



ÄRZTEGESELLSCHAFT  
DES KANTONS BERN  
SOCIÉTÉ DES MÉDECINS  
DU CANTON DE BERNE

No 3 / juin 2009  
www.berner-aerzte.ch

## Contenu de cette édition:

Concours de dessin sur le thème de la santé: le gagnant est ...	2
Communications du secrétaire	3
DRG: illusions, calendrier et recommandations pour limiter les dégâts	4
La dispensation des soins de base et d'urgence en Grande-Bretagne – une mise au point	5
Journée 2009 de la médecine de famille	7
Un institut n'est qu'un élément d'un tout, mais il est indispensable...	8
Les urgences de médecine générale: maintenant à l'hôpital	10
Nouvelle organisation des urgences en Haute-Argovie	11
Les hôpitaux en tant que «pépinières» pour les cabinets de médecine générale?	12
État des lieux de la formation des assistantes médicales	13
HIN: communication électronique sûre, cryptée et conforme à la protection des données	15

Traduction:  
J.-J. Gindrat et Christian du Jonchay

## Les patientes et les patients doivent, eux-aussi, être conscients de leurs responsabilités



Le 17 mai 2009, le peuple suisse a «réinscrit» la médecine complémentaire dans la constitution, et ce à une écrasante majorité. Dans un contexte d'augmentation des primes de caisse-maladie et de crise économique, il y a de quoi s'étonner de ce choix, cautionné de surcroît par des politiciens parmi les plus connus. Je ne crois pas que ce soit ainsi que l'on fera baisser les coûts de la santé. En effet, une prestation nouvelle entraîne tôt ou tard des coûts supplémentaires. Autrement dit: ce n'est pas la médecine complémentaire qui, pour moi, fait problème et je n'ai nulle intention de polémiquer à ce sujet. Ce qui m'inquiète, c'est que le patient, acteur clé du domaine de la santé, méconnaisse à ce point la gravité de la situation. Sa détermination d'économiser laisse visiblement à désirer. D'accord pour les économies, du moment que ce sont les autres qui les supportent, semble-t-il penser. Il est pourtant évident que notre système est malade, sachant qu'exactement un tiers de la population bénéficie de subventions pour son assurance-maladie.

### La suite?

Je rêve d'une assurance de base svelte, à la portée de toutes les bourses, quitte à l'assortir de quelques assurances complémentaires de son choix. J'en appelle au sens des responsabilités des patients. Dans le monde actuel, les prestations médicales sont devenues des biens de consommation. Le temps n'est-il pas venu pour les médecins de s'occuper, eux aussi, de ce problème? Combien de patients me disent: «J'ai, payé des primes pendant 20 ans, maintenant le moment est venu d'en retirer quelque chose.» Nous devons expliquer à nos patients que les mesures d'économie vont toujours de pair avec des réductions de prestations et des baisses de qualité. Nous devons leur dire qu'il faudra bientôt attendre plus longtemps pour un examen, une radiographie ou une opération. Nous ne sommes toutefois pas les seuls concernés. Tous les pays industrialisés du monde occidental sont confrontés à des augmentations des dépenses de santé. Ainsi les systèmes néerlandais et anglais, si souvent vantés pour leur économicité, connaissent déjà de sérieux problèmes d'engorgement. Un délai de plusieurs mois pour une opération des hanches n'a rien d'exceptionnel aux Pays-Bas, tandis qu'en Grande-Bretagne c'est un personnel insuffisamment formé qui souvent vous accueille aux urgences. Bien des patients y meurent en attendant leur rendez-vous pour une coronarangiographie.

Rien ne dit que nous devons en arriver là. Mais il est urgent que chaque médecin rende ses patients attentifs aux conséquences économiques de leurs comportements. Cela devrait avoir davantage d'effet, selon moi, qu'une taxe de consultation de 30 francs.

Avec tous mes vœux pour une année 2009 aussi consciente que possible des coûts.

Christian Gubler  
Vice-président de la Société des médecins du canton de Berne

## Distribution des prix du concours de dessin pour enfants organisé à l'occasion du 200<sup>e</sup> anniversaire de la Société bernoise des médecins

### Concours de dessin sur le thème de la santé: le gagnant est ...

Avec ses collages sur les conquêtes de la médecine, la classe 5a du Tscharnergut-Schulhaus de Berne a convaincu le jury. Elle a gagné le premier prix du Concours de dessin pour enfants organisé à l'occasion du 200<sup>e</sup> anniversaire de la Société des médecins du canton de Berne. La distribution des prix, le 9 mai 2009 au centre Paul Klee, fut à l'image des petits artistes: vivante et joyeuse.



Instantanés de la distribution des prix. Dans le sens des aiguilles d'une montre: les enfants ont participé pleinement et à pleine voix, le clown Billy s'est chargé de l'animation, le président du jury, Ted Scapa, et le président du comité d'organisation, le Prof. Emilio Bossi, se réjouissent du succès de la manifestation. La classe 5a du Tscharnergut lors de la remise du prix.

Photos: Sandra Küttel

«Messieurs les critiques prétendent souvent que mes tableaux ressemblent à des gribouillis faits par des enfants. Puisse-t-il en être ainsi! Les toiles peintes par mon petit Felix sont plus réussies que les miennes.»

Paul Klee

Aux 18<sup>e</sup> et 19<sup>e</sup> siècles, on avait déjà remarqué l'extraordinaire créativité de certains enfants, mais ce n'est qu'au 20<sup>e</sup> siècle que des artistes se sont intéressés sérieusement aux dessins d'enfants. Pris en main dès son plus jeune âge, Picasso se plai-

gnait un jour qu'il n'avait jamais eu le droit de dessiner comme un enfant, mais toujours comme un petit adulte.

Paul Klee a collé les dessins de son fils Felix sur des cartons et les a soigneusement conservés. Le choix de ses motifs a été fortement influencé par ces représentations enfantines, auxquelles ses œuvres tardives doivent leur style si caractéristique.

Le centre Paul Klee constituait le cadre idéal pour la distribution des prix du concours de dessin pour enfants que la Société des médecins du canton de Berne avait organisé à l'occasion de son 200<sup>e</sup> anniversaire. Ce ne sont pas moins de 42 classes

qui ont participé et qui ont été stimulées dans leur création par le thème «Santé et bien-être». La salle du Forum du ZPK était pleine comme un œuf. Les parents, les frères et sœurs et les enseignants se sont retrouvés pour admirer les œuvres pleines de créativité des jeunes artistes.

#### Le gagnant est...

Le premier prix a été attribué à la classe 5a de l'école Tscharnergut à Berne. Les écolières et écoliers de cette classe pourront bientôt développer leurs ambitions artistiques dans un atelier avec le caricaturiste Ted Scapa.

La classe s'était soigneusement documentée et a fait preuve d'une remarquable créativité – ce qui lui vaut à juste titre le premier prix! L'œuvre primée (v. l'illustration en bas de la page 3) reproduit les plus importantes conquêtes de la médecine. Sur ce collage on peut notamment voir le développement du cornet acoustique et des lunettes, la première gastroscopie, la première transplantation cardiaque – et, tout au milieu, la fondation, il y a 200 ans, de la Société des médecins du canton de Berne. En examinant de plus près cette partie du dessin, on découvrira un détail savoureux: l'un des membres fondateurs est de sexe féminin – l'image de la profession, on le voit, a sérieusement évolué.

#### Une grande fête pour de jeunes artistes

Après que les peintres en herbe et leurs maîtres de classe eurent été fêtés comme il se doit, ce fut au clown Billy d'assurer l'animation avec ses tours de passe-passe et ses blagues. Les enfants participèrent joyeusement et avec force cris. La manifestation a laissé un excellent souvenir. Les organisateurs, eux aussi, ont pris plaisir à ce divertissement placé sous le signe de la plus cordiale convivialité.

Sandra Küttel,  
Service de presse et d'information

## Communications du secrétaire



*Dr en droit  
Thomas Eichenberger, secrétaire  
de la Société des  
médecins du  
canton de Berne*

### Mode de facturation «tiers garant» fixé contractuellement dans le domaine LAMal

Sauf convention contraire entre les assureurs et les fournisseurs de prestations, c'est à ces derniers que les assurés doivent régler les prestations dont ils ont bénéficié (art. 42 al. 1 LAMal). Sous le régime du «tiers payant», un paiement direct de l'assureur au prestataire de soins n'est

possible que si un accord a été passé dans ce sens. L'art. 10 al. 2 du contrat d'adhésion TARMED stipule uniquement que, en dérogation au système du «tiers garant», certains assureurs et certains fournisseurs de prestations ont la possibilité d'adopter le régime du «tiers payant».

Par courrier du 15 mai 2009, la caisse Assura nous a informés n'avoir passé aucun accord spécial avec des médecins et rappelé que les prestations fournies aux assurés de la caisse Assura devaient par conséquent être facturées sans exception aux assurés eux-mêmes, ceci en application du système du «tiers garant».

Sans qu'aucune convention n'ait été signée, certains de nos membres ont apparemment commencé à adresser leurs factures d'honoraires directement à Assura, ce dont résultent pour celle-ci des frais administratifs inutiles. D'où sa décision, applicable à partir du 1er juillet 2009, de ne plus retourner à l'envoyeur, avec la re-

marque «facturation au patient, selon le système du tiers garant», les factures qui lui sont directement adressées et de détruire à l'avenir les factures et/ou les rappels en question.

