dr R. Bösiger et I. Taddei, spécialistes FMH en médecine interne

Isabelle, Regula, qu'est-ce qui vous a motivées à engager un étudiant en stage dans votre cabinet?

Cet engagement est purement l'effet du hasard. Monsieur B.K. s'est enquis de la possibilité d'un stage après avoir connu notre cabinet dans le cadre du cours de clinical skill.

Etant donné que nous sommes intéressées et voulons nous engager pour la formation des étudiants en médecine, de futurs collègues, nous n'avons pas hésité longtemps et l'avons immédiatement reçu.

Aviez-vous des craintes?

Nous avons quelques hésitations en ce qui concerne les locaux à disposition: nous n'avons aucun espace libre pour un troisième cabinet de consultation. Les absences pour vacances, ainsi que la flexibilité de l'étudiant, nous ont cependant permis de nous en sortir malgré des conditions qui n'étaient pas optimales.

Nos patients sont à 70% des patientes, nous avons également certaines hésitations à cet égard: elles auraient pu manifester quelque résistance lorsqu'un homme serait chargé de leur apporter des soins. En définitive la grande majorité des patientes a eu une attitude des plus positive à l'égard de M. B.K.

Nous avons mis à disposition un flyer d'information dans notre salle d'attente et donnions encore d'autres renseignements de vive voix.

Dans l'ensemble les réactions ont été des plus positives! La plupart des patientes s'est montrée fière et honorée de pouvoir participer à la formation d'un futur médecin.

Notre constatation, après un mois de stage, est entièrement positive. La présence et les interrogations du futur collègue nous imposent de questionner notre travail ou revoir notre manière de gérer les dossiers des patients. Nous aurions volontiers gardé M. B.K. encore plus longtemps dans notre cabinet!

Après cette expérience des plus positive, nous avons décidé de former dorénavant chaque année 2 étudiants dans le cadre des modules d'enseignement en médecine de famille.

L'enthousiasme d'un étudiant motivé a des effets entraînants, c'est la meilleure prévention du burn out au sein du cabinet!

swisspep: opinions et attitudes de la Société bernoise des médecins à l'égard des réseaux médicaux



Dr Beat Künzi,
directeur
scientifique de
swisspep



Dr Klazien Matter-
Walstra, Institut
für Evaluative For-
schung in der
Orthopädie IEFO

Dans l'article on discute, sur la base des résultats qualitatifs d'une étude conduite auprès de tous les médecins concernés, des principaux inconvénients et avantages des modèles de managed care. Une majorité des médecins bernois craint que les réseaux médicaux, resp. les modèles de managed care entraînent un surcroît de travail administratif, une perte d'autonomie et une pression économique malvenue. Les avantages principaux des réseaux médicaux cités sont la meilleure collaboration avec les collègues, le renforcement du rôle du médecin et la possibilité d'exercer de l'influence. On décrit les conséquences sur le développement futur de réseaux médicaux.

2^{ème} partie: inconvénients et avantages des réseaux médicaux

Problème à résoudre et méthodologie

Les problèmes à résoudre et la méthodologie de l'étude, de même que les résultats, ont été publiés dans doc.be 2/07. La promotion du managed care est un thème central de la révision en cours de la LAMal. On emploie des termes différents pour ce qu'on nomme des «modèles de managed care», tels que par exemple «modèle médecin de famille» ou «réseau médical», qui ont parfois des significations fort différentes. Notre étude, qui consistait à évaluer les opinions et les attitudes des médecins à l'égard des réseaux médicaux, fait par conséquent courir le risque que certaines

notions importantes soient mal comprises par ceux qui étaient questionnés et/ou que les résultats obtenus soient mal interprétés. Afin d'éviter cet écueil, dans le questionnaire de l'étude, les trois notions «modèle médecin de famille», «réseau médical» et «coresponsabilité budgétaire» étaient définies avec précision et par des exemples.

Définitions et notions

Les **modèles médecin de famille, les listes «light»**, c.-à-d. des modèles avec des listes d'un choix sélectif de prestataires de soins «peu coûteux» provenant des caisses maladie selon l'article 41, alinéa 4 de la loi sur l'assurance maladie. Les patients des modèles de liste bénéficient d'une réduction de prime lorsque, entre autres, ils s'engagent à ne consulter que le médecin de famille choisi («gatekeeping», par exemple Unimedes, Visana MedDirect).

