



N° 3 • Juin 2008

doc.be

Ärztegesellschaft des Kantons Bern
Société des médecins du canton de
Berne

www.berner-aerzte.ch

La compensation des risques et le vote du 1^{er} juin

Plus de concurrence, de la transparence et le libre choix, voilà ce qu'aurait dû nous apporter le 1^{er} juin, en même temps que plus de qualité, c'est du moins ce que prétendaient Messieurs Manser et Gutzwiller.

Il convient certainement à l'avenir d'accorder plus de considération à ces quatre notions. Mais il me semble qu'on est en train de poser le toit d'une maison avant d'avoir creusé les fondations: aussi longtemps que certaines caisses et leur champion Couchepin refuseront inébranlablement d'adapter aux réalités actuelles une compensation des risques datant de l'âge de la pierre et indigne d'un état moderne, le baratin concernant plus de transparence et de concurrence ne sera que pure tartuferie. A l'avenir, les caisses poursuivraient avec encore plus d'opiniâtreté, au détriment de tous, leurs petites affaires de sélection des risques.

Les médecins, de leur côté, ne se sont malheureusement pas couverts de gloire: si nous ne voulons plus continuer d'apparaître comme les éternels «Neinsager» manquant de transparence, nous devrions, au niveau de la politique professionnelle, enfin sortir de notre tour d'ivoire et gagner les basses terres de la politique au jour le jour. Il n'y plus de temps à perdre pour les controverses internes, ésotériques et chronophages autour de la qualité. Ce qu'il nous faut à l'heure actuelle, ce sont des coalitions pragmatiques avec des caisses maladie conscientes de leurs responsabilités et des politiciens de la santé. Accepter d'entrer en matière pour une compensation moderne des risques est une preuve par l'acte de la part de tous ceux qui sont concernés par les progrès réels dans le domaine de la santé. Il en résultera de la transparence et, par conséquent, plus de concurrence et de qualité, cela ne concernera pas les seuls prestataires de soins mais, pour le bien de tous, également les caisses.

Qui pourrait s'opposer – quelques moutons noirs dans les rangs des caisses, peut-être? Il y en a en effet autant que chez les médecins. En conclusion: une compensation des risques loyale pourrait représenter l'antibiotique à large spectre contre les moutons noirs de toute nature dans le domaine de la santé!

Peter Baumgartner,
membre du comité de la Société des médecins
du canton de Berne

Décisions de l'AD du 19.6.08 2

Communications du secrétaire 2

Après la votation du 1^{er} juin 3

Remise des diplômes de la Faculté de
médecine de l'Université de Berne 4

Achat des billets pour les
manifestations du 200^e anniversaire 6

Théâtre: «Knock» 7

Modèle à l'essai «Assistanat au cabinet» 8

Un traitement équitable?
Le rationnement
dans le domaine de la médecine 9

Medphone: des faits et des chiffres 10

Celui qui commande, paye 11

Service de garde d'urgence
en Haute-Argovie 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

Décisions de l'AD du 19.6.2008



Dr Thomas
Eichenberger,
secrétaire de la
SMCB

1 Budget global du 200^e anniversaire

Adopté à l'unanimité.

Motifs:

La fourniture des soins médicaux à la population est de la plus haute importance. Les festivités prévues au programme du 200^e anniversaire sont une excellente opportunité, pour la Société des médecins du canton de Berne (SMCB), de présenter à la population, aux politiciens et aux médias les principales missions des médecins. Tenant compte de l'importance de cet événement, la SMCB n'a reculé devant aucune peine pour mettre sur pied une organisation aussi professionnelle que possible. Ce projet n'a pu toutefois se réaliser que grâce à un engagement extraordinaire de nos membres à tous les niveaux de la société. Le comité cantonal est convaincu du succès de l'entreprise, il appelle à la participation de tous les membres et de leur famille et invite ces derniers à encourager leurs amis et connaissances à assister avec eux aux représentations théâtrales et aux concerts.

Le budget, élaboré soigneusement, adapté régulièrement à l'évolution des coûts, s'élève à CHF 1'106'000.-. Le comité prévoit un déficit d'un ordre de grandeur de CHF 41'000.-. L'assemblée des délégués a adopté à l'unanimité ce budget proposé par le comité, en toute connaissance des risques découlant d'une telle manifestation festive et manifesté ainsi sa pleine confiance aux responsables.

Le comité cantonal adresse à l'AD ses remerciements. Il convient ici de dire une nouvelle fois que la publicité active, la col-

laboration et la participation de nos membres, de même que la motivation de la population à assister sont indispensables pour réaliser les objectifs budgétaires.

2 Nouveau logo de la SMCB

(voir illustration)

Adopté par 41 oui, 4 non et 6 abstentions

Motifs:

L'assemblée des délégués avait chargé le comité cantonal de faire procéder à l'élaboration d'un nouveau logo dérivé du logo actuel, en mettant au premier plan la simplicité et la facilité à le reproduire sur l'Internet, le papier à lettre, etc., dans toutes les dimensions possibles.

Le nouveau logo créé par le graphiste connu Stephan Bundi, sur la base de la gravure sur bois de Paul Bösch (voir l'ancien logo), répond à toutes les exigences dans la mesure où l'essentiel de l'ancien logo (ours stylisé avec caducée) a été transposé sous une forme plus moderne. L'assemblée des délégués, ainsi que le comité cantonal, tenaient avant tout à ne pas jeter par-dessus bord la valeur de reconnaissance du logo actuel par un logo totalement nouveau et inconnu.



Le nouveau logo revu a un caractère fonctionnel: il peut être utilisé sans problème pour les publications, la correspondance, les envois par FAX et Internet.

Agenda 2008

23 octobre: Assemblée des délégués, après-midi

25 octobre: Inauguration du 200^e anniversaire de la SMCB

13 novembre: Assemblées des différents cercles médicaux, tout le canton

19 – 22 novembre: BETAKLI

Communications du secrétaire

Vérification de la solvabilité

Les problèmes d'encaissement dans le cas de mauvais payeurs connus sont de plus en plus fréquents dans les cabinets médicaux. Le risque de croire augmente. C'est pourquoi la Société des médecins du canton de Berne a conclu un contrat de collaboration avec la firme InkassoMed. En signant un contrat de partenariat à ce sujet, nos membres ont la possibilité d'obtenir une réponse «solvable» ou «non solvable» à leur interrogation au sujet de la solvabilité. Une telle demande, résultant de l'application d'un contrat, ne peut être attaquée sur la base de la loi fédérale sur la protection des données, sous réserve du respect de certaines conditions. Le contrat permet un nombre illimité de demandes pour le prix de CHF 250.- par année (voir le prospectus en annexe). Sur la base des renseignements concernant la solvabilité, on peut renoncer à la conclusion d'un mandat de traitement sans indication des motifs. Il convient toutefois, dans ce contexte, de rappeler qu'il n'est évidemment pas admissible de refuser de fournir un traitement urgent en fonction de renseignements concernant la solvabilité. Nos membres sont entièrement libres de décider s'ils entendent bénéficier de cette prestation ou s'ils préfèrent y renoncer.

Après la votation fédérale du 1^{er} juin Une double stratégie dès maintenant

Après la victoire lors de la votation du 1^{er} juin, la lutte se poursuit pour les réformes du domaine de la santé. Une stratégie double s'impose. Les médecins doivent se montrer offensifs en présentant leurs propres projets au public. Au niveau de la défense, on se prépare à redoubler d'efforts dans le cas où les caisses devraient d'enhardir à s'attaquer une nouvelle fois au libre choix du médecin.