Prise d'entente avec la direction de la Société bernoise des médecins, cette décision est conforme au contrat et la présente communication tient lieu de pré-information à nos membres.

### 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 2009



Les créations de ces jeunes artistes témoignent de leur immense enthousiasme et de leur inépuisable imagination (fragment du dessin gagnant du concours de dessin pour les enfants).

Photo: Sandra Küttel

## DRG: illusions, calendrier et recommandations pour limiter les dégâts

*Les forfaits par cas liés au diagnostic (DRG) sont populaires en politique. Nombreux sont ceux qui en attendent un contrôle efficace des coûts. Ce système entrera en vigueur en Suisse en janvier 2012. Il reste encore à prendre d'importantes décisions: qu'il s'agisse des remboursements complémentaires, de la recherche et du suivi ou du financement des hôpitaux, nul doute que le corps médical sera mis au défi.*



*Dr sc. pol. Walter Annasohn, directeur général de BBV+*     *Dr Hans Herren, vice-président de BBV+*

### Illusions politiques

Les parlementaires parlent des forfaits par cas pour prestations DRG comme s'il s'agissait d'un remède miracle pour guérir la fourniture des soins médicaux et contenir les coûts dans le domaine de la santé. Ce n'est pourtant pas ce que disent les expériences faites en Allemagne, qui applique depuis 2004 le système DRG et où les coûts des soins par cas ont néanmoins continué d'augmenter fortement. On y dénombre en effet 8000 codeurs professionnels et 2000 contrôleurs médicaux dans les hôpitaux et 2000 contrôleurs médecins chez les assureurs, sans compter – bureaucratisme des prestations médicales oblige – les innombrables conseillers indépendants. L'Allemagne s'est donc rapidement trouvée dans l'obligation de porter de 642 à 1147 le nombre des forfaits par cas et de zéro à 74 celui des rémunérations supplémentaires, dont on ne voulait pas entendre parler au début.

Se fondant sur les expériences allemandes, il faut tirer des leçons afin d'éviter d'emblée les mêmes erreurs. C'est ainsi que le nombre des forfaits par cas ne doit pas être trop petit. Il y a lieu de prévoir également des rémunérations supplémentaires ultérieures, ceci dès 2012, la phase de mise en route terminée.

Le président du conseil d'administration de SwissDRG, le conseiller d'Etat Carlo Conti, a indiqué clairement qu'il n'avait jamais dit que le but des DRG était de faire des économies. Déclaration surprenante, alors que les parlementaires considèrent apparemment les DRG comme indispensables à la maîtrise des coûts de la santé.

### Calendrier 2009–2012

Dans le cadre de la dernière procédure de proposition, les sociétés de discipline médicale ont présenté 1600 propositions de code chop, qui doivent, d'ici la fin juin, être introduits dans un nouveau recueil de codes chop. Dans le courant de l'été 2009 suivra une nouvelle procédure de proposition, dont le but est de permettre d'appliquer le nouveau code chop dès janvier



*Système DRG : des questions fondamentales restent sans réponse tant du point de vue de la protection des patients que de celui de la protection des données.*

2010 dans l'ensemble des hôpitaux. Pratiquement, le programme se présente comme suit: en avril/mai 2009 définition des règles de base et des règles de facturation, en juin 2009 remise de la première version DRG au Conseil fédéral, qui aura 9 mois pour l'étudier. En août 2011 aura lieu la publication de la version DRG 2012 = version 1.0, qui entrera en application le 1er janvier 2012, avec une phase d'adaptation de 2 à 4 ans.

Les remboursements supplémentaires pour prestations supplémentaires ne seront pas prêts le 1.1.2012. Les cantons et les organes Swiss DRG compétents sont toutefois favorables à ces remboursements, dont il est impossible de dire pour l'instant à partir de quand ils pourront être payés. La recherche d'accompagnement visant à assurer la sécurité des soins reste également à définir. Sans oublier le défi que constitue la prise en compte des déplacements attendus du secteur stationnaire vers le domaine ambulatoire.

A la fixation de forfaits fonction des prestations, basés sur le principe des coûts complets et reposant sur des structures uniformes, communes à l'ensemble du pays – dans le plus pur esprit SwissDRG – vient s'ajouter la mise en œuvre du nouveau mode de financement des hôpitaux. Fondé sur le principe des coûts complets et la prise en compte de tous les frais facturables, y compris l'amortissement des investissements et les intérêts du capital, il vise à mettre les prestataires publics et privés (hôpitaux) sur le même pied et à supprimer la garantie du déficit. Le financement proviendra au minimum à 55% du canton de domicile et au maximum à 45% de l'assurance-maladie obligatoire (AMO). Seront seuls concernés les hôpitaux dits de liste, qui auront l'obligation d'accepter les assurés de base. Le financement par les cantons pourra dépasser les 55% et la part cantonale influencera directement le niveau des primes des assurés. Un financement séparé est prévu pour les prestations dites de service public fournies par les cantons de domicile ainsi que pour les prestations de recherche et de formation de la Confédération et les éventuelles participations aux coûts des cantons. La fixation de ce financement constituera un défi d'un genre particulier.

### Recommandation pour limiter les dégâts

A l'occasion de diverses manifestations consacrées aux DRG, on a constaté que la formation postgrade et continue des médecins ainsi que des autres membres du personnel de niveau universitaire était exclue de la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire (LAMal)! Il faudra par conséquent chercher d'autres solutions, qui devront être trouvées grâce à l'inclusion des médecins dans les organes concernés. Les forfaits par cas DRG seront des forfaits globaux destinés aux hôpitaux. Une répartition entre l'hôpital et les médecins n'est pas prévue. Les médecins non salariés, c'est-à-dire les médecins agréés, devront donc

## La dispensation des soins de base et d'urgence en Grande-Bretagne – une mise au point

*Lorsqu'il s'agit de discuter chez nous de nouvelles idées pour améliorer les soins médicaux de base, les politiciens de la santé, les spécialistes ainsi que les médias jettent souvent un regard en direction de la Grande-Bretagne. En général, le système de santé britannique est tenu pour le mètre-étalon des futures réformes de la médecine de famille. Mais les derniers développements mettent en évidence de fausses incitations – au détriment des patients.*



*Prof. Hans-Peter Kohler, directeur et médecin chef de la clinique de médecine interne, réseau des hôpitaux de Berne*

### Brève rétrospective

En 2005, j'ai publié dans doc.be (no 5) un rapport sur les nouveaux modèles de dispensation des soins médicaux urgents en Grande-Bretagne et leurs possibles répercussions pour la Suisse. Il avait notamment pour sujet un nouveau modèle de contrat pour les praticiens de premiers recours établis (general practitioner GP) réglant en particulier les obligations «out-of-hour», en d'autres termes l'astreinte au service de garde en dehors des heures habituelles. La «British Medical Association BMA» avait décidé à cette époque qu'à partir du 11.1.2005 le service de garde serait totalement transféré des GP vers ce qui s'appelle les «primary care organisations». Autrement dit que, dès janvier 2005, le GP ne serait plus responsable de la dispensation des soins urgents dans sa région. Nous connaissons en Suisse les raisons de cette décision capitale: temps d'astreinte peu attractifs, grande charge physique et psychique, rémunération insuffisante, absence de participation financière de l'État et relève insuffisante. Parallèlement virent le jour de nombreux «walk-in centers» et «primary care centers», qui sont gérés essentiellement par des professionnels des soins (p.ex. des «primary care nurses») ou de nouveaux groupes professionnels non médicaux, tels que les «emergency care practitioners». Le nouveau contrat avait pour but d'attirer plus de médecins vers les soins de premier recours, de manière

à augmenter le nombre de patients vus en médecine de première intention. Ce contrat prévoyait par ailleurs des incitations financières.

### Le contrat de 2005 n'a pas atteint son but

Le contrat a effectivement permis de recruter un nombre plus grand de praticiens de premier recours, ce qui eut pour conséquence logique une charge supplémentaire pour le budget national de la santé. Un nombre plus grand de médecins était censé se traduire par un nombre plus grand de contacts médecin-patient. Cela fut-il le cas? Il est intéressant de constater que la productivité dans les soins de premier recours a au contraire diminué de 2,5% par année, ce qui peut être attribué à la réduction moyenne de 7 heures par semaine de la durée moyenne du travail du GP. De plus, on a constaté une diminution de la disponibilité des GP, particulièrement marquée en milieu rural. Un problème que le nouveau contrat était en réalité censé résoudre. Des voix critiques affirment que le nouveau contrat de 2005 n'a pas donné les résultats escomptés. On a évoqué à ce propos des erreurs de jugement: les responsables auraient dû prévoir que les moyens supplémentaires alloués à la médecine de premier recours feraient défaut dans d'autres domaines du National Health System (NHS). Bref, il y a maintenant un plus grand nombre de GP au mauvais endroit (mais on en manque toujours en milieu rural...), qui malgré une productivité réduite gagnent beaucoup mieux leur vie. Cette évolution donne à réfléchir, mais ne préoccupe apparemment pas le chef des GP, le Dr Hamish Meldrum. Citation: «I believe UK general practice offers unbeatable value for money and that GP's deserve every penny of their pay.»