Les **réseaux médicaux sans coresponsabilité budgétaire** sont constitués de fournisseurs de prestations qui se sont réunis à leur propre initiative, ils acceptent de satisfaire aux obligations statutaires, ainsi par exemple la participation chaque année à au moins 6 cercles de qualité destinés à des médecins de premier recours et des spécialistes.

Les **réseaux médicaux avec coresponsabilité budgétaire** sont des réseaux constitués librement par des praticiens de premier recours et des spécialistes, qui sont disposés à participer au bénéfice et, de façon limitée, éventuellement aussi aux pertes. Le médecin de réseau en particulier facture comme d'habitude selon le tarif à la prestation. Le résultat financier est calculé sous la forme de la comparaison annuelle du budget convenu avec les assureurs avec les dépenses effectives (ce qu'on appelle «Schattenrechnung»). Le réseau a conclu à cet effet une assurance grand risque et n'est responsable au maximum qu'au niveau de son capital en actions ou de la fortune de l'association: modèle MediX par exemple.

Le questionnaire comprenait également des questions ouvertes afin de permettre aux participants d'apporter des arguments et des aspects complémentaires qui, en fonction de leurs expériences et de leurs opinions, parlent en faveur ou contre l'adhésion à un réseau médical. Ces déclarations qualitatives des médecins bernois au

sujet du managed care vont faire ici l'objet d'une analyse et seront mises en relation avec le niveau d'expérience des participants en ce qui concerne les réseaux. Les peurs et inquiétudes des collègues avec et sans expérience de réseaux seront évaluées et comparées avec leurs espoirs et leurs expériences positives.

Résultats

Niveau d'expérience des participants

34% des participants, resp. 30% après examen du caractère plausible, au moment de l'enquête, en automne 2006, étaient déjà membres d'un réseau médical et 50% parmi les autres indiquaient vouloir adhérer ultérieurement à un réseau. 17% se déclaraient être des adversaires résolus des réseaux (v. doc.be. 2/07). Le sujet avait un grand pouvoir de polarisation, ainsi un certain nombre de collègues adressaient des critiques véhémentes aux responsables de l'enquête et au «questionnaire mensonge», 75 d'entre eux ne voulaient pas ou ne pouvaient apparemment pas apporter leur contribution à la discussion et renvoyèrent le questionnaire sans l'avoir rempli.

Commentaires libres au sujet des réseaux médicaux

Une majorité des participants à l'enquête a pourtant saisi la possibilité de faire des commentaires libres, en plus de la réponse aux questions. Le tableau 1 (page 12) présente un résumé de la fréquence des questionnaires avec commentaires positifs ou négatifs en relation avec la participation dans un réseau. Les répondants ont mentionné au total 18 noms de réseaux médicaux du canton de Berne. Tenant compte de la manière d'orthographier certains réseaux, on peut supposer que parmi eux se trouvent des groupes qui ne sont qu'en phase de création ou qui n'ont pas encore une identité bien précise.

L'examen des commentaires libres met en évidence que le nombre des arguments négatifs dépasse celui des positifs (v. résumé dans le tableau 1). Même parmi les membres de réseaux médicaux, les arguments négatifs sont aussi fréquents que les positifs. Ceux qui envisagent l'adhésion à un réseau dans un avenir plus ou moins proche, ont fait part d'un nombre encore plus élevé de réserves à l'égard des réseaux. Parmi les adversaires des réseaux, un sur deux a évoqué des inconvénients dans les commentaires libres – en plus des réponses au questionnaire. On est frappé

	Participation à un réseau				Total
	Déjà membre	prévue dans le 2 ans	prévue après 2 ans	jamais	
Nombre	216	219	166	119	720
Questionnaire avec commentaires POSITIFS	71 (32.9%)	56 (25.6%)	40 (24.1%)	14 (11.8%)	181 (25.1%)
Questionnaire avec commentaires NEGATIFS	75 (34.7%)	82 (37.4%)	78 (47%)	61 (51.3%)	296 (41.1%)

Tableau 1: commentaires libres au sujet des réseaux médicaux et de la participation à ces derniers

par la constatation de positions très tranchées: c'est ainsi que les membres de réseaux émettent un grand nombre de réserves, alors qu'un adversaire des réseaux sur dix voit encore des avantages possibles dans les réseaux.

L'évaluation selon la fonction (médecin de famille, médecin consultant, «autres» tels que psychiatre, gynécologue, etc.) montre qu'un quart des médecins de famille et des consultants trouve des avantages dans les réseaux, alors que les «autres» mentionnent nettement moins d'avantages. A cette constatation il faut opposer, pour les trois groupes, le nombre deux fois plus élevé d'inconvénients cité dans les commentaires libres.