Le 1^{er} juin nous avons pu récolter la moisson méritée d'une lutte électorale menée avec rudesse. Le rejet massif de l'article constitutionnel soumis à votation peut être attribué à parts égales aux patients et aux médecins.

La campagne dans le canton de Berne – et au-delà

La Société des médecins du canton de Berne, sur injonction politique de son comité et de son président, a même exercé une influence au niveau de la campagne nationale. C'est ainsi que la SMCB a organisé l'envoi de 70'000 badges portant le slogan de la campagne à plus de 30 organisations et sections des trois régions linguistiques de la Suisse. Le Tages-Anzeiger zurichois a même jugé cette action digne d'un article. L'élément principal de la campagne bernoise a attiré tout particulièrement l'attention: il s'agit d'une série de plus de 300 annonces témoignage publiées dans de nombreux journaux, de l'«Anzeiger Amt Interlaken» jusqu'à la «Zulgpost». Un numéro spécial de «Politique + Patient», avec un tirage de plus de 120'000 exemplaires, a été diffusé du lac de Genève au lac de Constance. L'engagement au niveau de la politique professionnelle de nombreux membres de la Société des médecins du canton de Berne a beaucoup impressionné. Certains d'entre eux sont mêmes parvenus à motiver des assemblées de parti de l'UDC et du PR – nos adversaires lors de cette votation – à se déterminer en faveur du non!

Les résultats

Les efforts ont payé. Dans le canton de Berne, la modification constitutionnelle proposée a été rejetée massivement par plus des deux tiers des électrices et des électeurs. En comparaison des grands cantons de Zurich, Lucerne, St-Gall ou Argovie, nous réalisons, dans le canton de Berne, une proportion de votes négatifs supérieure de 8 à 10%. En Suisse romande, le pro-

jet des caisses a été proprement lessivé: dans les cantons de Genève et de Vaud, l'article sur la santé n'a été approuvé que par un citoyen sur dix ayant le droit de vote. On attend une analyse Vox détaillée pour la fin de l'été.

Pour des réformes ...

L'attitude de l'organisation faïtière de l'économie économisuisse a déçu. Elle affirmait avec beaucoup de sérieux: «L'article constitutionnel ne limite pas le libre choix, elle le renforcerait plutôt.» Il s'agissait d'une déclaration en novlangue, dans le sens de la funèbre vision de l'avenir de George Orwell dans «1984». Le moment est maintenant venu de combler des fossés politiques et, devant le succès électoral, d'agir en tenant compte de nos responsabilités. Pour de nombreux adversaires du projet, la position de la Neue Zürcher Zeitung était typique, ils considéraient positive la «liberté de contracter» mais trouvaient l'article constitutionnel «inutile». Il faut faire preuve encore beaucoup d'efforts pour convaincre. Prendre ses responsabilités signifie agir au plan politique avec ses propres propositions de réformes. A cet égard, les médecins ne seront dignes de foi que s'ils soumettent sans tabou tous les domaines du système de la santé à un examen critique.

Parmi ceux-ci figurent tant un dégraissage du catalogue des prestations qu'une réévaluation des critères d'économie; mais l'efficacité des prestations médicales et leur qualité doivent également être prises au sérieux. Dans «Politique + Patient» annexé au présent numéro, on mentionne certains projets de réformes («Comment les médecins reformeraient-ils le domaine de la santé?»).

... des mots sans équivoque à l'adresse de nos adversaires

Nous devons affirmer clairement à nos adversaires politiques que les médecins combattront avec véhémence tout projet qui permettrait aux caisses d'exclure arbitrairement des prestataires de soins en fonction de critères économiques. Le comité de la Société des médecins du canton de Berne ne se fait pas d'illusions. La commission de la santé publique du Conseil des États a ainsi déclaré en février, donc quelques mois avant la décision populaire du 1^{er} juin, qu'elle poursuivrait ses travaux en vue d'un allègement de l'obligation de contracter, même en cas de rejet de l'article constitutionnel. Nous allons, dès maintenant, constituer notre fonds pour des activités publiques afin de nous préparer en prévision de la prochaine attaque contre le libre choix du médecin. Il s'agit ici aussi d'une double stratégie: nous allons affronter avec des moyens doublés une nouvelle tentative de confier aux caisses le choix des médecins.

Marco Tackenberg,
service de presse et d'information



La responsable de la communication de la FMH et le président de la SMCB dans la base de nos adversaires politiques, sur la Waisenhausplatz de Berne.

Si je pouvais être loin d'ici!

Allocution de Mme Prof. Kathrin Mühlemann, à l'occasion de la remise des diplômes de la Faculté de médecine de l'Université de Berne, le 28 mars 2008

Mesdames, Messieurs,
chers collègues, chers collègues,

Ce soir, c'est vous que nous fêtons – j'espère que vous appréciez cet instant, que vous être heureux et fiers du but que vous avez atteint.

Il y a quelques années, lorsque j'assistais à ma propre remise de diplôme, j'étais très heureuse d'être arrivée au terme de mes études. J'avais commencé l'université pleine d'enthousiasme et maintenant, six ans plus tard, mon enthousiasme était proche du point zéro – je ne voulais pas d'une fête, je voulais **être loin d'ici!** Aussi loin que possible. Quelques semaines plus tard, j'occupais mon premier poste d'assistante dans un hôpital pédiatrique du nord de l'Italie.

Mon entourage n'avait pas réagi favorablement à mon choix professionnel. Pourquoi l'Italie précisément, d'accord pour des vacances, mais pour la médecine? Ce n'est évidemment pas la médecine de haut niveau technique et qualitatif d'un hôpital suisse dont je fis la connaissance à l'époque au Stabilimento Ospedaliero Santa Maria delle Misericordia. Certains aspects pouvaient même inquiéter. On venait d'envoyer le chef de l'obstétrique à la retraite – on disait qu'il portait le surnom secret d'Hérode, parce que, sous sa direction, la mortalité infantile était apparemment trop élevée. Il y avait aussi des aspects modernes. C'est la première fois que j'étais confrontée à des modèles alternatifs de temps de travail. La journée de travail, pour les médecins assistants, débutait à 9 h du matin, et à 14 h le service de nuit commençait déjà. Entre deux, il y avait le repas de midi à la cantine. Au menu on pouvait choisir entre un fruit ou un jus de fruit fermenté – un verre de vin rouge.

La durée très courte du travail de mes collègues italiennes me convenait parfaitement. Dans un élan très suisse, j'ai adopté immédiatement tous les nouveaux-nés au titre de mes propres patients. La plupart, heureusement, ne présentaient que des problèmes anodins.

En dépit de toutes les insuffisances, j'ai trouvé dans cet hôpital italien ce qui était pour moi, à ce moment, la chose la plus importante. **J'étais enfin arrivée dans le domaine de la médecine clinique.** Enfin, tout commençait – après six ans, je me considérais pour la première fois comme un médecin. J'aurais certainement connu le même sentiment dans un hôpital suisse.



Prof. Kathrin Mühlemann, MD PhD, Institut des maladies infectieuses, Université de Berne

A l'époque, je n'étais pas consciente que mon insatisfaction après six années d'université et que le soulagement à la suite de l'arrivée en clinique, étaient la première collision frontale avec la contradiction de la médecine: la contradiction entre une profession à la fois académique et artisanale, qui se réunit dans la médecine. Elle confère à la médecine une envergure considérable et une profondeur qui font d'elle une des professions les plus belles et les plus remplies de satisfactions, mais aussi, parfois, fait d'elle une épreuve – c'est ce qui maintient la tension.