### Le «Martini style healthcare» ne s'est pas imposé

On a beaucoup parlé aussi des grands cabinets («super surgeries»), dans lesquels travaillent un grand nombre de GP et qui peu-

négoier à temps avec leur hôpital agréé le mécanisme de répartition, sachant que le modèle LAMal bernois pourrait constituer en l'occurrence une base adéquate. Seront seuls concernés par le nouveau modèle de financement les hôpitaux qui parviendront à entrer dans la liste. D'où un défi considérable pour les hôpitaux privés, qui doivent agir au niveau de la SAP sur les critères de choix des hôpitaux de liste afin de s'assurer une égalité de traitement par rapport aux hôpitaux publics. Les médecins agréés devront collaborer avec les hôpitaux privés. Une rémunération suffisante suppose un codage qualitativement irréprochable des prestations médicales. Les hôpitaux ou groupes d'hôpitaux seront donc obligés d'engager des codeurs professionnels. Pour pouvoir tirer parti de toutes les possibilités de rémunération, ces spécialistes auront besoin de dossiers médicaux exacts et complets, d'où l'obligation pour les médecins d'établir sur leurs patients des rapports bien structurés et sans lacunes. Permettant de transmettre rapidement aux codeurs les informations confidentielles concernant les patients, les systèmes d'information clinique deviendront pratiquement indispensables, tout comme les stations mobiles de saisie de données. Devant l'obligation d'accepter les patients assurés de base, les médecins agréés et les hôpitaux agréés, donc essentiellement les hôpitaux privés, devront réfléchir ensemble à la meilleure façon de satisfaire à cette obligation en qualité d'hôpital de liste. Au moment de l'entrée en application des DRG, le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les remboursements supplémentaires n'auront pas encore été décidés. Le moment où ils le seront ne doit cependant pas être laissé au hasard mais être fixé de façon ferme avant cette date, ce qui implique une nouvelle fois pour les médecins l'obligation d'insister.

Des questions fondamentales sont encore à résoudre en ce qui concerne la protection des patients et des données: qui contrôlera le codage, la facturation, le remboursement des forfaits par cas, le transfert dans un autre hôpital, les réhospitalisations, etc.? Comment seront financées ces opérations? Tout cela devrait être confié à une instance indépendante, ce que ne sont pas les assureurs. Là encore, il est important de siéger dans les organes compétents pour y définir ces instances. Il s'agit de pourvoir sans attendre à ces recherches et de ne pas les négliger, comme ce fut le cas en Allemagne!

vent également engager des spécialistes. Equipés d'appareils diagnostiques parfois sophistiqués (scanners, etc.), installés de préférence dans des communes, ces centres avaient vocation à décharger davantage encore les hôpitaux. C'était compter sans la résistance des organisations professionnelles, qui leur reprochent de priver le patient de médecin attitré. Les détracteurs de ces grands centres parlent à leur sujet de «Martini style healthcare – à toute heure, partout, n'importe quel docteur ...». Ce concept ne s'est pas imposé et la bonne vieille relation médecin de famille-patient en est même ressortie revalorisée.

Les services d'urgence des hôpitaux continuent d'être surchargés, les coûts de la santé continuent d'augmenter. Les politiciens se sont remis à miser à fond sur les praticiens de premier recours, affirmant qu'une seule journée d'hospitalisation (hôtellerie, mesures diagnostiques, personnel médical) ou une visite dans un centre d'urgence ou une polyclinique revient plus cher que toute une année de prise en charge par un cabinet médical! Très bien, mais comment susciter des vocations de généraliste? Peut-être par des incitations financières.

#### **A l'avenir, encore plus d'argent pour les praticiens de premier recours**

Il est intéressant de noter qu'en Grande-Bretagne les salaires de la médecine de premier recours (médecins, personnel infirmier, assistantes médicales de cabinet) ont connu au cours des quatre dernières années des augmentations pouvant aller jusqu'à 50%.

En ce qui concerne les salaires des médecins, les choses sont réglées comme suit: dans les années 2003/2004, un praticien de premier recours gagnait en moyenne 81'500 livres (à cette époque environ 180'000 CHF). En 2005 son salaire est passé à environ 106'500 livres (en gros 235'000 CHF), ce qui correspond à une augmentation de 20-30%. En Grande-Bretagne le principe de la rémunération est compliqué: pour certaines prestations bien déterminées les praticiens de premier recours obtiennent des contributions spéciales, c'est le cas par exemple pour le respect du temps d'attente maximal (la consultation doit avoir lieu dans un délai de 48 heures), pour le respect de certains standards de qualité ainsi que pour les heures d'ouverture prolongées du cabinet.

En 2009-2010, les GP devraient bénéficier d'un nouveau contrat, qui ne règle pas en premier lieu le service des urgences, mais qui prévoit une rémunération (encore) plus élevée. Le but visé est l'amélioration de la qualité des soins médicaux, ce qui suppose éga-

lement que les médecins soient disponibles à des heures inhabituelles. L'objectif est d'assurer au patient des soins aussi complets que possible dans sa commune de résidence, de manière à éviter de coûteuses hospitalisations. Les patients doivent s'annoncer aussi rapidement que possible auprès de leur GP de proximité, afin de simplifier l'accès aux consultations médicales. Le fait de jouer sur les salaires permettra-t-il réellement d'atteindre cet objectif?

#### **Éviter de coûteuses hospitalisations grâce à des incitations financières?**

En automne 2008, on a proposé aux GP du comté d'Oxfordshire une rétribution s'ils adressaient moins de patients à l'hôpital, ce qui a permis à un grand cabinet comptant une dizaine de milliers de patients d'empêcher quelque 20'000 livres. Il s'en est suivi un débat sur la question de savoir si de telles incitations pouvaient conduire un médecin à renoncer à une hospitalisation alors même qu'elle était médicalement nécessaire. Voici ce qu'a dit à ce sujet le président de la société médicale locale: «There is a concern that the target is going to affect decision making. That causes a moral dilemma.» Les patients ne voient pas non plus cette réglementation d'un bon œil. En effet, chaque décision de non-hospitalisation représente pour le médecin de famille concerné un coup de pouce financier. C'est un fait que cette incitation a permis de réduire le nombre des hospitalisations. Mais est-ce vraiment pour le bien des patients?

#### **Les centres «walk-in» font augmenter l'offre de soins et les coûts**

Des études montrent que les «walk-in» centers, qui sont le plus souvent gérés par du personnel infirmier, sont effectivement à disposition pour une consultation rapide, mais que les listes d'attente des généralistes n'ont pas diminué pour autant. Un patient est censé obtenir un rendez-vous chez un GP dans les 48 heures. Or cela n'est pas toujours le cas et les «walk-in» centers n'ont rien changé à cette situation. Le patient qui se rend dans un «walk-in» center consulte souvent ensuite son GP, ce qui ne fait qu'augmenter le nombre des consultations. On peut dire, pour résumer, que ces centres n'ont guère fait baisser le nombre de patients vus par les généralistes et que l'élargissement de l'offre de soins fait augmenter les coûts, d'autant plus que les consultations des «walk-in» centers sont plus chères que les consultations traditionnelles des médecins de famille, ceci malgré des moyens d'investigation et une offre de soins inférieurs à ceux du généraliste. Une fois encore, on voit à quel point est complexe le jeu des interactions entre les

différentes offres de soins médicaux et la demande qui inspire le comportement des patients, et combien des modifications imprévues de ce comportement peut avoir des effets négatifs sur les dépenses de santé.

#### **Un système qui, malgré l'augmentation des coûts, peut faire gagner des élections**

Le système de santé anglais souffre d'un excès de réglementation. Il est doté de systèmes d'incitation complexes, même pour les soins de base. À intervalles réguliers, les prestataires de premier recours se voient imposer des règles nouvelles. De nouveaux modèles ont été et seront encore mis à l'essai dans le but de renforcer les soins de base, avec pour conséquence une notable augmentation des rémunérations de leurs prestataires au cours de ces dernières années. Le nombre des médecins généralistes augmente donc effectivement. Chaque année, des milliards sont injectés dans le NHS, sans que l'on puisse constater d'augmentation réelle de la production. Ce n'est pas là un état de chose propre à la bonne vieille Angleterre. Tout système de santé étatisé est bien souvent excessivement lourd, opaque, réglementé à l'excès et peu conforme à l'intérêt des patients. Les milieux politiques vont continuer à alimenter généreusement les caisses du NHS, car tout rationnement risquerait de se payer très cher dans les urnes. En Angleterre, la valeur des soins de base est reconnue et bien établie. Ils continueront d'être considérés comme les soins médicaux les plus économiques.

#### **Des enseignements pour la Suisse?**

Des leçons peuvent-elles en être tirées pour la Suisse? Nul ne conteste que les soins de base doivent être renforcés dans notre pays. Les questions essentielles sont le «Quoi?» et le «Comment?» Des incitations financières sont-elles nécessaires? Une meilleure rémunération est-elle la solution du problème, en Suisse comme en Angleterre? Séduisons-nous ainsi de plus nombreux confrères et consœurs pour reprendre les cabinets désertés des zones rurales, éventuellement en association avec la levée de l'obligation d'assurer un service de garde? Cette dernière option fait à nouveau débat en Angleterre! L'obligation d'assurer un service de garde y retrouvera sa place dans les nouveaux contrats, pour répondre au désir de nombreux milieux de la politique. La relation traditionnelle entre le médecin et ses patients doit être revitalisée! Pour le bien des patients! Est-ce que les aiguilles de la montre marchent de nouveau à reculons en Angleterre?

