



N° 1 • février 2008

doc.be

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Société des médecins du canton de
Berne

www.berner-aerzte.ch

Qualité et efficacité économique dans l'assurance maladie

Le 1^{er} juin 2008, le peuple suisse se prononcera sur le libre choix du médecin

En décembre 2007, le Conseil national et le Conseil des États ont tous deux approuvé une modification constitutionnelle. En janvier 2008, le Conseil fédéral a fixé la date de la votation populaire au 1^{er} juin 2008.

On votera au sujet d'un nouvel article de la constitution concernant l'assurance maladie (art. 117a). Dans cet article, l'alinéa 3d a le contenu suivant: «Les conditions sous lesquelles les fournisseurs de prestations **sont autorisés à exercer leur activité à la charge de la loi sur l'assurance maladie** sont fixées de façon telle qu'elles assurent la prestation de soins de haute qualité et la **concurrence**.» [traduction libre, ndt] Par cet article constitutionnel, l'Assemblée fédérale limite le **libre choix du médecin** à des médecins autorisés. Actuellement, dans la constitution, il n'y a (encore) rien au sujet du droit des médecins à exercer à la charge de l'assurance maladie. Jusqu'à maintenant, cette autorisation n'est réglée qu'au niveau de la loi. L'art. 36, al. 1 LAMal stipule: «Sont admis les médecins titulaires du diplôme fédéral et d'une formation postgraduée reconnue par le Conseil fédéral.»

En modifiant ainsi notre constitution, l'Assemblée fédérale restreint le libre choix du médecin à ceux des prestataires de soins qui satisfont à des exigences de qualité et de concurrence. Le point décisif est dès lors: cette modification constitutionnelle rend-elle plus difficiles les conditions sous lesquelles les médecins sont autorisés à exercer à la charge de l'assurance maladie? Santésuisse prétend qu'il n'est nullement question de libre choix du médecin dans cet article. En ce qui concerne la FMH, de même que la Société des médecins du canton de Berne, il n'y a aucun doute: c'est bien du libre choix du médecin qu'il sera question. Le 1^{er} juin, je vais voter sans hésitation Non à l'article constitutionnel «Pour plus de qualité et d'efficacité dans l'assurance maladie» et je vous recommande de faire de même.

Jürg Schlup,
président de la Société des médecins

Le «Tour de Knock» – ou le
théâtre sur les «lieux du crime» 2

La médecine – un bien commun 3

Procédures pour pratique
ne respectant pas
le caractère économique 7

Bilan d'étape Medphone 8

«Magouille du mois» ... 10

Où vont les tarifs –
état des données en Suisse 11

«Les filles font leur apparition» 12

BETAKLI 2008 12

www.bekag.ch: un service pour les membres de la SMCB

Sur le site de la SMCB vous pouvez trouver, dans les pages destinées aux membres, des nouvelles d'actualité.

Traduction de Jean-Jacques Gindrat

Le «tour de Knock» – ou le théâtre sur les «lieux du crime»

Médecine pour demain –
depuis 200 ans Société des médecins du canton de Berne



Dr Hans-Werner
Leibundgut
responsable du
projet partiel
«Théâtre ambu-
lant» du 200^{ème}
anniversaire de
la Société des
médecins

Les manifestations du 200^{ème} anniversaire de la Société des médecins du canton de Berne approchent à grands pas, les préparatifs sont déjà fort avancés. «Knock», le théâtre ambulante, sera l'hôte de différentes régions du canton. L'article qui suit décrit les étapes de la tournée.

Grâce au travail de notre metteur en scène et organisateur général, Reto Lang, la tournée du théâtre ambulante est maintenant planifiée dans ses grands traits.

Première à Berthoud

Tout commencera le 25 octobre de cette année par la première, qui aura lieu à Berthoud. C'est dans cette localité, en 1808,

que le regroupement des barbiers et chirurgiens de la campagne avec les docteurs universitaires de la ville a été mis en route. Il est piquant de constater que, 200 ans plus tard, il en est qui voudraient revenir sur cette fusion – les médecins de famille et les spécialistes devraient suivre des chemins séparés...

Sur les pas de Michel Schüpbach, la troupe va longer l'Emme et l'Ilfis pour gagner une nouvelle étape, Langnau. En novembre, le théâtre ambulante quitte l'Emmental pour s'arrêter à Münsingen. Dans ce lieu nous mettrons en évidence l'unité de l'esprit et du corps en présentant le spectacle à plusieurs reprises dans le centre psychiatrique. Nous serons ensuite les hôtes des BETAKLI (Journées bernoises de la clinique), un congrès qui met en évidence les relations existant entre la pratique et la clinique. Notre tournée se dirige ensuite vers le nord et se déplace à Jegensdorf, pour ensuite faire une pause, fin novembre, à Langental.

Thoune, Berne et la région de Schwarzenburg

Après la pause des fêtes de fin d'année, le Dr Knock poursuit sa campagne en février à Thoune, puis, suivant le cours de l'Aar, se rend à Berne où cinq représentations sont prévues. En mars, nous allons à Schwarzen-

burg, puis, suivant la Singine et la Sarine, nous atteignons le Seeland à la hauteur du Jolimont. La «Clinique des Trois-Lacs» Bethesda nous ouvre ses portes. Puis c'est la métropole horlogère de Bienne qui nous attend au bout de son lac. Les collègues du Cercle médical de Pierre-Pertuis traversent les gorges du Taubenloch pour venir assister à une représentation en allemand avec surtitres en français – en cas d'accueil favorable, il devrait être encore possible de jouer à Tramelan. Il est également question de Lyss.

La tournée passe encore une fois par l'agglomération de Berne, s'établit en avril à l'ouest, à Ostermundigen et se rend en mai, pour la seconde fois, dans l'Oberland. Zweisimmen est prévu et Interlaken encore en discussion. La tournée se termine dans le sud de Berne, à Köniz, en juin*.

Ce sont au total 34 représentations dans au moins 16 lieux différents, voire même 18, répartis sur une durée de 8 mois. Cette prestation sera offerte par une douzaine d'actrices et d'acteurs amateurs, soutenus par une équipe d'assistance d'égale importance. Pour les aider, nous avons encore besoin de quatre personnes par représentation, deux pour le montage et le démontage, deux autres pour diverses attributions dans les locaux. Nous souhaiterions recruter ces volontaires dans les différents cercles. C'est dans ce but que le soussigné fera sa tournée lors des assemblées des cercles et qu'il fera retentir les 3 coups à ces occasions.

* Les dates précises et les endroits où auront lieu les représentations seront indiqués ultérieurement.

Information Tarmed

Depuis le 1^{er} janvier, c'est la version 1.05.03 qui est entrée en vigueur. Le procès-verbal de modification compte 54 pages. Pour la plus grande partie de nos membres, seul le chapitre 39, imagerie, présente de l'intérêt.

Sur les quelque 600 positions que compte ce chapitre, les praticiens de premier recours ne pratiquant pas l'échographie ne sont concernés que par 20 d'entre elles (40, si l'on ajoute les «clichés ultérieurs»). De plus, la taxe de base (anciennement 30.0020, actuellement 39.0020) bénéficie d'une meilleure tarification.

Vaut-il la peine, pour si peu, de se rendre à un cours?

H.W. Leibundgut

P.S. Pour les nouveaux membres, Pontenova, en collaboration avec la SMCB, propose, le 22 mai et le 6 novembre, ses cours d'introduction Tarmed qui ont fait leurs preuves.



La tournée du Dr Knock va bientôt entendre «Rideau»

La médecine – un bien commun Une fin de non-recevoir à une médecine à deux vitesses

Leçon du Prof. Felix Frey, Vice-recteur recherche de l'université de Berne, à l'occasion du dies academicus 2007



Prof. Felix Frey
Vice-recteur
recherche, université de Berne

Un médecin établi a récemment parlé à mon cœur. Voici la conclusion de son article :

«Le médecin n'agit plus maintenant comme confident et avocat inconditionnel de son patient, il est celui qui gère et répartit des ressources médicales limitées et bien définies. L'image de la profession s'est fondamentalement modifiée. Des contraintes économiques font planer la menace d'un rationnement médical et d'une médecine à deux vitesses qu'il est difficile à imaginer et qui n'est pas acceptable au niveau de l'éthique. Mourir guéri, la devise suprême – pas uniquement économique – de la pensée et de l'action médicale⁽¹⁾.»