La médecine, un artisanat

Artisanat signifie, entre autres, produire une prestation à la demande. C'est là que nous nous voyons comme des médecins: je considère toujours le pas en direction de la chambre d'un patient, le premier contact et la question «qu'est-ce qui ne va pas?» comme un des moments les plus magiques. Les techniques d'imagerie modernes, telle la tomodensitométrie, peuvent nous fournir des images les plus extraordinaires de l'intérieur de notre corps et de constater des anomalies. Elles ne remplacent pourtant pas l'examen physique d'un patient. Pour moi, l'examen représente souvent un moment précieux qui me permet de passer un peu

plus de temps avec un patient et de mieux comprendre son état. Tout ne va pas mieux grâce à l'efficacité. Il faut du temps pour beaucoup de choses, il faut créer la confiance réciproque et s'approcher progressivement du monde de celui qui est en face de nous.

L'art du médecin consiste à considérer la souffrance d'une personne dans sa totalité et, chaque fois que c'est possible, de lui procurer la guérison ou le soulagement. Ce sont des exigences très difficiles. Les progrès de la médecine les rendent à la fois plus faciles et plus difficiles à atteindre – **puisque le principe selon lequel il ne faut pas nuire s'applique toujours.** Lorsqu'une jeune fille ou un jeune homme entre en apprentissage, on lui donne le conseil suivant: c'est de tes fautes que tu retireras le plus grand profit, essaie d'en faire le plus possible, fais des fautes de préférence durant l'apprentissage, puisque c'est ton maître d'apprentissage qui paye ce que tu devras payer plus tard de ta poche. Je dis la même chose à ceux qui travaillent à leur doctorat dans mon laboratoire. Mais ce n'est évidemment pas ce que j'ai l'intention de **vous** dire ce soir en ce qui concerne l'activité clinique.

L'exigence à laquelle nous autres médecins sommes soumis est souvent de ne commettre aucune faute – une chose impossible. Vous allez commettre des fautes et vous souhaitez à ce moment – vous trouver **«très loin de l'endroit où vous vous trouvez».** Nous devons tous apprendre à gérer nos fautes et de les surmonter au niveau des émotions. Le mieux c'est d'avoir des modèles. Je vous souhaite d'en trouver.

Il arrive plus fréquemment que nous craignons d'avoir commis une faute alors que ce n'est heureusement pas le cas. Je me rappelle un de mes premiers services de garde de nuit – de retour en Suisse – une fillette était morte en quelques heures des suites d'une méningite bactérienne gravissime. J'avais évidemment appris au cours de mes études qu'une méningite peut être fatale. J'étais pourtant convaincue avoir commis une erreur et que cette fillette était morte à cause de moi. J'étais bouleversée. J'ai heureusement été aidée par mon supérieur, mais uniquement parce que j'avais exprimé mon sentiment de culpabilité.

Il se peut que vous ayez déjà accompli, en qualité de médecin assistant, votre première garde de nuit, que vous vous êtes sentie seule et que vous avez eu peur d'avoir commis des erreurs. Les femmes acceptent plus facilement de reconnaître qu'elles ont peur et appellent plus vite de l'aide – il n'y a aucune honte à cela, c'est simplement raisonnable. Chacun d'entre nous a peur – c'est aussi le cas du collègue à côté de vous avec ses gros

muscles ou de celle qui a un visage de joueuse de poker. Ils sont encore au stade d'apprentissage, même si, ce soir – d'un point de vue académique – ils en savent beaucoup plus que jamais ils n'en sauront dans toute leur vie. Leurs connaissances académiques doivent encore subir une fermentation en aptitudes et en expérience clinique. **Seule l'expérience nous procure pas à pas plus d'assurance**, il faut pour cela du temps et c'est sans fin. Nous apprenons tous sans cesse, nous nous sentons peu sûrs et, très souvent, impuissants.

Quelle place occuper dans ce milieu médical?

Il n'est pas rare, dans le cadre de dialogues de présentation avec de jeunes collègues, de constater un certain désarroi. Est-ce vers la cardiologie ou la neurologie ou la dermatologie que je dois me diriger – vais-je même être en mesure d'obtenir un poste pour me former? Est-il raisonnable que, pour le reste de ma vie, je ne me consacre qu'à un seul organe? Au seul cœur, ou aux reins, qui sont deux? Il y a un risque de monotonie et la médecine dans sa totalité pourrait me manquer. Dans ce cas, pourquoi pas plutôt la médecine générale – mais cela signifie abandonner l'hôpital – est-ce que j'ai vraiment envie d'aller en périphérie – en qualité de combattante isolée?

Le choix de votre profession ne doit pas être paralysé par ces doutes

La médecine offre un choix très grand d'activités diverses. Il n'y a pas de jugement de valeur objectif: être le spécialiste d'un organe dans un grand hôpital n'est, en soi, pas mieux que mener un cabinet de médecine générale ou être professeur dans une université. A ma connaissance, il n'existe pas de balance standardisée capable de peser ce que vaut le travail d'une vie. Combien de kilos de travail, combien de kilos de vie pour aujourd'hui? Il s'agit plutôt de trouver sa propre voie, de faire son propre mélange à partir de l'immense variété des ingrédients, en fonction de sa personnalité et de sa vocation. Pour cela il faut en général un peu de temps et d'expérience et les choses peuvent changer dans le cours d'une vie professionnelle.

A l'époque je ne voulais pas me déterminer pour un organe, c'est pourquoi j'ai choisi la pédiatrie et j'étais convaincue que j'allais me diriger vers la pratique. J'en avais assez du climat universitaire – **loin d'ici!** Les choses ne se sont pas passées comme prévu au départ: à la suite des années en clinique, en microbiologie clinique et une activité de recherche dans un laboratoire, de nouveau **«loin d'ici»** pour des études en épidémiologie dans une université américaine. A cette époque je ne me serais jamais imaginée par quel chemin je

retournerais à l'endroit où je me trouve actuellement – dans une université précisément! Je me suis consacrée aux maladies infectieuses, je suis professeur, j'enseigne, fais de la recherche, j'ai une activité clinique et je m'occupe d'hygiène hospitalière à l'hôpital de l'île. Une chose aussi banale que le lavage des mains? Professeur et en même temps la spécialiste du nettoyage la mieux payée de Suisse! Le voyez-vous autrement? Je me considère aujourd'hui comme très privilégiée d'avoir su trouver une activité me permettant de mettre en relation les deux côtés de la médecine, l'académique et la clinique. Le chemin pour y parvenir n'était pas tout tracé, il a lentement surgi d'une vocation et de souhaits, plus un peu de chance.

Le bon côté de la médecine – elle ne se fixe aucune limite. C'est nous qui choisissons le mélange dans lequel nous voulons vivre, c'est nous qui fixons les prétendues limites. Le temps vous donnera satisfaction. Les progrès actuels ont tendance à faire disparaître les barrières inutiles entre médecine académique et clinique, entre spécialiste et généralistes, à rendre plus fluide les stades intermédiaires. Les cinq universités suisses travaillent à des programmes destinés à l'enseignement et la recherche en matière de médecine de famille.

Pourquoi manifester de l'intérêt pour une activité d'enseignement ou de recherche au cabinet?

Les réflexions sont de nature diverse, aucune d'entre elles n'est obligatoire.

Il se peut que vous vous demandiez plus tard, après dix ans d'activité intense au cabinet, ce qui a changé? Suis-je maintenant devenue une meilleure femme médecin? Jusqu'où vais-je avec mes connaissances médicales, est-ce je fais du surplace? Des réflexions de cette nature peuvent aboutir à la conclusion, partir **«loin d'ici»**.