## Journée 2009 de la médecine de famille

*Devise revisitée: «Oui à la médecine de famille – Non à la politique de la santé du Conseiller fédéral Couchepin!»*



*Marcus Grossenbacher, Dr méd.,  
Président Verein  
Berner Hausärzt-  
tinnen und  
Hausärzte VBH*

Chères consœurs et chers confrères,  
Chères assistantes médicales,  
Chères patientes, chers patients,

Le «Verein Berner Hausärztinnen und Hausärzte» (Société des médecins de premier recours du canton de Berne) souhaite vous témoigner sa reconnaissance pour votre soutien lors de la journée cantonale d'action qui s'est tenue le 1<sup>er</sup> avril 2009. L'appui déterminé reçu en plus de la Suisse romande a renforcé encore l'ambiance de cette journée de revendication et a été une excellente enseigne pour notre canton de Berne bilingue. Le nombre de participants estimé par la police à 3000 personnes a dépassé de plus de moitié nos espérances!

### Écho considérable dans les médias

Lors de la conférence de presse très fréquentée, un représentant des médecins hospitaliers bernois, un représentant du

Collège de médecine de premier recours et deux représentants de la Société des médecins de premier recours du canton de Berne ont pu présenter leur point de vue et formuler leurs exigences: retrait de la révision de la liste des analyses, déjà décidée et mortelle pour les laboratoires des cabinets médicaux, départ du Conseiller fédéral Couchepin à l'âge de soixante-sept ans accomplis, retrait de l'orthopédiste de bureau Peter Indra. L'heure des questions a été très suivie. Le 1<sup>er</sup> avril déjà et le jour suivant, les médias écrits régionaux, cantonaux et nationaux ont rapporté en détail notre journée de revendication, en fait la quatrième journée d'action consacrée à la médecine de premier recours. Le journal régional de la radio alémanique DRS et de nombreuses stations de radio locales ont diffusé des entretiens avec des participants à la marche de protestation. De plus, les médecins en général et les médecins de premier recours en particulier ont fait les gros titres aussi bien du journal télévisé que du magazine du 1<sup>er</sup> avril 2009.

### Manifestation devant le DFI

Les médecins de famille ont bénéficié d'un large soutien. Ils se sont rendus en masse de la place de l'Hôtel de Ville à l'Inselgasse, siège du Département fédéral de l'intérieur (DFI), où ils ont été reçus par le porte-parole du département, M. Crevoisier ainsi que par le Professeur Thomas Zeltner, alors encore directeur de l'OFSP. Ils sont entrés au DFI sous un concert de sifflés des participants à la

marche de protestation. Nous n'avons pas pu rencontrer François Héritier, président de la Société suisse de médecine géné-



*Des milliers de praticiens de premier recours ont manifesté le 1<sup>er</sup> avril contre la révision de la liste des analyses. Au premier rang, le Dr Hans Werner Leibundgut, membre du comité de la SMCB.*

*Photos: Sandra Küttel, SPI*



rale (SSMG), malgré le recours au mégaphone tout au long du cortège des protestataires. Thomas Zeltner nous a dit que son chef, le Conseiller fédéral Couchepin, ne reviendrait pas sur la révision d'ores et déjà décidée de la liste des analyses pour les laboratoires des cabinets médicaux, mais qu'il était prévu un suivi de la réforme. Il nous a également fait savoir que le DFI avait déjà décliné sa participation à l'Arena du 3 avril 2009, car ni l'OFSP, ni le DFI ne souhaitent affronter les médecins de premier recours devant les caméras. Résolus à poursuivre notre action, nous nous sommes rendus (Marc Müller, Dr méd., Grindelwald, président du CMPPR, et le soussigné) à nouveau à l'Inselgasse où nous attendaient des journalistes de la radio et de la télévision ainsi que moult protestataires impatients.

### Lancement d'une initiative populaire sur la médecine de famille

Les cadres de la SSMG ont décidé à l'unanimité, le 9 mai 2009, le lancement cet automne d'une initiative populaire intitulée «OUI à la médecine de famille!». En fonction du résultat de la votation sur l'initiative populaire sur les médecines complémentaires, le texte de l'initiative correspondra à l'article 118a ou 118b de la constitution fédérale. Nous autres médecins de famille comptons entreprendre la récolte des signatures après les vacances scolaires d'automne 2009. Nous sommes convaincus que chaque médecin de premier recours peut contribuer au résultat de la collecte en recueillant une cinquantaine de signatures. Nous serions heureux de pouvoir à nouveau compter pour ce projet sur le soutien des médecins du canton de Berne.

## Un institut n'est qu'un élément d'un tout, mais il est indispensable...

Le 1<sup>er</sup> avril, journée de la médecine de famille, a vu la fondation du BIHAM, le nouvel Institut universitaire de médecine générale de Berne. Cette nouvelle dénomination permettra de renforcer les structures déjà existantes et de revaloriser le statut académique des médecins de premier recours. *doc.be* s'est entretenu avec son directeur, Andreas Rothenbühler, Dr méd., sur la genèse de l'institut, sur les projets de recherche en cours ainsi que sur les perspectives d'avenir de la médecine générale.

Entretien: Markus Gubler, Service de presse et d'information

***doc.be: «L'Instance facultaire de médecine de premier recours (FIHAM) porte désormais le nom d'Institut universitaire de médecine générale de Berne (BIHAM). Quels étaient les motifs à l'origine de cette restructuration?»***

Dr A. Rothenbühler: Plusieurs facteurs ont joué un rôle. Tout d'abord, nombre de personnalités du monde politique ont manifesté leur engagement pour la médecine générale et, par le biais de diverses motions, attiré l'attention à plusieurs reprises sur la situation critique de la médecine de premier recours. Notre organisation professionnelle, la Société suisse de médecine générale (SSMG), milite depuis longtemps en faveur du renforcement des instituts de médecine générale. D'autre part, les structures internes de la FIHAM n'ont eu de cesse de se professionnaliser. Notre mandat de prestations didactiques correspond depuis longtemps à celui d'un institut. Cette restructuration constitue donc une étape à la fois conséquente et logique, notamment au vu de l'intérêt manifesté par les étudiants.

***Concrètement, qu'est-ce qui va changer?***

Les structures existantes sont maintenues. Comme auparavant, le BIHAM sera dirigé par un collège de cinq personnes, composé de médecins généralistes. Cependant, nous allons rechercher une collaboration encore plus étroite avec la clinique de médecine interne générale (KAIM) dont le nouveau directeur encore à nommer siégera dans notre conseil. Cette imbrication personnelle devrait déboucher sur une collaboration plus étroite dans la recherche, entre les internistes et les généralistes. Plus généralement, la recherche doit être développée grâce à une promotion ciblée de la relève. Nous proposons désormais des Research Fellowships. Les candidatures reçues sont en cours d'éva-

luation. Nous souhaitons repourvoir deux à trois postes de chercheurs.

***D'autres villes universitaires suisses ont encouragé la médecine de premier recours plus précocement. Est-ce un retard que les Bernois veulent rattraper avec le BIHAM?***

Tel est bien évidemment le cas. Il y a cependant de grandes différences entre les différents instituts. Zurich et Bâle, avec leurs chaires de professeurs ordinaires, possèdent certainement les structures les plus évoluées. La situation est similaire à Lausanne et à Berne. L'Université de Lausanne propose désormais leur propre institut aux médecins généralistes, institut qui a un professeur à sa tête. Certes, Berne n'avait pas jusqu'à présent d'institut de médecine générale, mais nous allions déjà très loin du point de vue des contenus. La fondation de l'Institut universitaire de médecine générale de Berne tient maintenant compte de cette professionnalisation qui est déjà entrée dans les faits.

***La médecine de premier recours va se voir revalorisée par la création de l'Institut. Quelles autres mesures sont prévues pour éviter que 'l'euphorie des débuts' ne s'essouffle?***

Il s'agit maintenant de donner progressivement de nouvelles impulsions. Nous voulons désormais proposer aux étudiants et aux médecins généralistes intéressés une plate-forme académique et développer de manière ciblée l'offre de manifestations de formation, de tutorats et de cours. De plus, nous avons des projets de développement aussi bien dans le domaine de la formation continue que de la formation postgrade. L'accent est mis cependant en premier lieu sur la recherche. Vis-à-vis de l'intérieur, nous nous efforçons d'encore mieux intégrer notre institut à la faculté de médecine, notamment en siégeant au sein des ins-



Andreas Rothenbühler, Dr méd.,  
Directeur de l'Institut universitaire de médecine  
générale de Berne

tances importantes. Nous voulons devenir des interlocuteurs sur pied d'égalité et nous voulons avoir voix au chapitre. Nous y sommes déjà parvenus sur certains points. Le BIHAM va piloter et évaluer, d'ici à 2010 si tout va bien, le projet cantonal d'assistance au médecin de premier recours.