Et maintenant si je m'adresse aujourd'hui à vous pour vous parler de médecine à deux vitesses, c'est au plan politique, même si je n'ai pas de compétence particulière à ce sujet et que je n'ai aucune intention d'entrer en politique. Je ne détiens de mandat à cet égard d'aucune organisation professionnelle médicale, d'aucun parti politique, ni d'une industrie ou d'un groupe hospitalier. Je suis légitimé à parler de médecine à deux vitesses par mon travail quotidien, depuis 35 ans, au lit du malade, à tous les niveaux hiérarchiques de l'hôpital universitaire bernois, par mon expérience de 3 ans dans le système de santé des Etats-Unis; par mon activité d'expert scientifique au bénéfice de l'office fédéral des assurances sociales et de celle de membre du conseil du Fonds national suisse de la recherche. Je parle donc d'une réalité qui m'est familière. Cette réalité est souvent cachée par la mon-

tée rampante de la médecine à deux vitesses – par le caractère complexe du sujet, ainsi qu'on dit, devant le nombre des retombées, intrications et peut-être même des enchevêtrements. Je ne m'exclus pas de ces critiques. Elles me concernent également.

Quelle est ma définition de la médecine dans l'exposé qui va suivre? La notion de «médecine», dans le cas présent, ne recouvre pas le traitement de ces troubles du bien-être qui appartiennent plutôt au commerce du wellness qu'à la médecine scientifique. Quand je parle de «médecine», j'entends par la suite la prévention, le diagnostic et le traitement d'entités qui réduisent significativement la durée et la qualité de la vie d'une personne. Ces formes de soins doivent être à la disposition de toutes les personnes habitant ce pays, indépendamment de leur revenu. C'est ma conviction et je voudrais la fonder dans ce qui suit.

La médecine – un bien commun

La médecine classique, on le sait, a la capacité de prolonger de plusieurs années la durée de vie des êtres humains. Ce fait est la raison pour laquelle en définitive la puissance économique d'une personne ne doit pas décider de qui peut bénéficier de soins et de qui ne le peut pas. Sous cet angle, l'utilisation des ressources de la médecine devient un droit fondamental, comparable au droit à disposer de nourriture, d'habillement, de formation, de liberté religieuse, de penser et j'en passe. Lorsque ces droits fondamentaux ne sont pas respectés, il faut craindre un danger d'instabilité sociale devant les inégalités. C'est pourquoi je pense, ne serait-ce que pour des raisons purement utilitaires, dans le sens d'une intelligence qualifiée⁽²⁾, que nous avons raison de faire tout notre possible pour éviter une utilisation discriminatoire de la médecine.

Pour d'aucuns, ce malaise et cette crainte devant l'instabilité sociale ne sont cependant pas une raison suffisante pour justifier un accès par tous aux biens médicaux. Comme argument principal contre une

répartition juste des biens médicaux on mentionne qu'une telle répartition ne tient pas compte du droit de l'individu à décider de leur usage⁽³⁾. Cette argumentation attribue donc plus de valeur au droit de propriété qu'au droit de son prochain à vivre. D'après cette façon de penser, il n'existe pas de droit laïque fondamental de l'homme à un «minimum acceptable de soins médicaux». D'après ce mode de penser, la prise en charge et le financement des biens médicaux qui permettent de faire face à des situations menaçant la vie ne sont que du ressort de l'individu. Dans le but de compenser les risques, ces derniers peuvent se réunir dans des institutions, sachant toutefois que ceux qui sont en bonne santé et ceux qui sont riches seront ceux qui sont le mieux en mesure de s'assurer mutuellement. A titre de compromis, dans le meilleur des cas, on évoque un système à plusieurs niveaux: dans ce dernier on met à la disposition de tous, indépendamment de leur capacité financière, une quantité déterminée de biens médicaux. Ceux qui disposent de ressources plus importantes peuvent se procurer des biens médicaux en plus grande quantité et de meilleure qualité. Cette manière de répartir se fonde sur une économie libérale et part de l'idée que des mesures qui prolongent notre vie de plusieurs dizaines d'années appartiennent au bien privé et non au bien commun – à mon avis, c'est une hypothèse erronée.

Quelle est la raison qui me fait penser que les prestations de la médecine classique sont un bien commun, voire même un bien public? Le progrès médical s'appuie essentiellement sur deux piliers: les sciences naturelles et la technologie médicale. Les bases fondamentales de ces disciplines, la formation des chercheuses et chercheurs, ainsi qu'une grande partie des connaissances, sont le résultat d'un travail acharné dans des institutions publiques, c'est-à-dire dans les universités et les hautes écoles techniques du monde occidental. Nous sommes redevables de ces acquisitions à des générations de scientifiques qui ont travaillé dans l'intérêt de ceux qui leur ont succédé ou du public en général et qui n'ont pas pu bénéficier eux-mêmes des avancées. Cela signifie que la base des technologies qui prolongent et améliorent notre existence provient de ressources publiques et a été créée pour la population en général et que, par conséquent, les technologies médicales devraient rester un bien commun. Il va évidemment de soi que celui qui transforme ces connaissances en produit ou en base pour la prestation qu'il fournit, c'est-à-dire l'industrie, les médecins et les hôpitaux, ont un droit à une rémuné-

ration équitable de leur prestation. Le marché ne doit toutefois pas se développer de telle façon que la société, qui a rendu le progrès possible, ne puisse plus bénéficier de certains produits parce que ces derniers sont mis sur le marché dans le but d'un bénéfice maximum. Permettez-moi de vous présenter quelques exemples pour illustrer cette problématique.

Combien vaut notre santé?

La découverte du génome humain a été le résultat des travaux de nombreuses universités durant plus de septante ans. C'est ainsi qu'au cours des années trente, le Professeur Rudolf Signer, de notre université, a été le premier à isoler quantitativement l'ADN et à le caractériser, une réalisation qui a ouvert de nouveaux horizons. Grâce aux découvertes de Signer, il a été possible, au cours de la seconde moitié du vingtième siècle, de mettre en évidence la structure des protéines, ce qui a conduit à l'identification de la totalité des protéines humaines. Depuis lors, les personnes malades, parce qu'elles manquent d'une certaine protéine en particulier, peuvent être traitées spécifiquement et elles ne meurent plus dans leur jeunesse comme c'était le cas auparavant. Un progrès considérable! Dans une maladie qui conduit inexorablement à l'insuffisance rénale, la maladie de Fabry, une telle substitution par une protéine coûte plus de 250'000 francs par année et par patient, et cela pendant des dizaines d'années⁽⁵⁾. En d'autres termes, cela signifie que le même domaine public qui a permis il y a peu le développement de ce traitement, se trouve maintenant livré à la cupidité d'un fabricant. La main publique semble incapable d'opposer à une industrie pharmaceutique agissant globalement des mesures de régulation raisonnables, de même efficacité globale. Il en résulte que l'accès à des substances capables de maintenir en vie ne sont à la disposition que des rares personnes disposant d'un haut revenu ou d'une grande fortune.