Il se peut également que vous ne puissiez vous satisfaire du fait, qu'en dépit de ses énormes progrès, la science médicale laisse de nombreuses questions sans réponse. Je suis atterrée chaque fois devant notre impossibilité à répondre aux nombreuses questions banales que me posent mes patients. Une activité d'enseignement et de recherche pourront, même modestement, apporter une nouvelle énergie, alors que la routine s'est établie. Participer à l'enseignement des étudiantes et des étudiants en médecine représente un défi. Ces derniers se présentent devant vous avec un certain toupet et sans préjugés, ils ne se gênent pas, avec plus ou moins d'ingénuité, de vous poser des questions. C'est ce que nous avons voulu, notre réforme des études les entraîne à le faire. C'est un bon stimulant!

Collaborer à un projet de recherche avec des collègues praticiens est un moyen de répondre à des questions que la recherche universitaire ou industrielle n'aborde pas. Il peut s'agir de problèmes cliniques, épidémiologiques, mais aussi sociaux ou économiques. Les résultats bénéficient directement à sa propre activité en cabinet et permettent des améliorations. C'est motivant! Participer à une activité d'enseignement ou de recherche dans un cabinet signifie **repenser la façon de travailler et les horaires de travail**. Afin de créer un espace consacré aux nouveaux intérêts. Nous vivons une époque passionnante: on trouve des modèles nouveaux de collaboration en cabinet de groupe, mais aussi des modèles nouveaux de collaboration entre hôpitaux et cabinets, par exemple dans le domaine de la médecine d'urgence. Dans mon groupe de recherche, à l'heure actuelle, un collègue, membre d'un cabinet de groupe, travaille à temps partiel. Mettez-nous au défi avec vos idées au sujet de tels modèles – **«loin des schémas rigides!»**, c'est le bon moment d'y penser. Le changement aura tout naturellement des répercussions sur la répartition du travail au sein de la famille.

L'économie, la croissance et le profit, l'efficacité coût-bénéfice et le rationnement déterminent de plus en plus notre vie et la médecine également. Des systèmes de valeur anciens sont abandonnés – mais ils ne sont pas remplacés. Une médecine économique serait bien plus facile sans les patients. L'hôpital le plus rentable est sans doute aucun celui qui n'a pas de patients. Quand la prestation seule compte, tous ceux qui n'en fournissent pas gênent – les patients précisément.

Une médecine sans valeurs humanitaires est impensable. La direction vers laquelle nous nous dirigeons n'est cependant pas choisie par nous en notre qualité de médecins, mais par nous tous en tant que société.

Je souhaite vivement que vous trouviez une voie qui vous procurera de la satisfaction. Une voie qui continuera à laisser une place à la médecine en tant que profession académique et clinique et artisanale dans toute son envergure et son importante mission humanitaire.

Je souhaite également vivement pour nous tous que vous n'allez pas abandonner un jour le plus beau des métiers et dire – **«loin d'ici!** Il ne s'agit plus d'une médecine humainement digne».

Je vous adresse à tous, à vos proches et amis, une excellente soirée et de tout mon cœur mes vœux pour un avenir couronné de succès.

Achat des billets pour les manifestations du jubilé

A partir du 31 juillet, les billets pour les manifestations du jubilé peuvent être achetés confortablement par l'Internet et imprimés directement à domicile. Cette manière de procéder décharge le secrétariat et permet des économies de frais de port.

La commande d'un billet est des plus simple:

- Sur la page d'accueil www.berner-aerzte.ch, choisir le domaine Jubiläum. Une liste de toutes les manifestations va apparaître.
- Choisir une des manifestations et indiquer le nombre de billets.
- Se loguer (de la même façon que pour accéder au domaine réservé aux membres) ou indiquer le nom et l'adresse.
- S'il y a lieu, indiquer le numéro du bon. Les bons décidés par l'assemblée des délégués vont être adressés prochainement à tous les membres.
- Le solde peut être payé au moyen d'une carte de crédit ou d'une facture (avec un supplément). Le coût par billet s'élève à CHF 40.– en cas de paiement en ligne avec carte de crédit et à CHF 45.– en cas de paiement sur facture.
- En conclusion vous recevez un courriel avec confirmation et vous pouvez imprimer le billet.

On trouvera un mode d'emploi détaillé sur la page d'accueil. L'envoi des données de la carte de crédit se fait sous forme codée en respectant les mesures de sécurité habituelles.

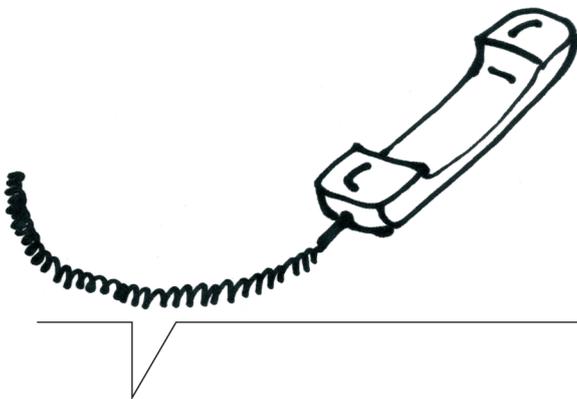
Une alternative à la commande en ligne existe à partir du 31 juillet, c'est la commande téléphonique de billets au numéro 0900 00 00 42 (CHF 1.70/min, lu – ve de 8 h à 12 h).

Betakli

Les inscriptions pour les Betakli peuvent être adressées à partir du 1er septembre et passeront par le système de l'Internet qui a fait ses preuves. Vous avez également la possibilité de vous inscrire aux différentes manifestations, ateliers et programmes.

Marc André, André Netline, eBusiness-Solutions

1809
2009
200 JAHRE MEDIZIN
FÜR DIE ZUKUNFT
ÄRZTEGESELLSCHAFT
DES KANTONS BERN



Simone, grüessech.

Egal ob Sie einen Termin brauchen, eine Frage oder einen Extrawunsch haben: Unsere freundliche Stimme am Telefon ist offen für jedes Anliegen. Und unsere Leitungen von Montag bis Freitag von 7.30 bis 20.00 Uhr, samstags von 8.00 bis 12.00 Uhr. Für Notfälle gibt's unseren 24h-Pikettdienst. All das unter einer Nummer: Telefon 031 372 20 02. Dafür stets mit einem «selbstverständlich, das machen wir gerne».

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

Wir lassen Sie nicht einfach hängen

Existenzsicherung für Freipraktizierende

Besonders in schwierigen Zeiten braucht man Partner, auf die man sich verlassen kann. Als Genossenschaft ist die Ärztekasse einzig und allein ihren Kunden und Mitgliedern, den freipraktizierenden Ärztinnen und Ärzten, verpflichtet. Mit ihren vielfältigen Dienstleistungen leistet sie einen bedeutenden Beitrag zur Existenzsicherung des Kleinunternehmens Arztpraxis.

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

publik.ch

Malade jusqu'à preuve du contraire

Le triomphe de la médecine actuelle est-il fondé sur le principe de Knock?



Dr Michel Marchev, spécialiste FMH en médecine générale, Safnern; joue le rôle du Dr Parpalaid dans «Knock»

«Knock ou le triomphe de la médecine» de Jules Romains est l'élément principal des festivités du 200^e anniversaire de la SMCB. L'œuvre date de 1923 mais elle garde toute son actualité. Un membre de la troupe de théâtre de la SMCB raconte dans doc.be ce qui l'a enthousiasmé dans cette pièce.