Nous allons dans ce qui suit résumer les inconvénients les plus importants (413 citations au total) et les avantages (207 citations) des réseaux médicaux selon le point de vue des médecins bernois. Le tableau 2 présente un résumé des différents arguments, qui seront illustrés plus loin par des exemples.

Inconvénients des réseaux médicaux (413 citations)

Surcroît de travail administratif et perte de temps

La première place en ce qui concerne les inconvénients des réseaux médicaux est occupée par les craintes provenant d'un «surcroît de travail administratif». De ce fait, «moins de temps à disposition», «au prix de ma qualité de vie et du temps que je peux consacrer à mes patients» et il en résulterait même «moins de formation continue».

Dans ce contexte, on signalait également que les «réseaux actuels manqueraient de maturité» ou même qu'ils «ne convainquent pas». On critique même la façon dont se sont créés les réseaux: «la mise en route de Beo Docs doit faire face à des difficultés», on constate aussi que «la participation à plusieurs réseaux pose problème».

Perte de l'autonomie

En deuxième place (86 citations), on trouve tous les arguments attendus ou vécus concernant l'«autonomie perdue du médecin» dans les réseaux: «Je suis un entrepreneur et un travailleur indépendant et n'ai pas l'intention d'être mis dans un paquet!». D'autres déclarations, telles que «je tiens à ma liberté individuelle, dans ma collaboration avec des collègues également», montrent que «la limitation du libre choix du médecin» pour les médecins référents n'est pas acceptable. Tout ce qui est vécu comme «prescription», «contrôle», «contrainte» ou même «dépendance du réseau» est rejeté. On cite en toutes lettres la «contrainte des cercles de qualité», «j'organise seul ma formation continue». Certains craignent l'«exclusion par les caisses».

Pression économique

Des notions telles que «coresponsabilité budgétaire», «coûts» ou «économies» ont fait l'objet de 51 citations avec connotation négative en relation avec les réseaux: «les réseaux ne permettent pas de limiter les coûts», «la pression économique n'est motivée que par la politique des caisses». On critique et on commente tout spécialement la «coresponsabilité budgétaire»: «les médecins ne doivent pas assumer le risque propre aux assurés»; «... fait courir le risque d'une perturbation de la relation médecin/patient»; «ce qui aurait pour conséquence que nous devrions, nous les médecins, expliquer aux patients pourquoi il n'y a pas d'argent pour tel ou tel traitement, etc., c'est aux politiciens de la faire, pas aux médecins»; «la coresponsabilité budgétaire ne fait pas partie des compétences centrales du médecin, mais de celle des assureurs.» On craint également qu'une «disponibilité illimitée [au niveau du réseau] n'entraîne une péjoration sensible de la qualité de vie (punition financière si non joignable)».

Statu quo menacé

Un nombre presque identique de citations (50) mentionne qu'il «n'y a aucune nécessité de créer de nouveaux réseaux», puisque «tout médecin praticien sérieux dispose déjà d'un réseau qui fonctionne bien» – «depuis qu'il y a des médecins». Au contraire: des collaborations existant actuellement «pourraient être menacées». Des remarques telles que «des coûts par cas déjà très bas» ou «la sens de la responsabilité existe même sans coresponsabilité budgétaire» insistent sur le fait que le «statu quo est suffisant» – «dans le cas de la formation continue et des cercles de qualité» également.

Inconvénients pour les patients

En cinquième position, on trouve, avec 28 citations, les inconvénients que les réseaux peuvent entraîner pour les patients: «moins de temps pour les patients», «moins qualité des soins aux patients (résultant de la pression pour économiser)», «économies sur le dos des patients», «des traitements indispensables, par exemple des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques en dehors du réseau, ont lieu moins souvent». On critique le fait que dans le cadre des réseaux «on ne parle pas assez de la relation médecin-patient», on craint également une «perte de liberté» ou de la «mise sous tutelle des patients».

Situation personnelle

Avec un nombre égal de citations (28), des raisons personnelles de refus des réseaux sont mentionnées – souvent en même temps que les avantages du statu quo (v. plus haut: en plus du doute ou de l'absence d'intérêt, avant tout, l'«âge / le moment de remettre le cabinet», «un cabinet situé à l'écart, en région périphérique», ainsi que «des collègues à l'attitude négative».