Sélection des risques

Un deuxième exemple est celui du marché des hôpitaux, y compris les médecins et le personnel infirmier qui ont reçu une formation dans nos universités publiques. C'est ainsi qu'il y a quelques mois le plus grand groupe de cliniques privées de Suisse a été acheté pour environ 3 milliards de francs suisses par une firme anglaise, qui, notons le, avait repris cette entreprise de l'UBS, en 2002, pour 930 millions de francs et l'avait

vendue ensuite à une entreprise sud-africaine, qui gère des cliniques privées en Afrique du Sud, Namibie et à Dubai⁽⁶⁾. Cela signifie que les médecins et le personnel infirmier de ces hôpitaux doivent optimiser le bénéfice de ces investisseurs étrangers. La mesure dans laquelle une telle pression financière permet d'agir en fonction de critères médicaux, de faire tout ce qui est possible au bénéfice du patient⁽⁷⁾ est une question qu'il est permis de se poser. On voit se dessiner une perspective inquiétante: la pression toujours plus grande que le besoin de réussir va exercer sur ces cliniques, va les inciter à s'orienter vers des groupes de patients chez lesquels, pour des raisons relevant des assurances, la relation entre coût et bénéfice est particulièrement favorable, les patients ne rapportant rien étant abandonnés aux hôpitaux publics et les patients aux importantes ressources financières étant mis au centre de leur activité⁽⁸⁾. La vente d'hôpitaux, avec leurs médecins et leur personnel infirmier, a quelque chose de choquant, s'agissant d'un commerce avec des êtres humains qui ont choisi une formation pour des raisons altruistes et non mercantiles. Je considère pour ma part comme quelque chose d'insupportable que dans ces procédés c'est le bien suprême de l'être humain, son droit de vivre, qui est mis sur le marché dans l'unique but de faire du bénéfice. Le fait que ces entreprises puissent acquérir les compétences professionnelles dont elles ont besoin, y compris la formation postgraduée des hôpitaux universitaires, sans aucune contrepartie, est à mentionner. Que tout soit bien clair: alors que dans la plupart des branches économiques, les entreprises privées payent la formation postgraduée des universitaires, dans le domaine de la santé, cette dernière relève d'institutions publiques, telles que l'hôpital de l'île.

Les riches ont-ils de plus grands droits à la santé?

Si l'on attribue sur une échelle des valeurs plus d'importance à la possession et surtout à la richesse qu'au droit à vivre plus longtemps et mieux, cela présuppose, au niveau éthique, que les conditions de fortune et de revenu existantes soient justes. Dans le cadre d'un concept simplifié du libéralisme économique, c'est même le cas, puisque la prestation est mise à égalité avec la richesse. Mais on se rend vite compte que la richesse, qui peut provenir de l'héritage ou être favorisée par les mécanismes du marché, n'a que peu à faire avec la prestation⁽⁹⁾. C'est ce qui retire toute légitimité au succès financier pour être le juste déclencheur qui

décide qui est en droit de vivre plus longtemps et qui ne l'est pas. Le succès économique est un bon critère pour la répartition de nombreux biens de tous les jours; dans notre société il n'est cependant pas une raison suffisante pour un droit prioritaire d'un nombre limité de personnes au bien commun médecine.

Quelques principes pour empêcher la médecine à deux vitesses

L'opinion selon laquelle il n'est pas possible d'éviter une médecine à deux vitesses est néanmoins dominante en Suisse. L'argumentation à cet égard se fonde essentiellement sur l'observation de l'évolution dans d'autres pays. Dans le train de la mondialisation, selon un mode de pensée défaitiste, les efforts locaux contre l'extension de la médecine de classe seraient illusoire.

Mais voilà, les universités sont notamment là pour questionner des positions bien établies et transformer l'illusoire en possible. C'est la raison pour laquelle, nous allons évoquer maintenant quelques voies destinées aux parties prenantes du marché de la santé. Ces voies ne sont ni complètes ni définitives, elles ont toutes un objectif, la réalisation de mon but impératif: «Jamais de médecine à deux vitesses en Suisse».

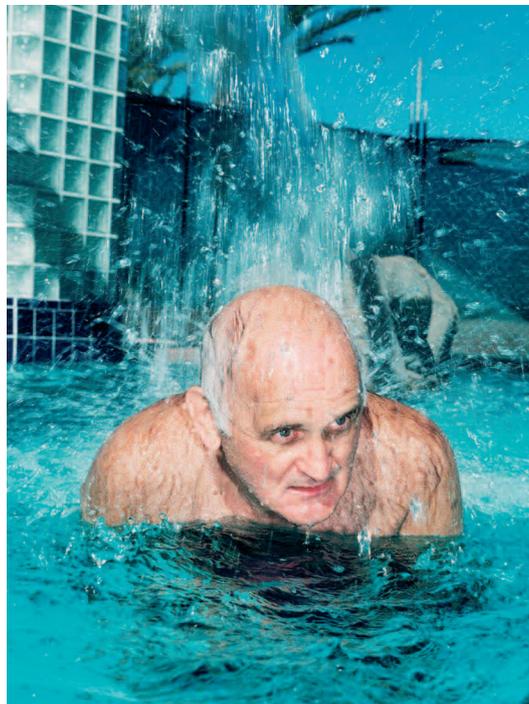
- 1 Les mesures médicales qui prolongent la vie ou, en cas de maladie ou d'accident, améliorent significativement la qualité de vie, doivent être définies avec plus de précision. C'est indispensable pour bien pouvoir fixer les limites entre prestations qui doivent être accessibles à tous et non pas soumises aux lois du marché et le business as usual. Un premier pas dans la bonne direction, c'est l'évidence based medicine. Qu'est-ce que cela signifie? Les exigences concernant l'évidence du bénéfice de nouvelles technologies diagnostiques, de produits de la technologie médicale et de médicaments doivent être plus grandes et la durée de la responsabilité au sujet de la postmarketing surveillance doit être prolongée. La prolongation de la responsabilité du fabricant ne peut toutefois être exigée que si, en parallèle, on augmente la durée de validité du brevet. La prolongation de la durée du brevet d'un produit doit s'accompagner d'un examen du rapport qualité-prix du produit. De nos jours, c'est le plus souvent une réduction de la durée du brevet qui est proposée, afin de permettre le marché des copies – quelque chose qui manque totalement de sens au plan écono-

mique. En réalité, la durée actuelle du brevet pour les modalités thérapeutiques principales des affections chroniques, qui doivent être traitées pendant vingt à cinquante ans, est complètement inadaptée. Ce n'est souvent qu'après plusieurs dizaines d'années qu'il est possible de constater si des objectifs thérapeutiques ont été atteints ou des effets secondaires observés. Depuis la catastrophe de l'amiante, cette notion est même connue de concitoyens n'ayant pas de connaissances particulières en biologie; les autorités, elles, semblent ne pas l'avoir prise en compte.

Un exemple d'une protection trop courte du brevet en provenance de la pratique: depuis les années septante, je prescris des médicaments à des patients ayant subi une transplantation rénale. Après vingt ans, plus de quatre-vingt pour-cent de ces patients souffrent d'un cancer, déclenché ou stimulé par ces médicaments. On ne sait pas clairement, à l'heure actuelle, lequel de ces médicaments est le plus ou le moins cancérigène; les entreprises pharmaceutiques n'ont pas entrepris, jusqu'à maintenant, d'études comparatives avec un nombre suffisant de patients et sur une durée assez longue, de façon fort compréhensible comme je dois l'admettre, parce que la durée du brevet est trop courte devant la nature de la question. A moyen terme, la transparence concernant l'évidence du bénéfice de certaines interventions médicales ne pourra être étudiée complètement que si l'on parvient à contraindre les *caisses maladie* à participer sans condition à des études prospectives. En effet, seules les caisses maladie disposent de renseignements sur les interventions diagnostiques et thérapeutiques et le résultat final pour la totalité des patients.

2 Il faut revoir le rôle des *facultés de médecine* et des *cliniques universitaires* en tant qu'expertes indépendantes dans le marché de la médecine. A ce sujet, quelques brèves remarques: dans les disciplines médicales, au cours des trente dernières années, les congrès et les manifestations de perfectionnement sont devenu l'apanage de l'industrie et, de ce fait, conçus en fonction de leurs produits. Les hôpitaux universitaires, qui ont reçu le mandat politique de la coopération et de la compétition, recherchent, pour des raisons pécuniaires, la proximité de l'industrie. Il en résulte

notamment que la plupart des études cliniques sont faites sous la direction pro forma de ceux qu'on nomme *leaders d'opinion des universités*⁽¹⁰⁾. Il va de soi que ne deviennent des *leaders d'opinion* que ceux qui sont pourvus du caractère qui, de nos jours, prédispose à la solution de tous les problèmes, c'est-à-dire celui de la compétence sociale (opportunisme). Ce dont on aurait en réalité besoin, c'est de scientifiques avec une capacité de raisonnement analytique-critique. Si l'on veut empêcher que des effets secondaires graves dus à des xénobiotiques soient ignorés pendant des années, ainsi que ce fut le cas au cours des récentes années, les parties prenantes devront être clairement sépa-



Les riches ont-il plus de droits à la santé?

rées à l'avenir. Notons en passant que les collaborateurs de l'université de Berne ont fourni récemment un travail de pionnier dans la mise en évidence de données cachées, ce qui a eu évidemment pour conséquence de nous éloigner quelque peu d'un soutien généreux de la part de l'industrie⁽¹¹⁾. Il faut se réjouir que le Fonds national suisse ait reconnu que l'indépendance de la recherche clinique doit être soutenue. C'est pourquoi, depuis cette année, il accorde son soutien en Suisse à trois centres de recherche clinique, l'un d'entre eux étant établi à l'université de Berne.