Pour moi, le théâtre a un côté magique, il me fait sortir du quotidien, me permet de savourer des souvenirs: les représentations scolaires, il y a presque 40 ans, nous jouions deux pièces en un acte «La grande colère de Philippe Hotz» de Max Frisch et «Zum grossen Wurst» d'Arthur Schnitzler. Ou le souvenir de mises en scène remarquables, telle que celle de Hans Hollmann pour «Les derniers jours de l'humanité» de Karl Kraus, à l'occasion de l'inauguration du théâtre de Bâle en 1974, ou encore l'intégrale de Faust, en deux jours, dans une mise en scène de Peter Stein, avec Bruno Ganz, qui m'a permis de me plonger, à Vienne, il y a huit ans, complètement dans l'univers de Faust. J'avais reçu les billets de la Société des médecins du canton de Berne en remerciement de mes sept ans d'activité au sein du comité cantonal.

On comprendra, dans ce contexte, que je me sois lancé dans l'aventure consistant à me retrouver sur une scène. Une décision que je ne regrette pas (jusqu'à maintenant...).

Knock: une actualité inquiétante

En nous confrontant avec le Knock de Jules Romains, nous constatons que cette pièce de théâtre est d'une actualité étonnante, pour ne pas dire inquiétante. Elle soulève des problèmes brûlants du domaine actuel de la santé: «Qu'est-ce que la maladie?», «Qui définit les valeurs limites, établit des directives thérapeutiques et pourquoi?». Pensons simplement à certains diagnostics modernes tels que «dysfonction érectile», «burnout», «ostéoporose», aux valeurs limites toujours plus basses pour le cholestérol et la tension artérielle..., au «flop» du traitement hormonal de toutes les femmes ménopausées ou au succès que rencontrent les formes les plus diverses, possibles et impossibles, de méthodes thérapeutiques.

Malade jusqu'à la preuve du contraire?

Les différents types de médecins que présente Jules Romains sont intéressants. Parpalaid, le médecin un peu paresseux, discret, pour qui les gens sont en bonne santé jusqu'à preuve du contraire. Il laisse ses patients vivre leur vie selon leurs vœux, il ne les inquiète pas inutilement.



Le théâtre est magique, il permet de s'évader du quotidien. Le 25 octobre, première de la tournée «Knock», à Berthoud.

Knock, par contre, incarne le contraire. Pour lui, on est malade jusqu'à preuve du contraire. Il sème systématiquement l'inquiétude et enlève la confiance que les gens ont de leur corps, ce qui lui permet facilement de les convaincre qu'ils souffrent d'une quelconque maladie. Je suis persuadé que, dans notre attitude fondamentale, nous nous situons tous quelque part entre les deux. Puis-je vous poser la question? Vos patients sont-ils en bonne santé jusqu'à la mise en évidence d'une maladie ou bien sont-ils malades jusqu'à la preuve du contraire? Nous devrions nous poser cette question, non pas parce que l'une ou l'autre de ces attitudes est la bonne, mais parce que nous devrions savoir comment nous fonctionnons. Dans un contexte plus élargi, la question qui se pose est la suivante: le succès de la médecine actuelle et de l'industrie qui lui est rattachée repose-t-il sur le principe de Knock?

Des interprétations contrastées

Que veut Knock en réalité? Nous ne savons pas vraiment s'il est un charlatan ou un médecin. Il ne semble pas qu'il s'agisse d'appât du gain. S'agit-il tout simplement de la joie manipulatrice d'exercer un pouvoir sur les autres ou s'agit-il de la construction d'un système totalitaire?

Que voulait Jules Romains avec une pièce qui semble n'être qu'une farce au premier abord? A cette époque, la médecine pouvait peu. La question de savoir s'il fallait mettre en œuvre tous les moyens médicaux à disposition ne se posait pas, on se satisfaisait plutôt de pouvoir faire quelque chose. Peu après la fin de la 1^{ère} guerre mondiale, lorsque la pièce fut créée, Jules Romains pensait-il à tout autre chose que la médecine? Ressentait-il plutôt ce qui était en fermentation? Pressentait-il la survenue des systèmes totalitaires et voulait-il lancer un avertissement? Nous ne le savons pas avec certitude, mais on sait que la pièce fut interprétée de cette façon.

C'est aussi ce qui rend le théâtre si fascinant. Une œuvre théâtrale peut être interprétée de façon fort différente, au cours des années et des décennies des aspects nouveaux apparaissent au premier plan.

Je me réjouis donc des répétitions à venir et souhaite que vous assistiez à l'une des 35 représentations et que vous fassiez votre propre idée de la pièce et de son contenu.

Modèle à l'essai «Assistanat au cabinet» du canton de Berne



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

Chères collègues, chers collègues,

Le Conseil exécutif du canton de Berne a approuvé en décembre 2007 l'essai s'étendant sur 3 ans d'un modèle de «Formation postgraduée au cabinet de médecin de premier recours (assistanat au cabinet)». Cet essai autorise **annuellement 6 postes d'assistanat au cabinet d'une durée de 6 mois** (pour un engagement à 100%) cofinancés par le canton.

Les conditions pour ces essais de modèle ont été négociées par le Collège de médecine de premier recours (CMPR) avec le canton de Berne. Au cours de l'essai ou au plus tard au moment de l'évaluation finale, on verra la mesure dans laquelle ces conditions sont réalistes ou si elles doivent être adaptées.

Pour l'exécution du modèle à l'essai, **une commission de surveillance (board)** a été constituée. Une **sous-commission** est chargée de l'examen des demandes, elle est le bureau de renseignements et l'intermédiaire en cas de problèmes. Les listes nominatives des membres de ces commissions figurent en fin d'article.

Les postes de formation postgraduée dans les cabinets de premier recours de ce modèle à l'essai ne sont en principe à la disposition que des médecins assistants du réseau d'hôpitaux Bern AG. Tous les gestionnaires d'un cabinet de premier recours du canton de Berne, porteurs d'un **titre FMH en médecine générale, médecine interne et pédiatrie**, qui répondent aux exigences du CMPR (les détails figurent dans le manuel) pour les cabinets formateurs peuvent intervenir en qualité

de maîtres de stage. En principe, les postes d'assistanat au cabinet sont possibles pour 6 mois avec une activité à 100%, ainsi que pour 12 mois avec une activité à 50%.

Le financement des postes d'assistanat est prévu selon la répartition suivante: les maîtres de stages contribuent par assis-

tant et par mois (en cas d'occupation à 100%) pour un montant de CHF 2000.-, le canton verse le solde du salaire par l'intermédiaire du réseau d'hôpitaux Bern AG. Les médecins assistants perçoivent le même salaire brut qu'à l'hôpital.

L'administration du modèle à l'essai est assurée en collaboration par la Fakultäre Instanz für Hausarztmedizin (FIHAM) de l'Université de Berne, le Collège de médecine de premier recours (CMPR) et le réseau d'hôpitaux Bern AG. Les frais de surveillance sont cofinancés par l'Association des médecins généralistes bernois et la Société des médecins du canton de Berne.

L'ensemble des informations et des documents, y compris le formulaire de candidature à la participation au modèle à l'essai «assistanat au cabinet» du canton de Berne ont été rassemblés dans un manuel par la commission de surveillance. Ce dernier peut être consulté sur le site de la FIHAM www.fiham.ch, sous «Modellversuch Praxisassistentz».

Sur demande, le manuel peut être obtenu en version imprimée auprès du **Secrétariat de la FIHAM, Murtenstrasse 11, 3010 Berne, tél. 031 632 89 91.**

Les maîtres de stage intéressés peuvent s'annoncer auprès du secrétariat de la FIHAM.