Contrôles de qualité

23 citations critiquent les mesures prévues par les réseaux en faveur de l'assurance de qualité: «toujours plus de contrôles de qualité discutables»; «assurance de qualité surévalué», «cercle de qualité imposé (une forme de formation continue que je considère comme insuffisante; le petit cercle actuel dans le cadre du groupe de garde suffit amplement)»; «obligation de certification»; la mention «la vérification peut se faire au moyen de l'autodiscipline» est complétée par «la formation continue est déjà obligatoire».

Inconvénients liés à certains groupes

18 des inconvénients cités sont en relation avec des caractéristiques propres à certains groupes ou avec les incertitudes concernant le rôle des spécialistes: «en ma qualité de spécialiste / de médecin hospitalier, cela ne me concerne pas»; «les cercles de qualité m'apportent peu, à moi qui suis psychiatre»; «ma position, 50% spécialiste, 50% praticien de premier recours, n'est pas compatible avec un réseau»; «des patients trop spécialisés, un nombre trop faible de patients pour permettre des comparaisons représentatives»; «rôle mal défini dans le réseau en qualité de médecin hospitalier (avec autorisation de pratique)».

Autres inconvénients

Les arguments suivants (au nombre de 9) ont encore été mentionnés au sujet des réseaux: «dans nombre de domaines (politique et économie) les réseaux sont à la mode, pourquoi en serait-il autrement en médecine?». «Les réseaux médicaux sont une capitulation politique»; «on se décharge de la responsabilité individuelle sur un 'système'»; «inacceptable du point de vue éthique – sélection de patients présentant peu de risques»; «position dominante des caisses»; «diviser les médecins de famille».

Avantages des réseaux médicaux (207 citations)

Echanges avec les collègues

En nombre absolu, les arguments le plus souvent cités en faveur des réseaux médicaux sont liés aux notions suivantes (75 citations): «collégialité»; «meilleure collaboration et moins de concurrence entre médecins»; «aide par le réseau»; «en finir avec le rôle de combattant individuel»; «le cabinet individuel isolé condamné à disparaître»; «inclusion des spécialiste».

Rôle renforcé

Le deuxième argument en faveur des réseaux est celui du renforcement souhaité du rôle, vu dans 50 citations de la façon suivante: «position améliorée par la mise en réseau»; «plus de poids»; «plus écouté à l'hôpital, parmi les collègues et par les assureurs et le monde politique»; «participation aux discussions concernant les coûts»; «permet une meilleure information, sécurité».

Plus de qualité pour les patients

En troisième position on trouve la qualité améliorée des soins aux patients. Les 41 citations peuvent être présentées en deux sous-groupes distincts. D'une part, les mesures sensées prises en faveur de la promotion de la qualité des fournisseurs de prestations (28 citations), d'autre part les indications concernant une plus grande transparence des soins aux patients: «les cercles de qualité sont une expérience positive»; «apprendre ensemble»; «échange des connaissances»; «mise en œuvre des moyens evidence based»; «mise en application en commun de directives thérapeutiques»; «critères de qualité et comparaisons». Plus loin, «amélioration de la qualité des soins aux patients»: «accès rapide aux données des patients»; «permet d'éviter des traitements inutiles»; «plus de transparence et de qualité»; «plus grande autonomie dans les réseaux pour la médecine alternative».

Avantages économiques

28 citations trouvent des avantages économiques dans les réseaux – tant pour celui qui les mentionne que pour les patients: «pré-

sence regroupée sur le marché»; «un plus grand nombre de cas adressés en qualité de spécialiste»; «plus grand chiffre d'affaire»; «les dépenses de gestion sont rémunérées»; «achat en commun de prestations / de produits»; et ainsi «réduction des coûts et prise de conscience des coûts»; «empêcher les redondances».

Autres avantages

13 autres arguments en faveur des réseaux médicaux n'ont pas pu être attribués à une catégorie, ainsi par exemple: «gatekeeping»; «possibilité de motiver de jeunes collègues»; «solidarisation avec de jeunes collègues»; «aider à résoudre le problème de la relève»; «démantèlement des opinions négatives et des préjugés à l'égard de la psychiatrie»; «maintien de 'notre' hôpital».