3 Les *facultés de médecine* et les *hôpitaux universitaires* doivent non seulement

être ceux qui parlent d'un comportement éthique, ils doivent, à cet égard, être exemplaires. Cette attitude est indispensable pour de nombreuses raisons: à cause de l'image qu'ils doivent donner à ceux qui se forment, à cause de l'*indépendance de leur fonction d'experts* et à cause du devoir qui est le leur d'aborder de façon indépendante des questions fondamentales pour la société. C'est ainsi que le cumul de tâches médicales universitaires avec des mandats dans des conseils d'administration de banques, d'entreprises pharmaceutiques, de caisses maladie, de groupes d'hôpitaux privés, ainsi que des mandats politiques sont pour l'instant tolérés, en dépit du fait que les conflits de loyauté sont évidents. C'est un argument en faveur de la flexibilité de notre système de milice, mais cela met en évidence la façon dont notre alma mater met en jeu sa crédibilité en tant qu'institution d'experts indépendants. On a aussi de la peine à accepter que des cliniques universitaires, de la même façon que des cliniques privées destinées à faire du profit, se battent pour des VIP de pays dans lesquels la richesse provient plus souvent de la corruption que de la qualité de la prestation. C'est ainsi, par exemple, que notre clinique universitaire, qui manque de place et de personnel, a mis sous contrat avec un salaire pharamineux un professeur de médecine qui, soit dit en passant, ne devrait même pas, selon nos règlements, mériter le qualificatif de *privat docent*, afin que des VIP du monde entier contribuent à l'amélioration du budget. C'est un signe évident de médecine à deux niveaux. Par ailleurs, je pense que l'importation dans nos cliniques universitaires de patients fortunés en provenance de pays à bas niveau médical est un moyen de consolider la médecine à deux vitesses dans leurs pays d'origine. Une telle promotion de la médecine à deux vitesses, telle qu'elle se pratique de façon flagrante dans nos hôpitaux universitaires, n'est possible que si du conseil d'administration jusqu'au médecin traitant et au personnel infirmier, tout le monde est d'accord. L'introduction de cours d'éthique n'est d'aucune utilité. Ce dont on aurait besoin, c'est de courage civique pour assainir le budget non pas par la médecine à deux vitesses mais par d'autres moyens.

4 A l'avenir, la *politique* devrait se préoccuper, à son niveau, de la valeur de la médecine pour notre société. Certains problèmes de détail sont de peu d'im-

portance et par conséquent sans valeur quantitative, alors qu'ils sont exploités largement par les médias, telle que par exemple la question de savoir l'endroit où quelques opérations rarement pratiquées – comme la transplantation – doivent être effectués, ou encore de savoir si certains traitements, qui appartiennent plutôt au domaine du bien-être et du style de vie ou ne font que satisfaire à une irrationalité collective, doivent être mis à la disposition de tout un chacun ou non. De nos jours, on aurait plutôt besoin de politiciens capables d'évaluer correctement quelle est la valeur aujourd'hui pour la durée de vie et la qualité de la vie de nous autres êtres humains de l'explosion des conquêtes dans le domaine biomédical et de la technologie médicale. Mesdames, messieurs, je soigne encore aujourd'hui des patients dont j'ai fait la connaissance à leur chevet au cours des années septante et qui, à cause de leur insuffisance rénale, auraient dû mourir à cette époque. Grâce aux organes artificiels, ces personnes sont encore en vie aujourd'hui. De manière effroyablement monotone le monde politique prend quittance de tels résultats de la part de la communauté médicale depuis vingt ans avec la question: comment pouvons-nous restreindre les dépenses destinées à la prolongation de la vie? L'attitude négative du monde politique à l'égard des grands progrès de la science au cours des cent dernières années a des conséquences sérieuses:

- les médecins traitants sont démotivés, ainsi que cela ressort du texte du collègue installé⁽¹⁾;
- de brillants étudiants et médecins se détournent déjà de la médecine; ils ne veulent pas subir le poids d'un sentiment de culpabilité, alors même que ce qu'ils font est sensé;
- sous la pression budgétaire politique, les hôpitaux universitaires perdent leur innocence parce qu'ils prennent en charge un nombre toujours plus grand de personnes dont la fortune est d'origine douteuse;
- devant la nécessité, les caisses maladie développent des modèles qui, pour réduire les primes des personnes moins fortunées, les privent de certaines prestations.

Il va de soi que dans le domaine de la médecine, ainsi que dans d'autres domaines complexes, certaines procédures doivent être optimisées en permanence. Il s'agit cependant d'un problème accessoire en comparaison de la

question centrale qui est celle de la valeur occupée par la médecine, qui permet la poursuite de la vie, dans la pyramide de nos biens. Pour l'individu isolé, tous les autres biens sont sans importance, lorsque son bien «vie» est menacé. Le fait que le marché ne puisse intervenir dans un tel contexte ne devrait pas être discuté. Ce qui doit par contre être discuté, c'est la raison pour laquelle les politiciens ne s'occupent de ce bien que dans un sens négatif, puisqu'ils ne s'occupent que de savoir comment réduire les dépenses consacrées à la poursuite de la vie. De mon point de vue, l'opinion prédominante à l'heure actuelle, ne voit pas assez loin; nous consacrons en effet un beaucoup plus petite partie de notre revenu au maintien de vie que les générations précédentes. Un exemple à cet égard: il y a environ cent ans (1912), un ménage d'employé suisse devait encore consacrer 40 pour-cent de son revenu à l'alimentation; de nos jours ce chiffre se situe en-dessous de 7 pour-cent⁽²⁾. Des biens tels que la nourriture, l'habillement, le logement ne sont plus rate limiting. C'est une autre chose qui est devenue rate limiting: c'est éviter la mort et l'invalidité en cas de maladie ou d'accident. Je sais de mon activité quotidienne au lit du malade que les êtres malades ou invalides veulent eux aussi vivre. Ce fait ne peut être contredit par aucune enquête auprès de personnes en bonne santé. L'hypothèse selon laquelle nous devons consacrer plutôt 20 à 30 pour-cent que 10–10 pour-cent du produit intérieur brut pour la médecine n'est pas irréaliste, en effet, les domaines d'utilisation les plus importants des organes artificiels et du traitement des maladies génétiques sont encore devant nous.

Une affaire privée?

Selon moi, cette augmentation des coûts de la médecine ne peut être empêchée par une injustice, celle qui consiste à ne pas reconnaître le droit à la prolongation de la vie comme un bien commun et de le considérer comme un bien privé, un bien privé réservé de préférence aux personnes riches – comme c'est le cas actuellement. Il n'empêche, c'est ce que j'ai l'audace d'espérer, dans un avenir proche la politique ne pourra pas se soustraire à l'obligation révélatrice de définir la position de la «vie» dans notre société en comparaison de celle de la possession privée. Encore un rappel: la question difficile et finalement inévitable, que les autorités et les politiciens, mais aus-

si les professeurs et les directeurs de cliniques ont évité d'aborder est la suivante: en cas d'accident et de maladie, des mesures efficaces, appliquées de façon sensée pour prolonger la vie et pour en améliorer la qualité sont-elles un bien dont tout un chacun a le droit de bénéficier, ou ce bien se transformera-t-il en privilège réservé à ceux qui ont beaucoup d'argent.