Contacts pour d'éventuelles questions:

Mme Dr Isabelle Taddei isa.taddei@vtxmail.ch

Dr Stefan Grunder stefan.grunder@spitalnetzbern.ch

Nous espérons éveiller un grand intérêt et une pleine réussite.

Au nom de la commission de surveillance
Mireille Schaufelberger

Membres de la commission de surveillance:

Dr Mireille Schaufelberger (présidente du board), responsable de l'enseignement de la FIHAM, représentante de la FIHAM et de la VBH.

Prof. Andreas Stuck, médecin chef de la clinique universitaire de gériatrie, réseau hospitalier Bern Ziegler, médecin chef Geriatriische Abklärungsstation, KAIM, hôpital de l'île, clinique universitaire de gériatrie.

Médecin chef remplaçant du réseau hospitalier Bern Ziegler.

Dr Felix Nohl, chef de clinique, clinique médicale, réseau hospitalier Bern Ziegler. Représentant l'ASMAC dans le board.

Avec une fonction consultative:

Dr Bernhard Rindlisbacher, programme formation postgraduée en cabinet de premier recours (CMPR).

Dr Stefan Grunder, directeur médical, réseau hospitalier Bern AG.

Membres de la sous-commission:

Dr Isabelle Taddei, membre du conseil de la FIHAM, représentante de la VBH.

Dr Stefan Grunder, directeur médical, réseau hospitalier Bern AG.

Un traitement équitable? Le rationnement dans le domaine de la santé

Le système suisse de la santé atteint ses limites. Pour des raisons de coûts, certaines interventions utiles pour des patients ne sont pas fournies. Que faut-il faire pour faire cesser ce rationnement sournois? La fondation Dialogue Risque a organisé le 13 mars 2008 un colloque sous forme de dialogue sur le thème du «Rationnement dans le domaine de la santé».

Admettons qu'une femme âgée de 75 ans ait besoin d'une prothèse de la hanche. La caisse maladie doit-elle prendre en charge cette intervention. Comment doit-elle se comporter si, dans notre exemple, la femme n'est âgée que de 35 ans? Allons encore plus loin: la femme de 35 ans est obèse et suicidaire, celle de 75 ans jouit d'une excellente santé. Et maintenant, que décideriez-vous?

Des questions de cette nature ont été débattues lors du colloque sur le thème du «Rationnement dans le domaine de la santé», auquel nous invitait le 13 mars 2008 la fondation Dialogue Risque.

Bea Heim (conseillère nationale), Stefan Kaufmann (directeur remplaçant de santé-suisse), le Prof. Peter Suter (président de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) et Sandra Schneider (OFSP, domaine de l'assurance maladie et accident) étaient invités à faire part de leurs points de vue respectifs.

Une répartition équitable des moyens à disposition?

Ceux qui préconisent un rationnement dans le domaine de la santé exigent une répartition équitable des moyens à disposition. Il conviendrait toutefois de définir d'abord ce qui est équitable et ce qui ne l'est pas. Qui doit le faire? Les promoteurs d'une médecine rationnée se taisent à ce sujet. «C'est du ressort de la politique», voilà ce qu'on peut entendre lorsqu'on est à bout d'argument, ou bien: «Il faut à cet égard un large débat public.» La conseillère nationale Bea Heim, adversaire résolue du rationnement, déclara à ce sujet avec suffisance approuver la création de groupes de discussion – la discussion ne se terminerai jamais et le thème du rationnement serait une fois de plus passé sous silence.

Le nœud du problème

On peut s'étonner que des personnes en

bonne santé débattent d'une répartition équitable des prestations médicales. Dans son habituelle manière provocante, celui qui dirigeait les débats, Roger de Weck, a demandé au président de l'ASSM, le Prof. Peter Suter, ce qu'il choisirait pour lui en cas d'une maladie d'une grande gravité – par exemple un infarctus. Se déterminerait-il pour le traitement le moins cher et le plus courant ou choisirait-il l'intervention chirur-



gicale beaucoup plus chère, qui, du point de vue statistique, présente des meilleurs résultats? La réponse – qui en aurait douté – fut, le traitement le moins coûteux.

La réflexion a été faite par Bea Heim: «En cas de maladie, nous régressons en enfance et ne sommes plus en mesure de prendre des décisions raisonnables.»

Il n'y a pas de rationnement équitable

Le Prof. Peter Suter s'engage résolument en faveur de l'idée d'établir un catalogue de critères au sujet des prestations médicales. Le fait qu'aucun des participants n'ait une opinion au sujet des conséquences d'une telle mesure nous laisse sans voix. Nous devons en effet nous demander comment distinguer entre ce qui vaut d'être vécu et ce qui le vaut moins.

La conclusion de la conseillère nationale Bea Heim a été la suivante: il existe déjà aujourd'hui un rationnement sournois. Un rationnement déclaré serait tout autant discutable d'un point de vue éthique, car: il n'y a pas de rationnement équitable.

Sandra Küttel,
service presse et d'information de la
SMCB

La conseillère nationale Bea Heim:
«Il n'y a pas de rationnement équitable.»

Effizienz ou serment d'Hippocrate?

Que se passe-t-il lorsque les médecins accordent une plus grande importance à l'efficacité qu'au serment d'Hippocrate, c'est ce qui a été mis en évidence récemment à l'occasion d'un tragique incident au Danemark. Une touriste allemande s'est étouffée dans le parc de stationnement d'un hôpital danois pendant que son mari recherchait vainement de l'aide de la part du personnel infirmier.

Au Danemark, en cas d'urgence, on fait appel au numéro 112. Le pays est petit et l'hélicoptère est vite sur place. La plupart des hôpitaux régionaux n'ont par conséquent plus de service d'admission pour les urgences. Voilà pourquoi le personnel infirmier avait conduit aimablement le mari jusqu'au téléphone pour les urgences se trouvant à l'entrée de l'hôpital. Mais l'appareil était en panne. Le mari demanda alors au personnel qu'on vienne à l'aide de sa femme. Sans succès: le personnel infirmier refusa d'examiner la patiente – il est en effet interdit aux médecins et infirmiers de quitter l'hôpital. Les infirmières suggèrent d'appeler le numéro d'urgence avec son propre téléphone portable. Le touriste allemand fut mis en contact avec la centrale d'urgence. Un répondeur lui demanda un moment de patience. Paniqué, il raccrocha et pria une nouvelle fois en vain les médecins de s'occuper de sa femme. Ce n'est que lorsque sa femme perdit connaissance, qu'une infirmière accepta de l'accompagner. C'était malheureusement trop tard, la touriste allemande était morte sur l'esplanade de l'hôpital sans intervention d'un médecin. Le médecin unique qui, ce jour-là était de service, fit savoir le lendemain par voie de presse: «Nous avons apporté la même aide que celle que nous apportons généralement.»

Medphone: des faits et des chiffres



MEDPHONE, la centrale d'appel urgent de la SMCB, est en activité depuis le 1^{er} juin 2004. Quel a été le développement de l'entreprise durant cette période? Les clients sont-ils satisfaits? Des statistiques internes et des enquêtes auprès des patients mettent en évidence que MEDPHONE se développe dans la bonne direction.