Résumé et discussion

On a analysé 720 commentaires libres et arguments provenant de l'enquête «Opinions et attitudes de la Société bernoise des médecins à l'égard des réseaux médicaux», ayant eu lieu en automne 2006, qui se prononçaient pour ou contre la participation à un réseau médical. L'analyse quantitative du questionnaire (v. doc.be 2/07) nous a appris qu'un petit tiers des participants à l'enquête possède une expérience pratique en matière de réseau. Pour une bonne moitié des interrogés, il est question de participer un jour à un réseau médical. C'est ainsi que dans le collectif il est essentiellement question d'espoirs et de craintes en relation avec une adhésion à un réseau. Enfin, plus de la moitié des adversaires des réseaux restants ont précisé leurs réserves sous forme de com-

Inconvénients des réseaux médicaux (413 [#])	Avantages des réseaux (207)
Surcroît de travail administratif, perte de temps (120)	Echanges avec collègues (75)
Perte d'autonomie (86)	Renforcement du rôle (50)
Pression économique (51)	Qualité pour patients (41)
Menaces sur le statu quo (50)	Avantages financiers (28)
Inconvénients pour le patient (28)	Autres avantages (13)
Situation personnelle (28)	
Contrôles de qualité (23)	
Inconvénients liés au groupe (18)	
Autres inconvénients (9)	

[#] nombre de citations par catégorie

Tableau 2: Résumé des commentaires libres pour ou contre l'adhésion à un réseau, dans la fréquence des citations

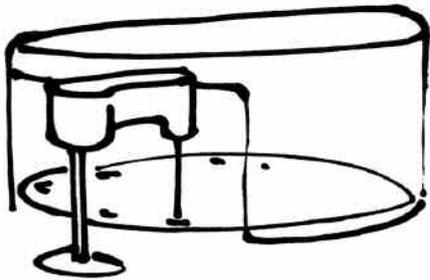
mentaires libres. Ainsi, dans le cadre de l'enquête ce sont les opinions et les expériences d'un groupe très hétérogène de médecins qui sont exprimées et qui seront évaluées et analysées en tenant compte de leur expérience avec les réseaux et de leur fonction.

De façon fort étonnante, l'analyse de ces données qualitatives met néanmoins en évidence une image relativement homogène en ce qui concerne l'appréciation des réseaux médicaux. Même si à l'heure actuelle, dans le canton de Berne, on constate une tendance vers l'adhésion à un réseau, les réserves dans le domaine continuent à prédominer par rapport aux avantages espérés ou déjà constatés – et cela vaut non seulement pour ceux qui restent en position d'attente, mais aussi pour celles et ceux des collègues ayant déjà une expérience vécue de réseau. La liste des raisons qui militent contre une adhésion à un réseau médical commence par la crainte manifeste d'«encore plus de travail administratif et de temps perdu». En deuxième importance on trouve la crainte de la perte de l'autonomie médicale. Succomber à la pression économique et accepter une coresponsabilité budgétaire ne

va pas vers plus d'acceptation. La situation actuelle semble convenir à de nombreux collègues, puisque la collaboration ad hoc, telle qu'elle est pratiquée depuis longtemps est vécue comme un réseau efficace et fonctionnant bien à peu de frais. On craint beaucoup plus que dans les réseaux l'on en vienne à économiser «sur le dos des patients», que des contrôles inutiles de la qualité ne volent temps et qualité de vie ou que sa propre situation ne soit pas compatible avec une participation à un réseau. Ce dernier argument provient majoritairement de spécialistes et de médecins hospitaliers. Ce qui peut avant tout attirer dans un réseau, ce sont les échanges avec les collègues, en combinaison avec un espoir de moindre concurrence entre médecins et par conséquent un renforcement du rôle par rapport aux autres participants du domaine de la santé. On a également mentionné comme avantage des réseaux la meilleure transparence et plus de qualité pour les patients. Une minorité cite les avantages économiques provenant des réseaux pour eux et leurs patients.

La situation, telle qu'elle a été décrite précédemment, démontre à l'évidence que les

médecins bernois font encore preuve de beaucoup de méfiance devant la création et la façon de fonctionner des réseaux médicaux et que beaucoup de doutes subsistent. L'absence d'information, mais également une information incomplète et certains malentendus attestent que les promoteurs du managed care ont encore beaucoup de travail devant eux, non seulement pour faire comprendre les modèles de MC aux médecins mais surtout pour rendre ces modèles attractifs tant pour les médecins que pour les patients. Les commentaires rassemblés ici montrent à l'évidence les points importants que les futurs réseaux devront considérer s'ils entendent provoquer un réel engagement au niveau de la base et non un faux activisme. Les caisses aussi, qui versent de l'huile sur le feu en proposant leurs modèles médecin de famille light unilatéraux, doivent revoir leurs stratégies. C'est ainsi que l'affirmation trouvée dans un commentaire garde toute sa validité pour le corps médical: «managed care, non – réseaux médicaux, oui, pour le renforcement de la position contre les caisses maladie».