Mesdames et messieurs, la raison principale pour laquelle j'ai choisi le thème de ce jour est ma conviction que la controverse publique au sujet d'une médecine à deux vitesses qui s'installerait de façon sournoise en Suisse doit être abordée sans délai. A cet égard, beaucoup plus importante que la discussion concernant des concepts micro-et macroéconomiques pour l'optimisation des dépenses de santé, c'est le niveau d'importance que nous voulons accorder aux prestations de la médecine dans l'échelle des valeurs de notre société. Il s'agit en définitive de l'attitude d'attente générale à l'égard du droit de chaque individu à continuer de vivre lorsque la maladie ou l'accident menacent dramatiquement son existence. Ce débat éthique devrait aboutir en Suisse, ainsi que je l'espère, au rejet d'une offre de soins médicaux privilégiant les personnes les plus fortunées; je suis de l'avis que la capacité financière ne doit, ni dans ce pays ni dans aucun autre pays du monde entier, être une raison suffisante pour bénéficier d'une vie plus longue.

Je vous remercie de votre attention.

Littérature

- (1) JEAN-JACQUES FASNACHT, Schweiz Med Forum 2005; 5: 4–5
- (2) FISCHER., Tun und Unterlassen in Politische Ethik, Wilhelm Fink Verlag München, 2006, page 98
- (3) ENGELHARDT, JR. H. TRISTRAM. URBAN WIESING (Hg). Ethik in der Medizin. Stuttgart 2000; 266–268
- (4) SIGNER R. et al., Nature 1938, 141: 122
- (5) Arzneimittelkompendium der Schweiz 2007, page 1235 ou page 2953
- (6) NZZ, 7 août 2007
- (7) FISCHER P., Politische Ethik, Wilhelm Fink Verlag München, 2006, page 170
- (8) FEY M.F., Bulletin des médecins suisses 2007; 88: 31/32, page 1309
- (9) FISCHER P., Politische Ethik, Wilhelm Fink Verlag München, 2006, page 165
- (10) BEKELMAN J.E., JAMA 22/29, 2003, Vol. 289: 454
- (11) JUENI P. et al., Lancet 2004 Dec 4; 364 (9450): 2021. Brit Med Journal June 2002, 324: 1287
- (12) Annuaire statistique de la Suisse

«Craignez toute procédure, comme le diable dans un bénitier!»

Procédures pour pratique ne respectant pas le caractère économique



Dr Oliver Macchi,
bureau d'information juridique
de la Société des
médecins du
canton de Berne

En novembre 2007, à Zurich, santésuisse a organisé un atelier dont le thème était les procédures pour une pratique ne respectant pas le caractère économique. En ma qualité de juriste de la Société des médecins, je suis d'une part souvent confronté à de telles procédures (pour l'ensemble de la Suisse, sur environ 17'000 médecins, quelque 13% d'entre eux ont une statistique «suspecte» et environ 4,5% reçoivent une lettre d'avertissement) et, d'autre part, je suis toujours à la recherche de moyens nouveaux pour aider au plan juridique les médecins attaqués. Mon intérêt pour la manifestation était par conséquent réel. Ce qui en est ressorti n'en a été que plus décevant.

L'atelier de santésuisse «Procédures pour pratique ne respectant pas le caractère économique» a été ouvert par Peter Marbet (directeur de la division politique et communication de santésuisse). Il a présenté un bref survol historique et décrit les bases légales et contractuelles des procédures pour pratique ne respectant pas le caractère économique. Dans un premier temps, il a esquissé le cours de la procédure.

La méthode ANOVA, introduite à partir de l'année statistique 2004, prend en compte les coûts directs et les coûts générés par un médecin, elle calcule ses coûts moyens par patient. Le résultat statistique est ensuite pondéré en fonction de l'âge et du sexe et comparé avec celui de la discipline médicale. Ce dernier résultat statistique est celui qui sert de valeur de base, il est désigné 100%. Celui qui présente une valeur de 130 et plus est considéré comme «suspect».

Marbet poursuit en évoquant ce qu'on nomme des particularités du cabinet (c.-à-

d. des raisons pouvant être acceptées par santésuisse pour expliquer un niveau «suspect» des coûts).

La méthode ANOVA

La deuxième à s'exprimer été Mirjam D'Angelo (directrice du projet santésuisse de procédure pour pratique ne respectant pas le caractère économique) qui s'attarda sur la méthode ANOVA et expliqua en particulier ce qui la distingue de l'ancienne statistique des facturants. Jürg P. Reust (directeur des soins ambulatoires de santésuisse) nous informa ensuite sur ce qui se passe pour des médecins qui, selon la liste ANOVA, sont suspects du point de vue statistique. Il nous assura qu'à l'avenir santésuisse allait utiliser un ton plus aimable et moins agressif lorsqu'elle adressera une première lettre d'avertissement à des médecins qui se sont «mis en évidence» («c'est le ton qui fait la musique» [en français dans le texte, ndt.]).

«Craignez toute procédure, comme le diable dans un bénitier!»

L'orateur qui a poursuivi, l'avocat Dr Dieter Daubitz, de Lucerne, a, selon ses propres indications, représenté à ce jour plus de 500 médecins dans des procédures pour pratique ne respectant pas le caractère économique. Il a lancé un appel pour que, dans toute la mesure du possible, un arrangement soit recherché avec santésuisse et qu'une procédure devant un tribunal soit évitée («Craignez toute procédure, comme le diable dans un bénitier!»). Il faut le faire en raison de la pratique juridique qui prévaut. Ainsi, par exemple, le tribunal fédéral n'a pas encore défini des motifs de justification, de telle sorte que les médecins, dans le cadre de leur défense, ne peuvent s'appuyer sur aucune jurisprudence. C'est la raison également pour laquelle ses recommandations aux médecins présentant des valeurs ANOVA suspectes n'étaient pas de nature juridique.

Un exemple: celui qui fait souvent la garde aura un plus grand nombre de patients, il pourra maintenir ainsi sa valeur moyenne par patient à un niveau plus bas. Daubitz a conclu en présentant, à l'aide de quelques exemples, ce que représente une telle procédure du point de vue économique. C'est ainsi que certains médecins ont dû payer à santésuisse 100'000 francs, alors qu'ils ne

les avaient pas directement facturés mais qu'ils résultaient de «coûts générés» (médicaments, physiothérapie, laboratoire externe). Last but not least, le Dr Urs Stoffel (co-président des sociétés cantonales de médecine) s'exprime sur le sujet «Procédures pour pratique ne respectant pas le caractère économique sous l'angle de vue du médecin».

Et la morale de cette histoire?

Au cours de la discussion qui a suivi, la procédure appliquée actuellement par santésuisse a dû subir le feu de la critique. On a critiqué tant la nature du procédé statistique que le fait qu'elle ne tient pas compte de la morbidité.

De plus, il s'avère que ce sont essentiellement les praticiens de premier recours qui sont contrôlés. Le soussigné, avec quelques autres, fit part de son inquiétude devant le fait que (dans le canton de Berne en particulier) de nombreux médecins qui, bien que pratiquant une médecine de bon niveau (au sens légal également), sont considérés comme «suspects» du point de vue statistique et peuvent même être contraints à des remboursements. L'atelier n'a malheureusement pas été en mesure d'apporter une aide à cet égard (c.-à-dire comment aider ces médecins au plan juridique).

Commentaire du Dr Andreas Bieri, membres du comité de la SMCB

Il est atterrant que sur la seule base d'une statistique inadéquate des médecins soient entraînés devant des tribunaux. Comme Oin-Oin, santésuisse cherche sa clé là où il y a de la lumière, pas là où elle l'a perdue. Tant qu'il est possible de déclarer à un médecin qualifié de «suspect»: «Vous devriez adresser un plus grand nombre de patients en consultation, faire un peu plus de garde et de remplacements, vous descendrez ainsi de 20%», la méthode ANOVA ne fournira aucune statistique valable. On devrait même recommander au médecin qui a un droit limité à la remise de médicaments: «Renvoyez vos patients âgés trop coûteux et remettez directement tous les médicaments, vous éviterez ainsi la taxe pour conseils». En effet, cette dernière lui est attribuée. L'atelier a rappelé l'époque de la Révolution, il y a plus de deux siècles, où la procédure menant à la guillotine (un raccourcissement de 30%) était décrite de façon aussi propre. Comment donc Peter Marbet s'exprimait-il: «La procédure est juridiquement correcte, systématique, elle a un effet préventif et elle est acceptée par les tribunaux». His Manser's voice. Mais: le mandat légal n'est pas appliqué.