***À quoi ressemble l'activité de recherche de votre Institut? Pouvez-vous nous citer des exemples de projets en cours ou prévus?***

C'est Peter Frey, notre directeur de la recherche, qui est chargé de l'administration et de l'organisation de la recherche. Il entretient des contacts avec des réseaux de médecins généralistes, des professeurs, des cliniques spécialisées et des statisticiens de la santé. Ce sont souvent les réseaux eux-mêmes qui s'adressent à nous. Des praticiens le font aussi à titre personnel. Des projets concrets de recherche découlent de ces demandes issues de la pratique. C'est ainsi qu'un projet déjà bien avancé procède à des recherches sur les options thérapeutiques pour le traitement des infections des voies urinaires, en collaboration avec l'Institut d'infectiologie de l'Inselspital. Nous nous adressons aux médecins généralistes intéressés à participer à des études et qui sont disposés à traiter les données correspondantes. Nous les mettrons en relation avec les institutions des facultés. Des thèses seront également élaborées à l'Institut. De plus, les cinq instituts de médecine géné-



rale de notre pays ont déposé auprès du Fonds national une requête commune pour une priorité de recherche sur la deserte médicale.

**À quoi pourra servir un nouvel institut, alors que nombreux sont les jeunes médecins que la médecine générale n'attire plus?**

Par rapport à d'autres pays, au plan académique, la médecine générale a dix ans de retard en Suisse. Partout où la médecine générale a su mieux s'établir, en Angleterre ou aux Pays-Bas, il y a aujourd'hui des instituts de haute qualité jouissant d'une excellente réputation internationale. Certes, un institut n'est qu'un élément d'un tout, mais il est indispensable pour conforter le statut du médecin de premier recours et son propre statut académique. Ce n'est qu'ainsi que l'on pourra s'affirmer et défendre ses propres intérêts.

**Quelle est votre mission en qualité de président de l'Institut universitaire de médecine générale de Berne?**

J'ai été nommé à la direction il y a trois ans.

Depuis, mon cahier des charges n'a cessé de s'agrandir. Je suis l'interlocuteur de la Faculté et des représentants professionnels des médecins généralistes. Je traite des affaires internes et externes de la faculté. Au plan opérationnel, j'appartiens au collège de cinq personnes du BIHAM, j'organise des réunions et je représente l'Institut dans tous les domaines. J'ai dû réduire mon activité de médecin généraliste en raison de cette charge de travail toujours croissante.

**Où en sera le BIHAM dans dix ans?**

Le BIHAM aura sa propre chaire de professeur ordinaire. Il est prévu de recruter son futur titulaire et directeur de l'Institut parmi des candidats issus de sa propre relève. L'Institut de médecine générale sera bien établi. Il disposera d'excellents réseaux politiques et académiques. Les étudiants et les médecins généralistes intéressés pourront profiter d'une offre largement diversifiée. L'Institut assumera des fonctions importantes dans la formation initiale, continue et postgrade des médecins généralistes.

**À votre avis, quel est l'avenir de la médecine de premier recours?**

Il sera féminin et reposera sur le travail d'équipe. Nous verrons apparaître de nouvelles formes de travail, de pratique et d'infrastructures. Les cabinets collectifs seront la majorité. On travaillera de préférence à temps partiel. Les titulaires traditionnels de cabinets médicaux investissant eux-mêmes dans leurs équipements deviendront la minorité. De nouveaux modèles de fonctionnement et d'entreprise, telles des sociétés anonymes ou des sociétés d'exploitants spécialisés se seront imposées. Les futurs médecins de premier recours seront en principe de moins en moins disposés à assumer les risques d'une entreprise. On peut envisager des évolutions très différentes les unes des autres, mais il ne fait aucun doute que le médecin généraliste à un avenir, quelle qu'en soit la forme.

*Dr Rothenbühler, je vous remercie pour cet entretien!*



**Noch nie war die  
Praxisadministration  
so direkt und preiswert**

Leistungen erfassen und abrechnen via Internet

Ä K  
C M

ÄRZTEKASSE  
CAISSE DES MÉDECINS  
CASSA DEI MEDICI

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

Gehen Sie sofort online: [www.aerztekasse.ch](http://www.aerztekasse.ch)

publix.ch



**Unser Doktor heisst René.**

Eine Frage, ein Anruf, eine Antwort. Und wenn René nicht zu sprechen ist, dann Hélène, Egidio, Ernst oder Hans. Insgesamt sind 5 FAMH-Spezialisten für Sie da und helfen gerne bei der Beurteilung und Interpretation der Ergebnisse. Versteht sich: alle mit über 20-jähriger Laborerfahrung. Aber Freude an der Arbeit wie am ersten Tag. Wie unsere 45 anderen MitarbeiterInnen auch, Doktor hin oder her.

**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

## Les urgences de médecine générale: maintenant à l'hôpital

*Comme en maints autres endroits, les généralistes assurant des services de garde en Emmental se plaignent du manque de relève, d'une charge de travail toujours croissante, et d'horaires interminables. C'était devenu évident: les urgences régionales devaient être réorganisées. Un groupe de travail créé précisément dans ce but a présenté la nouvelle solution en février 2009: le cabinet des urgences de médecine générale va déménager à l'hôpital. Voici un premier bilan intermédiaire.*



*Claudia Anderegg-Rüfli, Dr méd., présidente de la Société des médecins de l'Emmental (ABV Emmental)*

Nous autres médecins de l'ABV Emmental avons créé en mars 2007 un groupe de travail conduit par le Dr Paul Wittwer, chargé d'étudier la réorganisation du service des urgences pour notre région. L'impulsion avait été donnée par un collège de médecins généralistes qui devaient bientôt atteindre l'âge de la retraite.

À cela s'ajoutait une insatisfaction croissante parmi les médecins généralistes en raison de temps de présence prolongés pour les gardes, mais avec très peu de travail effectif. Il fallait trouver une solution répondant aux besoins des patients dans un bassin de population hétérogène, doté d'un hôpital régional sur deux emplacements.

### Création d'un groupe de travail

Dès l'abord, les responsables de l'hôpital se sont montrés tout à fait disposés à collaborer avec les médecins généralistes. Nous souhaitons que nos cabinets médicaux soient aussi attrayants que possible pour nos repreneurs potentiels. Pour cela, la meilleure organisation possible du servi-

ce des urgences était un aspect essentiel: pas de tours de garde trop fréquents! Lors des nombreuses séances – plénières ou partielles – du groupe de travail, nous avons commencé par faire des recherches et par observer la façon dont le problème avait été abordé ailleurs. Ensuite, des solutions ont été envisagées, des séances d'information ont été organisées et les contrats correspondants ont enfin été élaborés.

### Désormais, les urgences de médecine générale sont à l'hôpital

C'est en février 2009, à l'occasion d'une assemblée générale, que la Société des



*Depuis le mois d'avril 2009, deux salles d'examen du service d'orthopédie de l'Hôpital de Berthoud se convertissent le soir en un clin d'œil en cabinet des urgences de médecine générale.*

médecins de l'Emmental a pu célébrer l'acceptation du projet parvenu à maturité. Les contrats avec l'hôpital régional (Regionalspital Emmental AG – RSE-AG), le règlement et la convention passée avec Medphone (numéro unique des urgences pour l'ensemble de l'Emmental) ont été acceptés par la base. La solution qui se

pratiquait déjà à Langnau, la passation du service des urgences à l'hôpital pendant la nuit, a pu être étendue à l'ensemble de la région.

Le 1<sup>er</sup> avril 2009, s'est ouvert à l'Hôpital de Berthoud un nouveau cabinet des urgences de médecine générale (hausärztliche Notfallpraxis – HANP). Aucune transformation n'a été nécessaire: entre 17 h et 17 h 30, deux salles d'examen de l'orthopédie toutes proches des urgences se transforment en un tournemain en HANP. Le généraliste de garde (il y a maintenant un pool de plus de quarante confrères à se partager le service, en raison du rassemblement au niveau de toute la région) s'annonce à la centrale et à l'équipe de garde et reçoit les patients triés par Medphone. Il peut utiliser les équipements de radiologie et de laboratoire du RSE-AG, éventuellement faire faire un ECG par l'équipe des urgences et passer la main aux urgences à 22 heures. Les samedis et les dimanches ainsi que les jours fériés, le HANP fonctionne pendant la journée en deux tours de garde de sept heures chacun, soit de 8 h à 15 h et de 15 h à 22 h. Pendant la semaine, nous continuons comme par le passé à soigner nos patients dans nos cabinets médicaux.

Pendant les heures d'ouverture du HANP et la nuit également les jours ouvrables, il

ya en plus un confrère qui est de piquet et qui s'occupe du service en arrière-plan depuis son domicile. Il est se tient à disposition pour les privations de liberté à des fins d'assistance et les certificats de décès ou autres situations à régler sur les lieux.

### Bilan intermédiaire positif

Le premier mois de fonctionnement selon le nouvel organigramme est maintenant derrière nous.

*Conclusion:* un grand nombre de patients et de médecins généralistes satisfaits. Quelques points à

préciser, aussi bien pour les médecins que pour les patients.

Des points faibles subsistent encore dans les interfaces entre Medphone, l'hôpital et les urgences en médecine générale mais, dans l'ensemble, les points positifs dominent. De toute façon, notre motivation est entière pour poursuivre dans cette voie!