Adrian macht das schon.

Laborwerte, aber zack, zack? Für «Roche Modular» alias Adrian, unser vollautomatisches Analysegerät: tägliche Routine. Und was Maschinen nicht im Gefühl haben, das haben wir im Griff. Mit technischen und medizinischen Kontrollen sowie dem sorgfältigen Validieren und Interpretieren der Analyse-Ergebnisse durch ausgewiesene Laborspezialisten. Standardmässig nach Norm ISO 17025/15189 – und unseren eigenen.

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

Genau unsere Kragenweite!

Die Ärztekasse versteht sich blendend mit Ihrer Software!

Nur weil Sie in Ihrer Praxis nicht mit der Software der Ärztekasse arbeiten, müssen Sie nicht auf deren Fakturierungs- und Finanzdienstleistungen verzichten. Die meisten Computerprogramme produzieren ihre Daten im XML-Format, so dass sie von der Ärztekasse problemlos übernommen und weiterverarbeitet werden können.

Ä R Z T E K A S S E
CAISSE DES MÉDECINS
C A S S A D E I M E D I C I

Praxismanagement und Outsourcing

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

Cabinet médical – hôpital – stratégie eHealth nationale



Dr Christoph
Hug, délégué de
la SMCB à
l'échange élec-
tronique des
données

Réduction du travail administratif, pas de doublons dans le diagnostic et le traitement, accès plus rapide aux données importantes: à l'avenir, le dossier électronique du patient. La condition essentielle d'un échange électronique des données entre hôpital et médecins praticiens est cependant d'avoir à disposition une relation par courriel sécurisée et cryptée. Où se situent les hôpitaux publics du canton de Berne en ce qui concerne BESICPlus? Dans quelle mesure les médecins praticiens peuvent-ils bénéficier de la technologie de l'information et de la communication? Quels sont pour nous les principaux objectifs de la stratégie eHealth nationale?

Trois dates jouent un rôle important au niveau cantonal et national lorsqu'il est question de cybersanté ou eHealth, ainsi que nous l'appellerons par la suite:

- 2004 – mise en route des trustcenters sur l'ensemble du territoire;
- 2005 – définition des critères minimaux des nouveaux systèmes d'information cliniques par la SAP (direction de la santé publique et de la prévoyance sociale) dans le cadre du projet BESICPlus;
- fin 2006 – publication de la stratégie eHealth nationale par l'OFSP.

Les trustcenters, un «sous-produit» de Tarmed, ont eu pour conséquence que de nombreux cabinets ont développé leur infrastructure de traitement électronique des données. Il est dès lors devenu possible à la majorité des médecins d'établir une facture électronique, c.-à-d. de mettre à la disposition des assureurs, par l'intermédiaire du trustcenter, une copie électronique de leurs factures. Ce fut, et c'est encore, un pas décisif en direction de la mise en réseau du domaine de la santé, puisqu'il a été possible de démontrer qu'un échange sûr et crypté des données est pos-

sible. A cet égard, la technologie de sécurité ASAS de HIN/Arpage a fait ses preuves. Un domaine de la santé mis en réseau ne se limite pas à envoyer dans un sens ou un autre du matériel chiffré, il veut beaucoup plus. C'est pourquoi les hôpitaux publics, dans le canton de Berne, demandent depuis 2000, que les médecins qui ont adressé des patients et qui assureront la suite du traitement, puissent avoir un accès électronique aux documents, rapports, images, etc. établis dans les hôpitaux. Les dispositions précises à ce sujet ont été élaborées dans le cadre du projet BESIC-Plus, qui a été mis sous toit au début de 2005. Au plan de la Confédération, la stratégie pour le développement de l'eHealth en Suisse a été présentée en fin 2006, elle va concerner la totalité des acteurs du domaine de la santé. Dans le présent article, nous allons indiquer le niveau de préparation des hôpitaux publics du canton de Berne en ce qui concerne BESICPlus, la mesure dans laquelle les médecins praticiens du canton de Berne peuvent déjà bénéficier de la technologie de l'information et de la communication (TIC) et ce que sont pour nous les principaux objectifs de la stratégie eHealth nationale. On présentera aussi brièvement les dossiers électroniques pour médecin praticiens qui existent actuellement.