MEDPHONE met à disposition une organisation moderne et efficace du service d'urgence médical. Par la mise en œuvre de moyens téléphoniques modernes, MEDPHONE a constamment élargi son offre. On peut le démontrer clairement par la statistique des appels au cours des années écoulées:

Nombre d'appels	2004	2006	2007
Total des appels	25416	26387	29158

(v. graphique 1)

On constate en même temps une tendance à la baisse du nombre des appels sans réponse:

Appels sans réponse*	2004	2006	2007
Total	4102	1917	935

(v. graphique 2)

* pas de réponse dans les 30 secondes

Satisfaction des patients

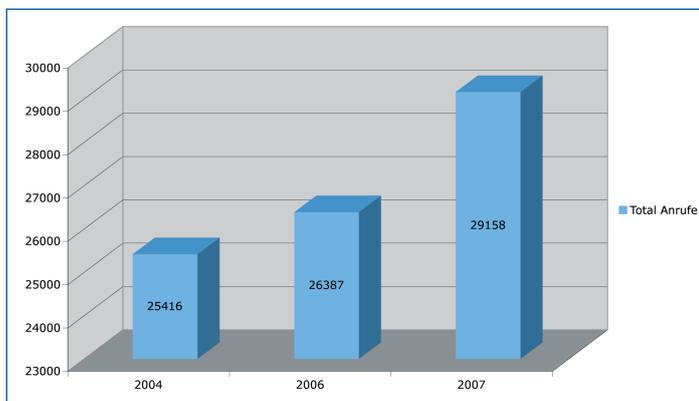
Qu'en est-il de la satisfaction des patients? Une enquête, menée récemment, a donné des résultats très réjouissants. Une majorité significative de 84% est très satisfaite des conseils et appellerait encore une fois (v. graphique 3). Quelque 94% des patients ont affirmé avoir obtenu de la centrale MEDPHONE l'aide attendue en totalité ou au moins partiellement (v. graphique 4).

MEDPHONE se fixe les objectifs suivants:

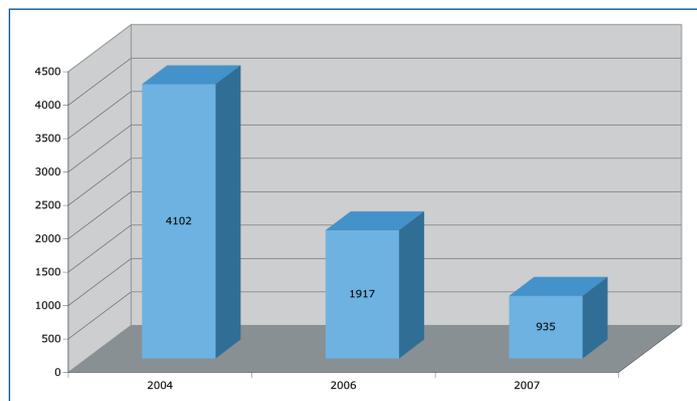
- apporter soutien et allègement aux médecins dans le cadre du service de garde ambulatoire prescrit par la loi;
- un numéro d'appel unique pour l'ensemble du canton de Berne;
- la création d'une centrale de triage et d'intermédiaire utilisable dans l'ensemble du canton de Berne;
- des prestations de haute qualité;
- une acceptabilité élevée par tous les utilisateurs (médecins et patients).

MEDPHONE SA a été fondée le 3 juin 2004, elle prenait la suite de la centrale d'appel des médecins de Berne. Le support juridique est constitué par six cercles médicaux ainsi que l'Association des médecins de famille bernois.

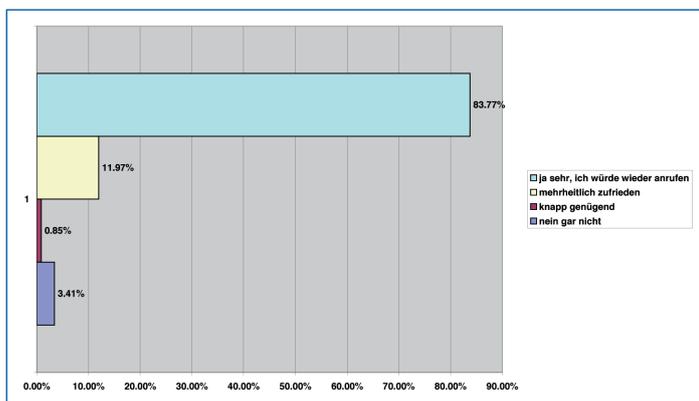
Pour plus d'informations:
www.medphone.ch



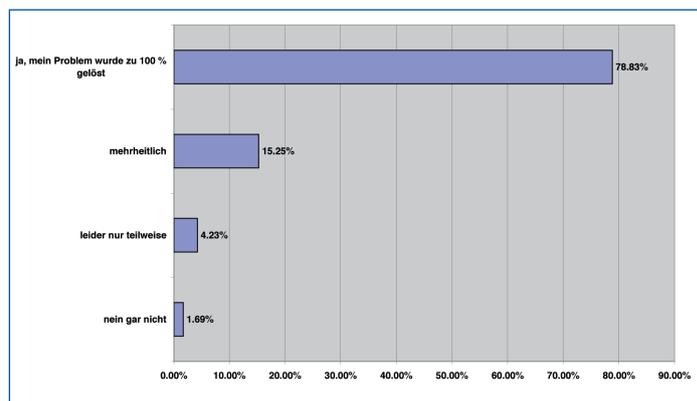
Graphique 1: Total des appels



Graphique 2: Appels sans réponse



Graphique 3: Êtes vous dans l'ensemble satisfait des conseils?



Graphique 4: Avez-vous obtenu l'aide souhaitée?

Celui qui commande paye ... n'est-ce pas Monsieur le Directeur de la santé publique?

Cet article a été publié dans Hausarzt Praxis 2/2008.

Nous remercions la rédaction et l'auteur de nous autoriser sa reproduction dans doc.be

Vendredi soir, 21 h. Une patrouille de police appelle à son domicile le médecin de premier recours en charge du service d'urgence local pour une «hospitalisation sans consentement d'un toxicomane récalcitrant».

Le médecin appelé se rend sur les lieux – au domicile des parents du toxicomane – où se trouvent ce dernier et ses parents, la patrouille de deux policiers et la présidente de la commune. Au cours de la discussion dirigée par le médecin, il apparaît que la personne en cause a déjà fait l'objet de nombreuses mesures de privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFA), à la suite desquelles il a été rapidement remis en liberté – la dernière fois il y a deux jours – pour manque de volonté de suivre un traitement ou d'absence de mise en danger pour lui-même ou pour autrui.

Ce sont les parents qui ont appelé la police parce que leur fils, avec lequel ils sont en conflit, est revenu sans s'annoncer à la maison et qu'il entend y rester alors qu'eux ne le veulent pas.

Le médecin débrouille la situation et considère que la PLAFA proposée est sans utilité. Il convainc le toxicomane d'accepter de se rendre dans la ville voisine, où il a déposé ses papiers il y a peu de temps. Il y vit dans un logement d'urgence officiel et il est prévu que le jour suivant il ait une entrevue avec le service social local. La patrouille conduit cette personne devenue coopérative jusqu'au train – et chacun rentre avec soulagement chez soi.

Grâce à son intervention, le médecin de garde a non seulement évité une hospitalisation sous contrainte souvent pénible, mais il a également permis à la commune d'économiser des dépenses supplémentaires inutiles. Après trois mois, il adresse une facture pour son intervention. Le patient est sans ressources. La commune de résidence des parents (là où a eu lieu l'intervention) déclare qu'elle n'est pas compétente puisque le toxicomane n'y a pas ses papiers. Le service social du nouveau lieu de domicile ne paye pas la facture parce que le concerné ne payait déjà plus ses primes d'assurance bien avant de s'être établi dans

cette ville et qu'il n'a par conséquent plus droit à un remboursement. C'est donc le médecin qui «paye» la facture ...