## Nouvelle organisation des urgences en Haute-Argovie

*Nombreuses sont les sociétés régionales de médecins qui se voient dans l'obligation de réorganiser les structures de leurs urgences.*

*Ce sont les centres de soins hollandais qui ont inspiré la nouvelle organisation des urgences en Haute-Argovie. Il reste encore quelques difficultés de démarrage à surmonter, mais le scepticisme initial des médecins de garde s'est d'ores et déjà évaporé.*



*Andreas Bieri,  
Dr méd., membre  
du comité de la  
Société des  
médecins du  
canton de Berne*

### Un modèle: les «huisartsenpost» hollandais

Un exposé de Harrie van Rooij en été 2005 avait pour titre: «De l'idée initiale à la réalisation.» Il y exposait, à l'intention d'un séminaire de la Société des médecins du canton de Berne, l'idée de l'organisation des urgences telle qu'elle est pratiquée en Hollande depuis cinq ans déjà. C'est en s'inspirant de ce modèle que nous avons mis sur pied en Haute-Argovie nos nouvelles structures des urgences reposant sur trente-trois médecins et représentées par un service des urgences de médecine générale intégré aux urgences de l'hôpital, dans de nouveaux locaux et en recourant à Medphone pour assurer le tri préalable des patients. Alors que j'expliquais à l'initiateur du «huisartsenpost» Roermont, Peter van de Ven, que nous travaillons très étroitement avec l'hôpital, il m'a répondu: «The advantage of our country is, that we are a flat and crowded country.» Mais eux aussi réfléchissent à des relations plus étroites avec l'hôpital local, situé juste de l'autre côté de la rue.

### Une coordination efficace

Toute personne confrontée à un problème médical urgent en dehors des heures d'ouverture du cabinet médical appelle son médecin de famille qui la renvoie à Medphone. En cas d'indication ad hoc, elle est alors adressée au service des urgences qui lui fixe un rendez-vous. Ceux qui se présentent directement à l'hôpital sont adressés aux urgences: tri, enregistrement, sal-

le d'attente. Les rendez-vous sont donnés de telle sorte qu'ils correspondent aux heures de service des médecins généralistes de garde. Hématologie, CRP, urine sont à disposition immédiate. Il faut trente minutes pour les autres examens de laboratoire. Les petits examens radiologiques sont à l'écran en quinze minutes.

### Les médecins généralistes participent à la planification

Nous avons étroitement participé à la planification du nouveau service des urgences. Au début, il a fallu régler les problèmes habituels de tout cabinet médical de généraliste. Alors que les architectes élaboraient des plans trop généreux et trop détaillés, les équipementiers voulaient un inventaire excessif. Un lit à roulette pour les urgences ou un sphygmomètre informatisé coûtent dix fois plus cher qu'une couchette normale de cabinet médical ou qu'un sphygmomètre usuel. C'est là que sont apparues à l'évidence les différences dans la culture des coûts des hôpitaux sous la devise qualité et sécurité et la culture de l'économie pratiquée par un cabinet de généraliste... Dans le domaine de l'informatique, c'est nous qui avons conçu les formules pour l'anamnèse et les rapports au médecin de famille.

### Scepticisme initial bien vite évaporé

Les indications utiles ont été transmises

lors d'une après-midi d'introduction et lors du premier tour de garde: login, tenue de l'anamnèse, contrôle du rapport élaboré automatiquement, saisie des prestations avec codes-barres. Presque tous ce sont battus au début avec la formule informatique d'anamnèse, se sont demandés quels équipements et quels médicaments étaient à disposition, quelle était la configuration des lieux, comment gérer les relations avec les assistantes... Beaucoup ont eu comme première impression: «Je n'ai pas su être efficace... » Deuxième impression: «Ça change... C'est super-organisé... C'est la première fois que je suis content après un service de garde aux urgences. Je rentre chez moi détendu et satisfait!»

### Petits et grands problèmes de démarrage

Il y a eu pas mal de difficultés au début, beaucoup de petits problèmes tels que le nouveau numéro des urgences, les gens qui arrivent directement et qui veulent que l'on s'occupe d'eux tout de suite, ou bien des difficultés avec le règlement d'exploitation. Mais nous avons aussi eu des problèmes plus sérieux. L'informatique a eu des difficultés de démarrage, difficultés persistantes. Par ailleurs Medphone a indiqué avoir eu de la peine à faire face à l'augmentation du nombre des appels. Si Medphone doit continuer à fournir des prestations de haut niveau qualitatif, il lui faudra plus de moyens financiers. Qui veut aider la médecine générale doit aussi participer. En Hollande par exemple, le call-center fonctionne impeccablement, parce qu'il est rémunéré en fonction du nombre des appels. Mais revenons à Harrie van Rooij. Quand je lui ai dit que nous avions, nous aussi, un «huisartsenpost», il a dit autour de lui: «Vous voyez, les Suisses nous imitent. Ça veut dire que nous sommes sur la bonne voie!»



*Vue de la réception des urgences à l'occasion d'une après-midi d'introduction : tout à gauche, Markus Frey, président de la Société locale des médecins. À l'ordinateur, Thomas Kinsbergen, directeur médical SRO; tout à droite, Marianne Bürgi, qui dirige les soins du service des urgences.*

*Photo: Berner Zeitung, Th. Peter*

## Les hôpitaux en tant que «pépinières» pour les cabinets de médecine générale?

*On manque de pédiatres dans la région de Thoune. L'hôpital est également concerné, car il a besoin de médecins spécialistes pour les soins aux nouveau-nés. Les causes de ce manque sont multiples. L'une d'entre elles est le manque de capital-risque pour la création de cabinets médicaux. C'est l'hôpital lui-même qui va le mettre à disposition.*



*Beat Straubhaar,  
M Sc, Président  
de la direction de  
l'Hôpital STS AG,  
Thoune*

La région de Thoune / Spiez est une région du canton de Berne très appréciée pour y habiter. C'est pourquoi de nombreuses familles s'y sont établies et que la demande de soins médicaux pédiatriques n'a donc cessé d'augmenter. L'offre en cabinets de pédiatrie n'a pas pu suivre cette demande. Dans le canton de Berne, c'est l'Hôpital de Thoune qui compte le plus grand nombre de naissances. Étant donné que ce sont les pédiatres établis localement qui s'occupent de la maternité, l'hôpital est directement concerné et s'est vu dans l'obligation d'agir. Pour commencer, il a fait passer des annonces insistant sur l'étroite collaboration qui serait instaurée entre l'hôpital et tout nouveau cabinet de pédiatrie. L'écho a été très prometteur, mais aucun contrat n'a été conclu, car les intéressés étaient plutôt à la recherche d'un emploi à l'hôpital.

### Difficultés pour remettre un cabinet

Il y a deux raisons qui expliquent le manque de successeurs ou de créateurs de nouveaux cabinets médicaux. La première, c'est que les jeunes médecins spécialistes préfèrent être employés dans un hôpital plutôt que d'exercer une activité indépendante en tant que titulaires d'un cabinet médical. Les raisons de cette attitude se trouvent dans les horaires «bien réglés» de l'hôpital, ou bien dans le souhait

de s'intégrer à une équipe. Il y a encore un autre argument que l'on entend souvent: les médecins apprécient le défi professionnel constant qu'offre la vie quotidienne de l'hôpital, les activités interdisciplinaires ainsi que les activités formatrices. Un autre motif pour les difficultés de remise ou de création de cabinets médicaux sont les risques financiers. Les débats interminables sur les autorisations, les tarifs de laboratoire et la valeur du point tarifaire ne sont pas non plus à l'avantage du cabinet libéral. Tout entrepreneur, et le titulaire d'un cabinet médical est un entrepreneur, a besoin de bénéficier, tout au moins à moyen terme, de conditions générales stables, lui permettant d'évaluer le risque d'entreprise.

### L'hôpital en tant que bailleur de capital-risque

L'Hôpital de Thoune s'est donc vu confronté à la problématique de créer un poste de médecin hospitalier ou de limiter son

offre. L'orientation stratégique de l'hôpital, qui consiste à ne créer des postes de médecins spécialistes que si l'infrastructure hospitalière le requiert ou si le traitement des patients en serait directement affecté, ne permet pas de créer un cabinet de pédiatrie à l'hôpital. C'est pourquoi il a été décidé de faire de l'hôpital un «bailleur de capital-risque» à l'intention des intéressés. Résultat: l'hôpital a acheté un cabinet médical et il va maintenant le louer à une femme médecin spécialiste qui aura, par contrat, la possibilité de le racheter plus tard. La commune où se situe le cabinet médical a apporté son soutien à l'entreprise en participant au capital-risque. L'hôpital ne peut pas lui-même «subventionner» directement un cabinet. Il ne peut que procurer une aide initiale. Il en va par ailleurs de même pour les cabinets de spécialistes à l'hôpital même.

### Coopération accrue à l'avenir entre les hôpitaux et les généralistes

Quelles conclusions peut-on tirer de cette expérience? Peut-être qu'à l'avenir les hôpitaux devront participer dans une plus grande mesure à la coopération, à la promotion et à la coordination de l'ensemble du réseau de santé. Dans ce contexte, la priorité doit être accordée à la coopération. Il serait erroné de faire assumer par les hôpitaux les coûts de la médecine de premier recours. Toutefois, ceux-ci peuvent contribuer par des mesures ciblées à la consolidation à long terme de la médecine générale, et ce malgré les tensions qui règnent dans les domaines de la politique de la santé et de l'économie. En effet,

le changement est aussi porteur d'opportunités. Il convient d'en tirer parti afin d'exercer une influence positive sur l'avenir de la médecine de premier recours.