Bilan d'étape Medphone



Dr
Niklaus Perreten,
médecin spécia-
liste FMH en
médecine géné-
rale, Gstaad

Les appels téléphoniques de nuits pour des cas bénins constituent une lourde charge pour celui qui assure la garde. Le triage des appels entrants – par Medphone, par exemple – pourrait être en mesure de rendre ce problème moins désagréable. Nous vous proposons ici un bilan

d'étape en provenance de la région de Saanen.

Dans la région de Saanen, le service de garde est assuré par deux cabinets de groupe (l'un situé à Gstaad, l'autre à Saanen), ainsi que par trois cabinets individuels (l'un à Gstaad, deux à Saanen et un autre à Schönried). La région de Saanen est une région touristique. C'est pourquoi on peut constater de grandes fluctuations au niveau de l'effectif de la population à prendre en charge: dans l'entre-saison, ce sont quelque 7'500 personnes qui habitent dans le bassin de recrutement, au cours de la haute-saison, le nombre peut augmenter jusqu'à 30'000 personnes!

Chacun de ceux qui participent à la garde doit l'assumer 5 à 6 fois par mois durant 24 heures (pour cause de vacances, formation continue, service militaire, le nombre des médecins est souvent réduit). Pendant plu-

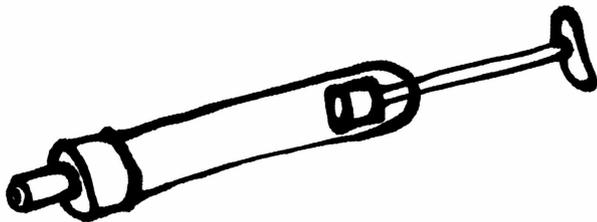
sieurs années, nous disposions d'un numéro d'appel commun. La centrale se trouvait à l'hôpital de Saanen et le numéro d'appel urgent y était dévié en fonction de la liste de garde.

L'adhésion à Medphone

Après des évaluations approfondies entre collègues, nous avons pris la décision, le 14.2.2006, d'adhérer à Medphone.

Avantages

Medphone se charge du triage des appels entrants provenant de notre région et se charge de les faire suivre vers le médecin en service selon la liste de garde. Il a été possible de réduire considérablement le nombre des appels de nuits désagréables qui, dans notre région, sont fort nombreux. Il est fréquemment possible au personnel de Medphone, bien formé et expérimenté, de résoudre des cas bénins ou de les repousser jusqu'au jour ouvrable suivant. Il convient de signaler aux patientes et aux patients que les consultations de nuit ou le



Fränzi hält Händchen.

Kein Wunder, wird unser Ambulatorium immer wieder gerne genutzt. Für Blutentnahmen etwa in schwierigen Fällen oder bei Abwesenheit des behandelnden Arztes, auf Wunsch auch am Krankenbett. Dazu kommen: 24h-EKG, 24h-Blutdruck, Pulsoximetrie sowie eine sorgfältige Auswertung durch unsere konsiliarischen Spezialisten. Und hier wie da stets ein freundliches Wort von Fränzi, unserer medizinischen Laborantin.

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 K ÄRZTEKASSE
C M CAISSE DES MÉDECINS
CASSA DEI MEDICI

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

Appels téléphoniques région de Saanen

Mois	Nombre d'appels	Appels de 23.00 à 08.00	Mise en contact avec médecin	Conseils	Mise en contact avec hôpital	SanPol
Janvier	81	7	68	11	2	
Février	68	5	60	6	2	
Mars	49	6	32	9	8	
Avril	41	3	32	5	4	
Mai	48	8	37	7	4	
Juin	37	3	25	10	2	
Juillet	58	5	49	6	3	
Àoût	58	5	43	12	3	
Septembre	33	8	27	5	1	
Octobre	39	6	22	15	2	
Novembre	23	3	17	4	2	
Décembre	112	9	91	16	1	4
Total	647	69	503	106	34	4
	100%		77.74%	16.38%	5.26%	0.62%

dimanche coûtent, selon Tarmed, beaucoup plus cher. Cela provoque souvent un changement dans l'appréciation de l'urgence.

Inconvénients

Il est bien connu que les réponders téléphoniques – qui dirigent vers Medphone – ne sont souvent pas ou insuffisamment écoutés. Cela se termine souvent par plusieurs essais angoissés d'appels à un cabinet médical.

Un autre problème est celui du nombre des langues parlées dans notre région. La majorité des réponders sont programmés en allemand et français, mais nombreuses sont les personnes résidant dans notre région qui ne comprennent pas ces langues.

Les collaboratrices de Medphone sont parfois confrontées aux mêmes problèmes, si elles ne parlent pas anglais, portugais ou espagnol, voire même serbo-croate ou arabe. Mais comme nous vivons en Suisse, on peut attendre des patients qu'ils fassent l'effort de se renseigner dans l'une de nos langues.

Coûts

Chaque médecin inscrit auprès de Medphone paye une contribution annuelle qui se monte actuellement à fr 624.10. Pour les patients, les coûts des appels téléphoniques se montent à 98 centimes par minute.

Statistique

Le tableau ci-joint présente un résumé des appels traités.

Résumé

En ce qui concerne mon cabinet, la collaboration à Medphone s'est avérée utile. J'attends avant tout de continuer à être soulagé des appels de nuits pénibles. Au cours de la journée, les appels sont beaucoup moins désagréables et peuvent généralement être assumés par mon personnel.

Je souhaiterais que la population soit sensibilisée de façon telle qu'elle renonce à des appels inutiles dans des cas de maladies ou d'accidents bénins.

Agenda 2008

- 27 mars:** assemblée des délégués, après-midi
- 29 mai:** assemblées des cercles médicaux, ensemble du canton
- 19 juin:** assemblée des délégués, après-midi
- 23 octobre:** assemblée des délégués, après-midi
- 25 octobre:** inauguration 200^{ème} anniversaire de la SMCB
- 13 novembre:** assemblées des cercles médicaux, ensemble du canton
- 19–22 novembre:** BETAKLI

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.
Responsable du 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@forump.ch
Annonces: P. Wolf, Bolligenstrasse 52, 3006 Berne
Tél. 031 330 90 00; Fax 031 330 90 03;
E-Mail: pwolf@bekag.ch
Mise en page: Marianne Kocher, Service de presse et d'information, Postgasse 19, 3000 Berne 8
Impression: Druckerei Hofer Bümpliz AG, 3018 Berne
Edition février 2008

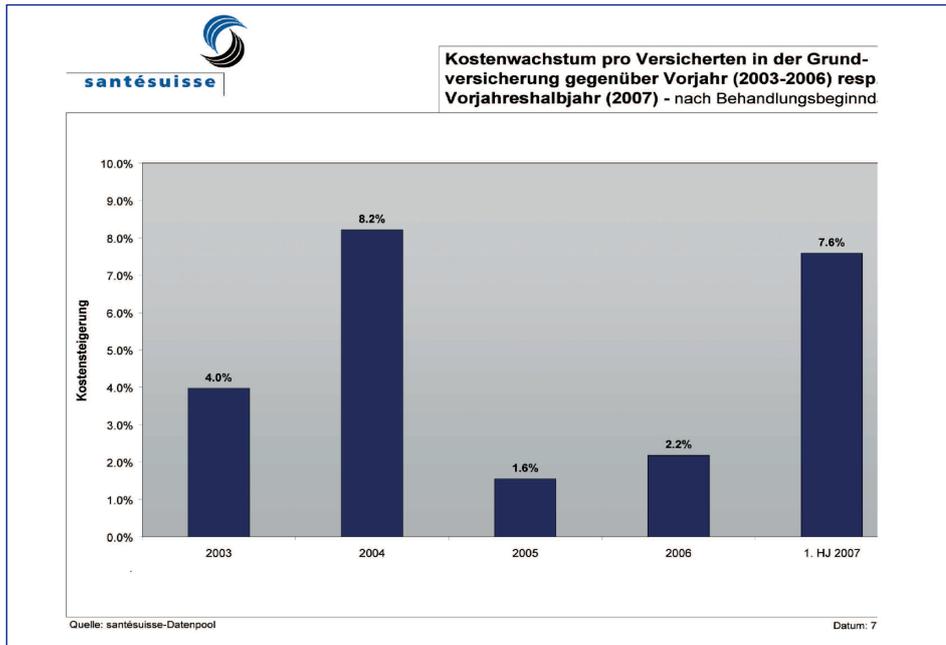
«La magouille du mois» ...