Les cantons imposent à tout médecin praticien de prendre part à un service de garde et de traiter chaque cas urgent. Le médecin d'urgence, dans le cadre de ce service d'urgence officiel, est généralement un praticien indépendant. Le législateur lui impose un mandat obligatoire et contraignant qu'il doit exécuter, indépendamment de toute question d'honoraires, sous menace de pénalité en cas de défaillance. Le débiteur n'est cependant pas celui qui a donné le mandat (le canton) mais le patient examiné en urgence!

Si ce dernier n'est pas en mesure de régler les honoraires de la prestation médicale, c'est donc un problème pour l'«entrepreneur», le médecin dans ce cas particulier et non pour celui qui a ordonné le mandat, oui? En définitive c'est du risque de l'entrepreneur qu'il s'agit, comme dans le cas d'autres indépendant, oui?

PAR CONSÉQUENT: la prochaine fois qu'on lui confiera un mandat urgent, l'entrepreneur, qui aura bien appris sa leçon, s'inquiètera d'abord de la solvabilité du donneur d'ordre potentiel et, après avoir évalué le risque, il demandera pour plus de sécurité une provision suffisante en liquide – dans le cas présent de la part de la patrouille de police. Les choses sont claires, n'est-ce pas?

*Dr Jürg Naef,
spécialiste FMH en médecine générale,
Herzogenbuchsee*



La police appelle le médecin d'urgence et personne ne paye la facture.

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@forumpr.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 juin 2008

Service de garde d'urgence en Haute-Argovie

Le cercle médical de Haute-Argovie a procédé à une restructuration de son service de garde d'urgence. Depuis environ une année, les médecins et l'hôpital se partagent le service de garde. Quelles ont été les réflexions qui ont conduit à cette décision et quelles sont les expériences faites par les différents participants à ce nouveau modèle?

Comment le service de garde d'urgence est-il organisé en Haute-Argovie ?

Il y a, en Haute-Argovie, quatre cercles pour la garde d'urgence ambulatoire par les médecins de premier recours. Ils sont complétés par trois services d'urgence dans trois hôpitaux – les hôpitaux SRO de Langenthal, Huttwil et Niederbipp.

Quelle fut la raison pour laquelle vous avez choisi précisément la présente structure ?

Cette organisation s'est lentement établie il y a quelques années, alors qu'il y avait encore un nombre suffisant de médecins de premier recours et que le service de garde d'urgence avait encore une certaine attractivité. Ainsi que la majorité des autres cercles médicaux, nous connaissons nous aussi une pénurie de médecins de premier recours. Il en est résulté, au cours des années, un surcroît de travail du fait du service d'urgence: les médecins de premier recours peuvent y être astreints jusqu'à 65 jours par année.

Dans le même temps, les hôpitaux doivent faire face au problème d'un nombre trop important de cas ambulatoires aboutissant dans les structures stationnaires. Dans notre cercle, les relations entre hôpitaux et médecins de premier recours sont bonnes, c'est pourquoi nous avons recherché des solutions de collaboration. L'idée d'une organisation centralisée du service de garde s'est rapidement imposée. En tant que solution transitoire, le service de nuit a été pris en charge par les urgences hospitalières dans certaines régions.

De quand date cette nouvelle disposition ?

En 2007, le cercle de garde de Huttwil a transféré le service de nuit et de fin de semaine à l'hôpital de Huttwil, car, devant une grave pénurie de médecins de premier recours, le service d'urgence ne pouvait plus être assuré. Depuis le début de 2008, les cercles de garde de Langenthal et Niederbipp ont convenu des mêmes dispositions avec leurs hôpitaux régionaux respectifs. Mais il ne peut s'agir que d'une solution provisoire.

Le projet envisagé consiste donc dans un partage du service de garde d'urgence entre le cercle médical de Haute-Argovie et les hôpitaux. Comment cela fonctionne-t-il effectivement? Qui assume le service de garde, à quel moment et où ?

Les médecins de premier recours disposent de leur propre centrale de triage téléphonique et d'un cabinet d'urgence situé à l'hôpital. L'hôpital, de son côté, dispose d'un service d'urgence pour les cas dans lesquels un traitement stationnaire est requis. En totalité, 35 médecins sont concernés par le service de garde d'urgence, tous sont des praticiens de premier recours. Le cabinet d'urgence est ouvert la semaine de 17 h à 21 h, en fin de semaine de 13 h à 18 h. C'est également le moment où les hôpitaux sont mis le plus à contribution. Durant la journée, la centrale téléphonique se charge du triage des appels urgents et les dirige vers le médecin de famille, son remplaçant ou l'hôpital, il en va de même pendant la nuit de 21 h à 7 h.

N'y a-t-il pas de possibilité de collaboration avec MEDPHONE ?

Oui, la chose est d'actualité: le service de garde d'urgence ambulatoire a besoin d'un triage. Ce dernier passera à l'avenir par l'intermédiaire de MEDPHONE. Le cercle médical de Haute-Argovie est d'ailleurs actionnaire de MEDPHONE SA.

Les médecins du service de garde d'urgence de Haute-Argovie ne font-ils effectivement plus de visites à domicile ?

Ils en font encore, cette éventualité doit être maintenue. Dans notre modèle, on prévoit un service d'arrière pour les visites à domicile et les décès. Ce dernier est de piquet et peut être mis en œuvre.

Qu'apporte ce nouveau modèle aux patients ?

Le service de garde d'urgence est centralisé, il n'y a qu'un seul numéro d'appel et les gens savent à qui s'adresser en cas d'urgence. Un plus supplémentaire est celui de la proximité de l'hôpital. Les patients peuvent ainsi bénéficier d'un traitement le plus rapidement possible et à l'endroit adéquat.

Je crois important d'insister sur le fait que les changements doivent s'adapter aux besoins des patients.

Et quels sont les avantages pour les médecins de premier recours ?

Le temps que les différents médecins doivent investir pour le service de garde d'ur-



Dr Markus Frey, spécialiste FMH en médecine générale, Herzogenbuchsee, président du cercle médical de Haute-Argovie

gence est nettement réduit. Lorsque je ne dois pas être de permanence toute la nuit, je suis en meilleure forme le lendemain pour mon travail au cabinet.

En résulte-t-il une plus grande motivation à participer au service de garde d'urgence ?

Oui, l'organisation plus attractive du service de garde d'urgence motive les médecins déjà participants et attire de nouveaux jeunes médecins dans la région. Le nombre considérable d'heures qu'il fallait auparavant consacrer à la garde avait eu pour conséquence que certains médecins avaient adopté une attitude négative à son égard. C'est inquiétant car il est de notre devoir de participer consciencieusement au service de garde. Si nous ne remplissons pas cette tâche, ce sont les patients qui en pâtiront et personne ne comblera le fossé.

La réorganisation du service de garde d'urgence constitue donc finalement une mesure contre la pénurie de médecins de premier recours dans la région de Haute-Argovie. Que fait votre cercle pour augmenter encore l'attractivité de la profession ?

Les bonnes relations avec les hôpitaux ont eu pour conséquence une collaboration plus étroite dans le cadre de la formation continue. Des spécialistes de différente orientation mettent leurs connaissances à disposition de nos médecins de premier recours. Il en résulte une amélioration du niveau des soins dans la région.

Que faudrait-il de plus, à votre avis, pour inciter à nouveau de jeunes médecins à choisir la profession de médecin de famille ?

Un grand nombre de jeunes médecins ont peur de l'avenir, partout les limitations menacent. Il est donc important que le monde politique montre clairement qu'il entend encourager la médecine de famille. Ce serait une bonne façon d'augmenter l'attractivité de la profession.

Entretien mené par Sandra Küttel, service de presse et d'information de la SMCB