Etat des choses pour BESICPlus – hôpitaux / médecins praticiens

On comprend aisément que, pour les hôpitaux, c'est l'introduction du SIC (Système d'Information Clinique) qui a la priorité et que la connexion avec les médecins ne vient qu'en seconde position; étant donné que, de plus, les médecins ne manifestent pas un très grand intérêt pour l'échange électronique des données avec les hôpitaux. Pour ces derniers, la connexion des praticiens représente des investissements supplémentaires (en personnel et au niveau financier). Grâce aux trustcenters, une grande partie des médecins a installé le logiciel de sécurité ASAS, qui permet entre autres un échange de courriels sécurisé et crypté – mais seulement avec des récepteurs qui ont eux aussi installé la technologie de sécurité. Cette communication cryptée ne pose aucun problème entre deux adresses HIN (xy@hin.ch). Afin de permettre de communiquer par ASAS avec les hôpitaux également, ces derniers doivent se procurer et mettre en œuvre un HIN-MailGateway (www.hin.ch>Produkte).

Les hôpitaux publics ont indiqué, dans le cadre d'une petite enquête, leur état de préparation en ce qui concerne l'actualisation du SIC à fin mars 2007 et pour quelle date ils planifient la connexion avec les praticiens. Nous présentons ici les réponses les plus importantes:

- pour les hôpitaux qui doivent se procurer un nouveau SIC, c'est au cours de l'année en cours ou de l'année prochaine que le choix du produit interviendra;
- l'introduction à l'interne du SIC sera terminée entre fin 2008 et 2011;
- la connexion avec les praticiens selon les critères BESICPlus minimaux devrait intervenir entre 2009 et 2011;
- à l'heure actuelle on donne la préférence à l'échange des données par courriel. Par la suite au moyen d'autres technologies (p. ex. portail web);
- HIN/ASAS est une option pour tous les hôpitaux, resp. a déjà été introduit (v. plus loin).

L'échange électronique des données aujourd'hui

Dans le canton de Berne, trois hôpitaux publics ont depuis longtemps déjà, par l'installation d'un HIN-MailGateway, créé la possibilité d'une communication électronique conforme à la protection des données: l'hôpital de l'île à Berne, l'hôpital Simmental-Thun-Saaneland AG (Spital STS AG) et les hôpitaux fmi AG (Frutigen-Meiringen-Interlaken) (autres adresses sur le site de HIN [www.hin.ch] ou de la SMCB [www.bekag.ch]). Pour ces hôpitaux, ces investissements ne sont pas rentables à l'heure actuelle, puisque cette technique est encore trop peu souvent utilisée par les médecins. Les deux hôpitaux STS AG et fmi AG sont disposés, sur demande, à adresser à des collègues tous les rapports à leur adresse HIN. Les mesures qui doivent être prises pour qu'un courriel soit effectivement envoyé crypté sont mentionnées sur le site de la SMCB (www.bekag.ch > E-Kommunikation).

Nous avons déjà donné des informations, à cet endroit, au sujet d'un projet du laboratoire de cathétérisme cardiaque de l'hôpital de l'île pour l'envoi des rapports par courriel. Après divers retards, l'envoi électronique des rapports du laboratoire de cathétérisme cardiaque de l'hôpital de l'île de Berne a pu commencer en février 2007. Sur 1800 collègues auxquels on s'était adressé, 108 cabinets ont annoncé à fin février qu'ils souhaitaient recevoir sans délai les rapports de cathétérisme cardiaque par courriel. Cela correspond à une proportion de 5,9%. C'est malheureusement fort peu par rapport à l'en-

semble des médecins, mais pourtant un peu plus qu'attendu. Entre temps, la division de rythmologie de l'hôpital de l'île et la division de réhabilitation cardiaque, de même que le service des urgences de l'hôpital de l'île ont manifesté leur intérêt pour ce projet. Il y a lieu de se réjouir que le cabinet cardiologique de groupe (hôpital Beausite) offre lui aussi d'envoyer ses rapports par courriel (kgp@hin.ch). En collaboration avec les informaticiens responsables de l'hôpital de l'île, on tente de convaincre l'ensemble des cliniques d'envoyer les rapports par courriel (par HIN/ASAS uniquement).