... c'est ainsi qu'il ne faut **pas qualifier** le graphique de santésuisse au sujet de l'évolution des coûts au cours du premier semestre 2007, publié dans la revue des assureurs suisses de novembre 2007! Elle concerne l'augmentation des coûts en général dans l'assurance de base. Elle sug-

gère néanmoins que les mesures d'économie pour la limitation de l'augmentation des coûts dans l'assurance de base semblent de nouveau partir en fumée en raison de comportement de facturation des prestataires se soins.



Dr Beat Gafner,
responsable du
groupe Écono-
mie, membre du
comité de la
Société des
médecins du
canton de Berne



Gardons – un bref instant – en mémoire: **+ 7,6%** pool des données de santésuisse, considérons le pool des données de l'office fédéral de la santé publique, nous ne constatons plus qu'une augmentation de **+ 4,7%** OFSP

Et que disent les chiffres de **PonteNova** au sujet de l'augmentation cumulée des chiffres d'affaire par patient jusqu'en juin 2007, en comparaison de janvier à juin 2006?

+ 1,5% PonteNova
+ 0,7%

voire même, sans médicaments

Il en va de même pour ce qui concerne les courbes «Chiffre d'affaire par patient et par année» (coûts médicaux, de laboratoire et de physiothérapie) qui montrent une évolution monotone et non spectaculaire (diagramme p. 11) si on les compare avec le diagramme de santésuisse présenté en introduction.

Vous pouvez constater ce qu'il est possible de faire avec des pools de données comparables, mais également ce qu'il est possible de caricaturer! Le groupe Économie, qui planche régulièrement avec PonteNova, analyse les données que nous avons livrées, nous autres praticiens. Les chiffres englobant la totalité de ceux qui fournissent de données sont représentatifs.

Voyons maintenant les chiffres détaillés du canton de Berne, tels qu'ils ont été collectés et qui sont ceux que le groupe Économie analyse en faveur du comité de la SMCB.

1 Utilisation du tarif Tarmed

En principe, l'augmentation des coûts concerne différentes positions tarifaires, toujours les mêmes. Le comportement de facturation ne met en évidence aucune différence fondamentale par mois si l'on compare l'année 2006 avec 2007.

La position 00.0020 «Consultation, pour chaque période de 5 minutes supplémentaire», a, du point de vue du chiffre d'affaire, connu une augmentation d'environ 11% de 2005 à 2006 parmi les praticiens de premier recours du canton de Berne. A titre de comparaison: la même position pour les praticiens de premier recours de

l'ensemble de la Suisse a subi une augmentation de 8,2%. Tenant compte d'un nombre plus ou moins identique de séances, ce chiffre de 11% indique une durée moyenne des séances plus longue et, ainsi, **une meilleure prise en charge médicale de la population du canton de Berne** résultant d'une demande plus grande de la part des patients. Des modifications dans le collectif de nous autres les prestataires de soins concernés exercent évidemment une influence sur ces modifications du chiffre d'affaire, tout particulièrement lorsque ces changements sont si faibles. Pour la SMCB c'est une raison de plus pour souhaiter pouvoir disposer des bases de données aussi complètes que possibles et stables concernant le comportement de facturation.

L'influence des exigences plus grandes en ce qui concerne la prévention et le traitement peut être constaté en prenant, dans le «Groupe des prestataires invasifs» l'exemple des gastroentérologues.

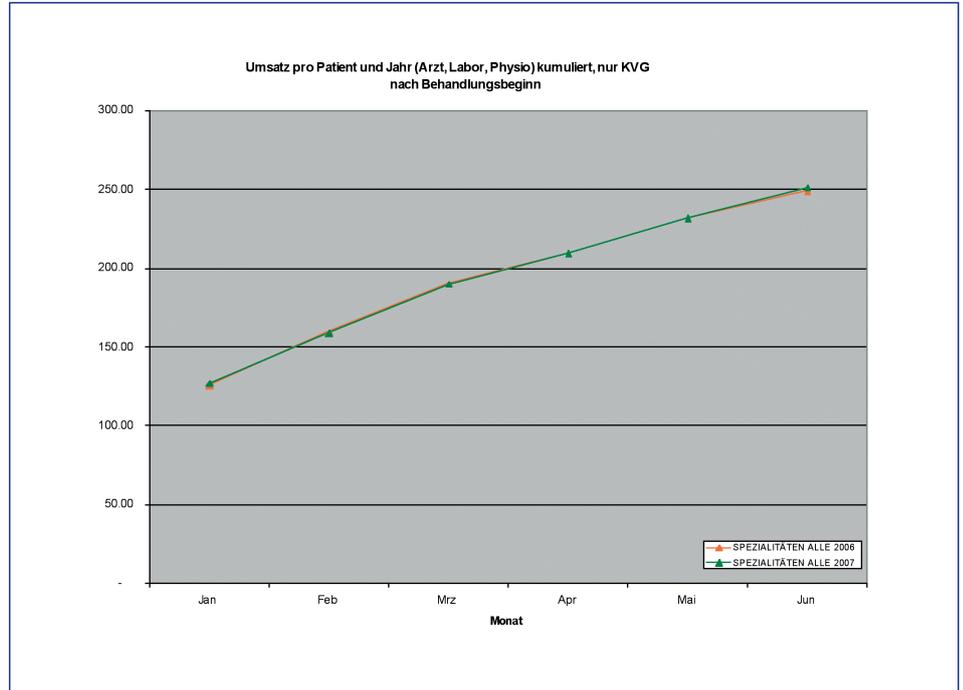
En fonction de **guidelines raisonnables et se fondant sur des bases solides**, sur demande des médecins de famille, on tend vers une surveillance prophylactique plus intense qui a pour conséquence un chiffre d'affaire augmenté pour les endoscopies et les coloscopies.

Ici, j'insiste tout spécialement sur le fait que, dans l'analyse des données de chiffre d'affaire, la structure quantitative des prestations de bases fournies représente un poids beaucoup plus important que celui de quelques positions individuelles, hautement tarifées de spécialistes.

2 Médicaments (seulement LAMal)

Toutes les sociétés de discipline prises collectivement, si l'on compare la période de janvier à juin 06 avec janvier à juin 07, montrent une augmentation du chiffre d'affaire pour les médicaments d'environ **+0,8%**. C'est un chiffre qui atteste d'une grande réserve. Essayons maintenant d'examiner ce chiffre dans les détails, nous constatons alors que le groupe des **médicaments oncologiques** se met en évidence en étant responsable d'environ 60% de l'augmenta-

tion du chiffre d'affaire des médicaments dans le groupe «Spécialistes internistes». Un tribut à payer à un traitement moderne du cancer et de plus en plus différencié. Par ces exemples, augmentation des dépenses pour médicaments dans le cas de progrès thérapeutiques, introduction de guidelines améliorés, augmentation du chiffre d'affaire en raison de meilleure prise en charge exigeant plus de temps et des mesures mises en route par les autorités (p.ex. de nouvelles recommandations vaccinales pour les enfants et les adultes), nous voulons démontrer combien les médecins sont dépendants des changements intervenus dans des conditions cadres ne cessant de se modifier ainsi que de la recherche médicale. Une évaluation des coûts sous le seul angle de vue de données insuffisamment consolidées, comme celle dont nous avons pris connaissance au début de l'article dans l'exemple de santésuisse pour le premier semestre 2007, me fait penser à un pur effet tape-à-l'œil.



Où vont les tarifs – état des données en Suisse

Compte rendu du symposium de la FMH du 29.11.07 à Berne



Dr Andreas Bieri,
membre du
groupe Économie,
membre du
comité de la
Société des
médecins du
canton de Berne

Sous la présidence de Ernst Gähler (comité central FMH), le symposium «Où vont les tarifs – état des données en Suisse» a été organisé le 29 novembre à Berne. L'élément essentiel qui en résulte peut s'intituler: nous autres médecins disposons de très loin des meilleures données statistiques. Mais nous devons encore apprendre à utiliser ce matériel.