*Difficultés pour assurer la relève: pour remédier au manque de pédiatres dont souffre la région, l'Hôpital de Thoune joue lui-même le rôle de pourvoyeur de capital-risque.*

## État des lieux de la formation des assistantes médicales «Nous conseillons et soutenons aussi les entreprises formatrices.»

Les assistantes médicales (AM) se plaignent de plus en plus souvent de leurs conditions de formation. Pourquoi? Comment y remédier? Entretien avec Sabine Tuschling, conseillère en formation à l'Office de l'enseignement secondaire du 2<sup>ème</sup> degré et de la formation professionnelle (OSP), et avec Renato Tognina, Dr méd., délégué de la Société des médecins à la formation des assistantes médicales.



Sabine Tuschling, conseillère en formation à l'Office de l'enseignement secondaire du 2<sup>ème</sup> degré et de la formation professionnelle (OSP)



Renato Tognina, Dr méd., délégué de la Société des médecins à la formation des assistantes médicales

### Madame Tuschling: les cabinets médicaux sont-ils de mauvaises entreprises formatrices?

Tuschling: Non. La plupart des cabinets médicaux sont de bonnes entreprises formatrices. Mais il y a aussi des cas où il convient d'agir. Le fait est que les assistantes médicales sont, en moyenne, plus nombreuses à se plaindre de leur situation que leurs collègues des autres professions de la santé.

### Quels sont les reproches les plus fréquents?

Tuschling: Entre autres le taux de rotation très élevé des AM déjà formées, responsables, avec le médecin, de la formation des apprenties. Il arrive souvent que l'apprentie ait plusieurs formatrices différentes pendant sa période de formation. Autre problématique, les conditions de travail,

avec, comme sujets de plainte, le stress, la rareté des pauses, les heures supplémentaires, ainsi que le manque de communication avec le médecin et le ton souvent sec et autoritaire dont use celui-ci.

### Dr Tognina, vous formez deux apprenties dans votre cabinet médical. Avez-vous eu de leur part des reproches de cette nature?

Tognina: À ce jour et dans mes fonctions de délégué cantonal, je n'ai jamais eu connaissance de tels reproches.

### Est-ce que la formation est un sujet de préoccupation au sein de votre association professionnelle?

Tognina: À dire vrai, il y a des sujets qui sont pour nous d'une plus grande actualité. J'ai peu d'échos à ce sujet de la part de

mes confrères et collègues. Peut-être ne suis-je pas assez à l'écoute dans ce domaine?

### Prenons les points soulevés dans l'ordre: quelles sont les conséquences du changement fréquent de personnel formateur?

Tuschling: De trop nombreux changements compromettent l'accomplissement du mandat de formation. Les personnes en formation ont un sentiment d'insécurité parce que la matière leur est chaque fois présentée de manière différente et que c'est souvent à elles que l'on fait appel pour mettre la nouvelle collaboratrice au courant. J'ajouterai que les AM formées sont souvent très jeunes et qu'elles n'ont pas les deux années d'expérience professionnelle que prescrit la loi sur la formation.

Tognina: Je suis d'accord qu'il y a trop peu d'AM disposant d'une longue expérience professionnelle. Cela s'explique par le manque de possibilités de développement et d'avancement. Les AM désireuses d'aller plus loin dans leur développement professionnel sont obligées de changer de profession. Je voudrais toutefois attirer l'attention sur un aspect essentiel: en tant que médecin, je me retrouve formateur dans une profession que je n'ai pas moi-même apprise. En d'autres termes: je suis certes responsable de la formation des apprenties, mais je ne peux pas assurer personnellement leur formation. Pour le faire, j'ai besoin d'une AM formée. C'est là une situation particulière, que l'on ne connaît pas dans d'autres secteurs d'activité. Cette structure est peut-être à l'origine d'une partie des reproches formulés.

### Parlons des conditions de travail: ne peut-on épargner aux personnes en formation les horaires irréguliers et les heures supplémentaires? N'a-t-on pas conscience de ce que les apprenties ne sont pas des salariées comme les autres?

Tognina: Présentons les choses comme ceci: un médecin ne sait pas ce que sont des horaires 'normaux'. Pour lui, la norme est un horaire de soixante à soixante-dix heures de travail hebdomadaire. À ceci s'ajoute qu'un cabinet 'normal' n'est pas une entreprise 'comme les autres'. Nous devons faire preuve de souplesse. Nous n'avons pas toujours un horaire de travail fixe. Il y a parfois des journées de travail trop longues pour des jeunes de seize à dix-sept ans. Il est clair que nous ne

### Conseil en formation – Office de l'enseignement secondaire du 2<sup>ème</sup> degré et de la formation professionnelle

Sabine Tuschling, 031 633 87 30, sabine.tuschling@erz.be.ch

### QualiCarte

La QualiCarte est un instrument simple et pratique à la disposition des entreprises formatrices pour développer la qualité de la formation professionnelle. Une liste de contrôle énumère vingt-huit exigences qualitatives décrivant les principales étapes de l'ensemble de la formation professionnelle. La QualiCarte peut aussi servir à l'évaluation personnelle. Voir sous [www.qualicarte.ch](http://www.qualicarte.ch).

devons pas trop en demander aux personnes en formation. C'est un point sur lequel existe un besoin d'information.

**Tuschling:** De nombreuses entreprises ne sont pas conscientes de ce que les jeunes sont soumis jusqu'à l'âge de dix-huit ans à une protection particulière par la législation sur le travail. Mais, si l'ambiance de travail est bonne, la plupart des personnes en formation sont disposées à fournir des prestations supérieures à la moyenne.



**Tuschling:** «En notre qualité d'instance neutre, nous jouons un rôle de médiateur lorsqu'il y a des difficultés...»

**De nombreuses apprenties se plaignent aussi du ton sur lequel leur parle le médecin et du manque de disponibilité au dialogue de celui-ci. Qu'en dites-vous?**

**Tognina:** Pour les médecins de l'ancienne génération, la communication ne figurait pas au plan d'études... Et cela se remarque parfois à tous les niveaux: vis-à-vis des patients, des employés et des personnes en formation. Heureusement, la communication est mieux valorisée dans les études de médecine d'aujourd'hui. Encore une chose: les cabinets médicaux sont pour la plupart de petites entreprises où les caractéristiques personnelles de chacun jouent un plus grand rôle que dans une grande entreprise.

**Tuschling:** Le ton employé pose plutôt problème dans les cabinets médicaux de 'l'ancienne école': telle est aussi mon expérience. On ne se rend pas compte de ce qu'un ton grossier peut provoquer chez

les jeunes. Il y a évidemment aussi des jeunes dont le ton n'est pas facile. Je vois une difficulté fondamentale dans l'interface entre le médecin et l'apprentie: celle-ci n'ose souvent pas évoquer ses difficultés en raison du respect que lui inspire le médecin.

**Le manque de motivation des personnes en formation ou la résiliation du contrat d'apprentissage ne sont pas dans l'intérêt de l'entreprise formatrice. Que faire dans ce cas?**

**Tognina:** Je connais des médecins qui passent des nuits d'insomnie parce qu'ils ne savent pas comment se comporter dans une situation difficile. Il faudrait créer une instance à laquelle ils puissent s'adresser en cas de besoin.

**Tuschling:** Nous sommes précisément là pour ça. Nos conseils et notre soutien ne s'adressent pas seulement aux personnes en formation, mais aussi aux entreprises formatrices. Mais beaucoup de médecins l'ignorent.

**Auriez-vous omis de faire connaître votre offre de prestations?**

**Tuschling:** Je présente nos prestations lors des séances d'information des écoles professionnelles auxquelles participent près de 90% des AM. Je renseigne sur les bases légales dans les cours de formateurs professionnels. Mais il est vrai que nous pourrions en faire plus encore en matière d'information.

**Quel soutien l'Office de l'enseignement secondaire du 2<sup>ème</sup> degré et de la formation professionnelle est-il en mesure d'apporter?**

**Tuschling:** En notre qualité d'instance neutre, nous jouons un rôle de médiateur lorsqu'il y a des difficultés. Nous analysons le problème avec les personnes concernées et aidons à trouver une solution appropriée. Si l'on ne parvient pas à se mettre d'accord, nous assurons le suivi pendant la résiliation du contrat d'apprentissage et prêtons assistance pour la recherche d'une nouvelle place. Nous disposons d'une 'QualiCarte' pour l'appréciation de la qualité de la formation en entreprise. Nous pouvons y recourir lors de nos visites aux entreprises.

**Tognina:** «Le coaching et les conseils peuvent être utiles dans les situations critiques.»

**Tognina:** Je trouve que le coaching et les conseils se justifient dans les situations difficiles, mais que les instruments de mesure de la qualité sont susceptibles de provoquer un réflexe de rejet. Les mesures de qualité, qui entraînent pour nous un surcroît de travail administratif, sont déjà bien assez nombreuses.