Stratégie eHealth nationale Suisse

Le 1er décembre 2006, après des travaux qui se sont poursuivis pendant à peine une année, l'OFSP (Office Fédéral de la Santé Publique) a publié un rapport de 56 pages intitulé «Stratégie eHealth nationale» (<http://www.bag.admin.ch/themen/krankenversicherung/00305/03505/index.html?lang=de/>). Dans ce dernier on définit trois champs d'action:

- A – le dossier électronique du patient ;
- B – informations en ligne et services en ligne ;
- C – mise en application et développement futur de la stratégie eHealth.

Dans ce contexte, c'est surtout le champ d'action A (dossier électronique du patient) qui intéresse. Les domaines suivants ont été définis (résumé):

- But A1 – 2008: carte de santé introduite (entre temps ce but a été modifié de la façon suivante: introduction à partir de 2008, obligatoire à partir du 1.1.2009).
- But A3 – jusqu'à fin 2008 tous les critères pour un dossier électronique du patient sont obligatoirement décidés.

- But A4 – à partir du début 2010 la totalité des hôpitaux de soins somatiques aigus ... ainsi qu'au moins 50% des médecins praticiens gèrent un dossier électronique du patient. L'interopérabilité entre les dossiers est garantie.
- But A6 – jusqu'à la fin 2012, l'échange électronique de données médicales et administratives ... est possible sous une forme structurée, sans solution de continuité ni perte ...
- But A7 – à partir du début 2015 un dossier électronique du patient, personnel, s'étendant sur toute la durée de la vie est disponible en Suisse pour toutes les personnes.

Un organe de coordination national doit être créé afin de mettre en œuvre et de développer l'ensemble de la stratégie eHealth. Cet organe doit bénéficier de l'appui de groupes d'accompagnement chargés de conseiller (représentants des prestataires de soins, assureurs, organisations de patients, etc.) a reçu la mission de préparer des projets précis. Ces groupes devraient être constitués jusqu'à la fin 2007.

Dans ce document de stratégie, on consacre beaucoup d'espace aux questions relatives aux problèmes coûts – (bénéfice). Je me borne ici à ne citer qu'une solution possible: «Possibilités de systèmes incitatifs: => tarifs différenciés: les prestataires de soins bénéficient d'un bonus ou d'un paiement supplémentaire lorsqu'ils mettent en œuvre la TIC (Technologie de l'Information et de la Communication) ou que, grâce à la SIC, ils satisfont à des exigences plus élevées de qualité ... ».

Dossier électronique

Lorsqu'il est question d'échange électronique, on pense actuellement avant tout à la transmission de rapports, ce sont surtout les col-

lègues qui ont déjà un dossier électronique du patient qui peuvent en profiter. Des enquêtes récentes auprès des médecins ont mis en évidence que seuls 5% des médecins disposent d'un dossier électronique. Néanmoins, dans le canton de Berne, ce sont déjà quelque 6% qui demandent à profiter de l'envoi électronique de rapports de l'hôpital de l'île. Si vous êtes intéressé par le dossier électronique, je vous recommande le CD-ROM élaboré par le groupe de travail SGAM.informatics (la 2^{ème} version est parue récemment). Vous y trouverez des informations au sujet des dossiers électroniques de: AmetiQ (Mac), PEX II (Delemed), Aeskulap (Kern), KAGE (Praxinova), WinMed 3.0 (TMR), PatientView (Triamun), Vitomed (Vito-data) et Elexis (Dr G. Weinrich, SH – un projet open source). On trouve sur le CD des informations complémentaires au sujet de l'informatique au cabinet. Le CD coûte fr 30.– et peut être commandé auprès de sgam@hin.ch. Vous pouvez aussi consulter votre fournisseur de logiciel d'administration du cabinet ou demander des adresses à des collègues qui ont déjà un dossier électronique. Même si quelques problèmes subsistent lors de l'utilisation du dossier électronique, je n'ai jamais encore entendu un collègue qui a osé se lancer et qui le regrette!

La mise en réseau électronique du domaine de la santé va arriver (stratégie eHealth de la Confédération). Ne ratez pas le moment: vous pouvez dès maintenant acquérir de l'expérience dans l'échange électronique en devenant client d'un trustcenter et en demandant de recevoir les rapports hospitaliers (pour l'instant hôpital de l'île, STS AG et fmiAG) par courriel.

Agenda 2007

22 août 2007
Réunion en conclave

13 septembre 2007
Conférence des présidents élargie

25 octobre 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 juin 2007