Le symposium de la FMH «Où vont les tarifs – état des données en Suisse» a été ouvert par le directeur remplaçant de santésuisse, Stefan Kaufmann. Il a informé au sujet de l'état des données chez les assureurs maladies. Les chiffres de santésuisse prennent en considération 60% de l'ensemble des coûts. Environ 60% des médecins et environ 50% des hôpitaux ont été

pris en compte. Les prestations de base ne constituent qu'à peine 50%. Kaufmann indique que les praticiens de premier recours (généralistes et internistes) vivent à plus de 90% des prestations de base. santésuisse se déclare disposée à entrer en discussion sur d'éventuelles modifications à ce sujet. Une demande dans ce sens devrait toutefois venir des médecins. De l'entrée en vigueur de Tarmed jusqu'à 2006, les coûts ambulatoires par assuré (y compris médicaments) ont augmenté de 2,35%. En ce qui concerne l'évolution de Tarmed, santésuisse s'est fixé les buts suivants: réduction de la complexité, raffermissement de la nomenclature, vérification du minutage et des valeurs de base.

Prévenir les attaques

Ernst Gähler (FMH) informe que le nombre des factures et celui des trustcenters est en augmentation. Rétrospectivement, l'introduction du forfait pour urgence est restée neutre au niveau des coûts. Le nombre des forfaits pour urgence facturés a été réduit. La part des forfaits pour urgence facturés en ville s'élève à 2,4%, en région rurale à 5,5%. Gähler insiste qu'il est essentiel pour la FMH de pouvoir disposer de ses propres chiffres. C'est la seule manière, pour les médecins de prévenir les attaques.

NewIndex, représentée par Philipp Baumann, dispose d'un nombre tel de chiffres, qu'en Suisse elle a un rôle de leader. Avec une avance de 2 à 3 mois sur les autres institutions, les données de NewIndex sont rapidement à disposition. Pour l'ensemble de la Suisse, 80% des praticiens de premier recours et 30% des spécialistes sont affiliés à NewIndex. Sur les cabinets associés, 98% fournissent régulièrement des données. En cas d'affirmation injustifiée – de la part de santésuisse par exemple – il est possible, grâce aux chiffres de NewIndex de réagir rapidement et de façon fondée.

Les données de NewIndex ne sont pas publiques. Le «NAKO-Gremium» peut décider de leur utilisation. D'après Philipp Baumann, NewIndex planifie les projets suivants: prise en compte de ROKO, prise en compte des médicaments prescrits, prise en considération de la liste des diagnostics dans le but de l'inclusion de la morbidité.

Il y a lieu de regretter que les données de NewIndex ne soient majoritairement utilisées par les médecins que devant la menace d'une procédure pour non respect de l'économie. En d'autres termes, au niveau des cabinets: lorsque la lettre arrive. Dans le cas des Sociétés de médecine: quand quelque chose est publié par la presse. Philipp Baumann indique qu'il est possible de se servir du miroir du cabinet pour améliorer la rentabilité. De plus, NewIndex pourrait être en mesure d'établir des pronostics sur les coûts à envisager à l'avenir.

D'autres doivent beaucoup investir pour disposer de telles données. Nous en disposons. Servons-nous en!

«Les filles font leur apparition»

Marie Heim-Vögtlin, la première femme médecin suisse



Le Dr Marie Heim-Vögtlin (1845–1916), première femme médecin suisse, a eu une vie entre tradition et modernité. Une biographie de l'historienne Verena E. Müller, récemment parue, illustre les obstacles que cette femme a dû vaincre.

Marie Heim-Vögtlin, âgée de 24 ans, alors qu'elle vient de commencer ses études de médecine, adresse les lignes suivantes à son amie: «... un chemin semé d'épines, rempli de difficultés. Mais aucune d'entre elles n'est insurmontable, j'ai l'intention de toutes les surmonter...» Nous sommes en 1867 et ces lignes ont été écrites par la première étudiante en médecine suisse.

Par le choix de sa profession, Marie Heim-Vögtlin a éveillé l'intérêt du public, même la presse a parlé de son projet. La jeune femme a dû accepter les sarcasmes et les moqueries.

Marie Heim-Vögtlin, fille de pasteur, a grandi dans un milieu conservateur. Elle a reçu une excellente éducation de la part de maîtres privés. A l'adolescence, elle a suivi la voie traditionnelle des femmes de la bourgeoisie d'alors: elle s'est occupée du ménage de son père devenu veuf et consacrait son temps libre à la lecture et aux promenades. Mais cette fille de pasteur ne se sentait pas assez occupée par la cuisine et la couture, le piano et l'échange épistolaire. Elle utilisait chaque minute libre pour étudier le latin et les mathématiques, se préparant ainsi à être en mesure d'affronter l'université.

Il est remarquable pour l'époque que le

père, tout conservateur qu'il était, ait non seulement toléré l'ambition de sa fille mais l'ait fermement appuyée. Grâce à sa signature, Marie Heim-Vögtlin a finalement été acceptée par l'université de Zurich.

En 1865, la russe Nadezda Suslova est venue à Zurich pour y étudier la médecine. On venait de l'exclure, parce que femme, des études universitaires à Saint-Petersbourg. La russe avait créé un précédent: une majorité des enseignants de l'université de Zurich, d'esprit libéral, s'est engagé contre une minorité luttant à couteaux tirés. Suslova a été autorisée à se présenter aux examens en 1867. Une date historique pour l'accès des femmes aux études. L'université de Zurich, ce faisant – première université du monde de langue allemande – était la première à s'ouvrir aux femmes.

Un rejet brutal

Deux ans plus tard, Marie Heim-Vögtlin était la première suisse à commencer des études de médecine. Après son examen final, elle a passé un semestre de formation postgraduée à Leipzig. Dans les lettres à son amie, elle parle de rejet brutal et d'injures de la part des condisciples. De retour à Zurich, elle se consacre à sa thèse de doctorat intitulée «Au sujet des constatations au niveau des organes génitaux après l'accouchement». Le 11 juillet 1874, elle fut la première citoyenne suisse

à se présenter à l'examen du doctorat à l'université de Zurich. Un jour qu'il convient de garder en mémoire dans l'histoire de l'accès des femmes aux études.

A la suite de sa promotion, Marie Heim-Vögtlin a ouvert un cabinet à la Hottingersstrasse de Zurich. Respectant ses convictions, elle n'interrompt pas son activité professionnelle après la naissance de ses enfants. Avec son mari, Alfred Heim, professeur de géographie, elle mena une vie de couple moderne, même selon des critères actuels.

A côté de son cabinet, Marie Heim-Vögtlin s'est engagée pour la professionnalisation de la profession d'infirmière dans le cadre de la première école pour infirmières de Suisse. Elle était en faveur du droit de vote des femmes et participait activement à la lutte pour l'abstinence.

Une grave maladie contraignit Marie Heim-Vögtlin à abandonner son activité professionnelle en 1914. Une décision pénible pour celle qui était sans cesse occupée. Son état s'aggrava de plus en plus malgré de nombreux séjours de cure. La première femme médecin suisse est morte de tuberculose le 7 novembre 1916, à l'âge de 70 ans.

Sandra Küttel,
service de presse et d'information de la
Société bernoise des médecins

Littérature

MÜLLER, VERENA E.:
Marie Heim-Vögtlin – Die erste schweizer Ärztin (1845–1916). Ein Leben zwischen Tradition und Aufbruch.
Verlag Hier+Jetzt, Baden: 2007

Les BETAKLI 2008 (Journées bernoises de la clinique)

auront lieu du 19 au 22 novembre 2008 à la clinique de pédiatrie de l'hôpital de l'île

La commission de programme, une fois de plus, prévoit un programme varié. Un mélange de ce qui a fait ses preuves et de neuf. Les sujets traités relèvent de la pratique. Dans leurs diverses manifestations, les Betakli sont censées être un lieu d'échange de savoir entre spécialistes et le cabinet et donner des impulsions nouvelles au niveau de la pratique.

Réservez dès maintenant ces dates, un programme intéressant vous attend avec de nombreuses surprises. Le programme définitif et les inscriptions vous parviendront en juin 2008.

Les Betakli sont une formation continue reconnue par la Société suisse de médecine générale et la Société suisse de médecine interne.

Piroschka Wolf
Responsable du secrétariat
Membre du comité d'organisation des Betakli