**Tuschling:** Le travail que demande une auto-appréciation avec la QualiCarte est supportable. Nous avons fait avec cet instrument d'excellentes expériences dans de nombreuses branches.

**Que fait la Société des médecins du canton de Berne pour répondre aux problèmes abordés?**

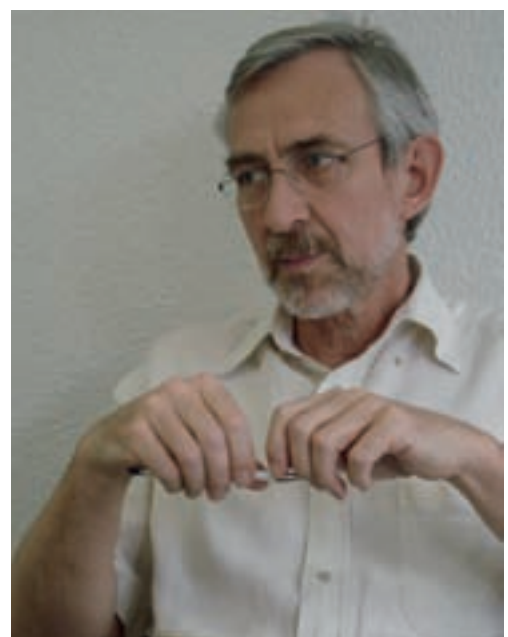
**Tognina:** Nous apportons notre soutien à l'Office de l'enseignement secondaire du 2<sup>ème</sup> degré et de la formation professionnelle. J'espère que cet article dans doc.be sensibilisera les lecteurs à ces problèmes.

**À l'écoute des personnes en formation**

«Si je fais une erreur, le chef réagit désagréablement et me fait la tête pour longtemps. Je n'ose même plus poser de question quand quelque chose m'échappe.»

«L'AM formée a encore changé. Maintenant, c'est moi qui dois mettre la nouvelle au courant et lui expliquer comment fonctionne la boutique...»

«Je dois souvent renoncer à ma pause, tellement il y a de travail. Le soir, je n'arrive presque jamais à m'en aller à l'heure tant il y a de choses à ranger et à préparer pour le lendemain.»



## HIN: communication électronique sûre, cryptée et conforme à la protection des données



*Christoph Hug, Dr méd.,  
Délégué de la Société des médecins  
pour le transfert électronique des  
données, médecin spécialiste FMH en  
médecine interne*

Presque tous les lecteurs de doc.be disposent d'une adresse de courriel électronique HIN. Ainsi, la communication sûre et cryptée entre les clients HIN et certains hôpitaux est rendue à la fois simple et conforme aux prescriptions sur la protection des données. Malheureusement, cette possibilité de transfert de données continue à être trop peu utilisée et, quand elle l'est, son utilisation est souvent entachée d'erreurs. Voici encore une fois (voir le n° 5-2006 de doc.be) une introduction montrant comment le client ASAS doit être paramétré pour que les courriels soient cryptés.

Activer l'option «S/MIME» dans le client ASAS en procédant de la manière suivante:

- Double-clic sur le triangle noir en bas à droite de l'écran (dans la fig. 1 s'affiche «Paramètres d'ASAS Client V3»)

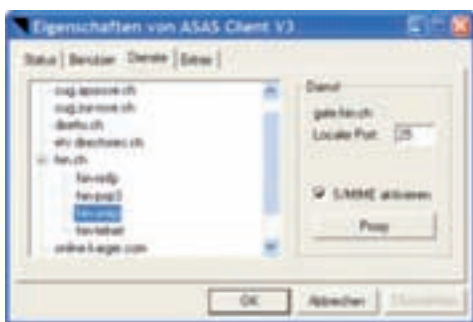


Fig. 1

- Ou (fig. 2): sous Start – tous les programmes du groupe «ASAS Client V3», lancer le programme «ASAS Client Properties» (dans la fig. 1 s'affiche «Paramètres d'ASAS Client V3»)

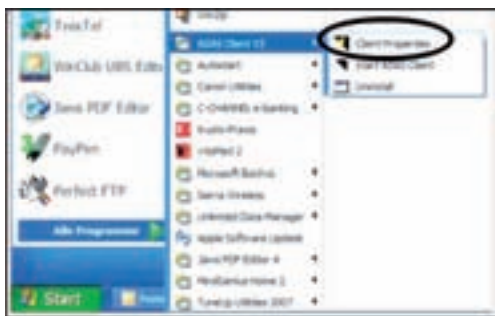


Fig. 2

- Cliquer sur le dossier «Services».
- Cliquer sur le signe '+' à côté de «hin.ch».
- Cliquer sur «hin-smtp».
- Cocher la case «Activer S/MIME».
- Cliquer sur «OK». C'est tout!

A partir de maintenant, votre ASAS Client vous demandera à chaque envoi d'un courriel s'il doit l'envoyer 'normal' (choix de la «Procédure de sécurité ASAS V2») ou crypté avec l'option E2E (End-to-End-Option). Pour les courriels sécurisés contenant des données de patients, sélectionnez toujours l'option «Procédure de sécurité – Cryptage E2E». Cette fonction ne marche qu'avec des adresses ??@sec.xy.ch et ??@hin.ch, mais pas avec d'autres adresses (comme par exemple ??@bluewin.ch)! Pour les adresses d'autres fournisseurs d'accès Internet (par exemple @bluewin.ch, @hotmail.com etc.), vous devez sélectionner «Procédure de sécurité ASAS V2»!

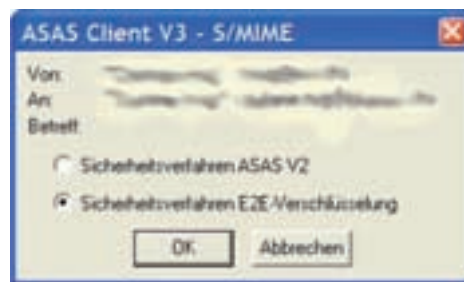


Fig. 3

Lorsque vous recevez un courriel HIN correctement crypté, figure en annexe une confirmation spécifiant que le courriel a été transmis crypté (fig. 4). Si le courriel n'a pas été crypté, s'affiche un message correspondant («ASAS E2E not checked.log»).

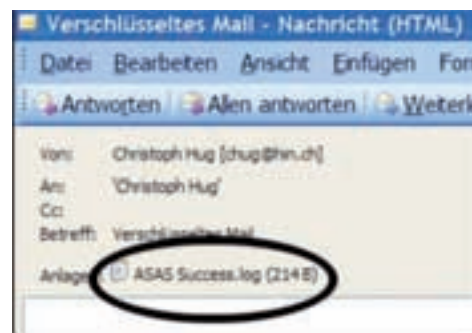


Fig. 4

On peut communiquer avec HIN dans les hôpitaux suivants du Canton de Berne:

- Inselspital > xy@sec.insel.ch
- Spital Thun-Simmental STS AG > xy@sec.stsag.ch
- Spital Frutigen-Meiringen-Interlaken fmi AG > xy@sec.spitalfmi.ch
- Privat-Klinik Meiringen > xy@sec.pm-klinik.ch
- Vous trouverez d'autres adresses sous [www.hin.ch](http://www.hin.ch) à la rubrique «Annuaire des abonnés HIN».

## Formation sur le tarif révisé des analyses

La Société des médecins du Canton de Berne et la Société des médecins du Canton de Soleure, avec le soutien de la Caisse des médecins, proposent une formation sur le nouveau tarif pour les analyses de laboratoire.

**Date et heure: le 2 juillet 2009, de 14 h à 16 h**  
**Lieu : Auditorium de médecine, Sahli-Haus 1, EG 37, Inselspital**

Un apéritif est prévu à l'issue de cette séance de formation.

**Pour de plus amples informations,**  
veuillez vous adresser au secrétariat de la SMCB au téléphone 031 330 90 00,  
ou par courriel à l'adresse info@bekag.ch

## «High noon» dans le domaine de la santé – Qui survivra?

A l'occasion de cette manifestation organisée par la Société des médecins du Canton de Berne, des spécialistes de la santé traiteront de sujets brûlants de l'actualité de la politique et de l'économie de la santé. Point fort: notre futur système de santé.

**Date et heure: le 29 octobre 2009, de 14 h à 18 h,**  
suivi d'un apéritif

**Lieu: Aula de la Mobilière, siège central de Berne, Bundesgasse 35**

**Pour de plus amples informations,**  
veuillez vous adresser au secrétariat de la SMCB au numéro de téléphone 031 330 90 00,  
ou par courriel à l'adresse info@bekag.ch

### Bestellung «Politik+Patient»

Dieser Ausgabe von doc.be liegt die neueste Ausgabe der gesundheitspolitischen Zeitschrift «Politik+Patient» bei. Sie bringt die Sicht der Leistungserbringer in die öffentliche Debatte ein.

Ihre politische Wirkung ist um so grösser, je mehr Leserinnen und Leser die Ärzteschaft erreicht.

### Bestellung

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

20       50       100

Name/Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Stempel/Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Bitte Talon ausfüllen und per Fax oder Post schicken an:

Ärztegesellschaft des Kantons Bern

Presse- und Informationsdienst, Postgasse 19, Postfach, 3000 Bern 8

**Fax: 031 310 20 82**

